



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR

“EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN LOS/AS PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS”. HOSPITAL. SAN SEBASTIÁN .SIGSIG- 2010.

Tesis previa a la obtención del
Título de Especialista en Medicina Familiar.

Autores: Dra. Graciela Ramón R.
Dr. Jaime Quizhpe G.

Director: Dr. José Sola.

Cuenca - Ecuador
2011

RESPONSABILIDAD.

Los criterios expuestos en la presente investigación son de absoluta responsabilidad de los autores.

AGRADECIMIENTO.

A nuestros profesores y tutores que supieron impartir sus valiosos conocimientos, útiles para alcanzar esta meta tan importante en nuestras vidas.

A todos/as los/as pacientes del Club de Diabéticos del Hospital “San Sebastián” del Sigsig, ya que sin ellos/as no hubiera sido posible la realización del presente estudio.

Los autores.

DEDICATORIA.

A Dios, el eterno creador que nos permitió tener a nuestras entrañables familias, que con paciencia y cariño, supieron brindarnos apoyo y comprensión, en este caminar hacia la superación personal y alcanzar el cumplimiento de una nueva meta.

INDICE

CONTENIDO	Págs.
Carátula	i
Responsabilidad	ii
Agradecimiento	iii
Dedicatoria	iv
Índice	v
Índice	vi
Índice	vii
Índice	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	10
Capítulo I	
Planteamiento del problema	3
Capitulo II	
Marco teórico	6
Capitulo III	
Objetivos generales	17
Objetivos específicos	17

Capítulo IV	
Hipótesis	18
Capítulo V	
Diseño metodológico	19
Capítulo VI	
Análisis Estadístico	22
Capítulo VII	
Discusión	37
Capítulo VIII	
Conclusiones	39
Capítulo IX	
Recomendaciones	40
Bibliografía	41
Anexos	
Anexo 1. Matriz de diseño der variables	49
Anexo 2. Cuadro de operacionalización de variables.....	50
Anexo 3. Matriz de consentimiento informado	52
Anexo 4. Cuestionario de evaluación de conocimientos.....	53
Anexo 5. Cuestionario de apoyo familiar	54
Anexo 6. Cuestionario sobre conocimientos de diabetes.....	55
Anexo 7. Cuestionario de conocimiento sobre la dieta.....	56
Anexo 8. Cuestionario de adherencia a la dieta.....	57
Anexo 9. Gráficos	

Grafico 1.	58
Grafico 2.	59
Grafico 4.	60
Grafico 5.	60
Grafico 6.	61
Grafico 7.	61
Grafico 8.	62
Grafico 9.	63
Grafico 10.	64
Grafico 11.	65
Grafico 12.	66
Grafico 13.	66
Grafico 14.	67
Grafico 15.	67
Grafico 16.	68
Fotos:	
Foto 1.	69
Foto 2.	69
Foto 3	70
Foto 4	70
Foto 5	71

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia del apoyo familiar para el cumplimiento de la terapéutica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, del club de Diabéticos del Hospital “San Sebastián” del Sigsig. 2011.

Material y método. La presente investigación es un estudio de prevalencia-descriptivo para evaluación del apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, la dieta y conocimientos relacionados con la Diabetes Mellitus tipo II, a los 33 pacientes del club de Diabéticos del Hospital “San Sebastián” del Sigsig. 2010; a todos ellos se les aplicó **la encuesta del IMEVID* validada internacionalmente para investigar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en grupos sociales.**

Resultados. Los principales resultados que se obtuvieron el apoyo familiar estuvo presente en el 82.3.% de los pacientes, los conocimientos sobre la diabetes fue del 71.4%, los que cumplen con la dieta el 68.3%, y los que conocen que dieta deben seguir son el 66.1%.

Conclusiones. El porcentaje de apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento farmacológico es bueno, se debe implementar estrategias para el mejoramiento de esta interrelación familiar del paciente diabético, igual procedimiento se debe realizar para mejorar los conocimientos sobre la diabetes, para que cumplan con la dieta incluyendo a aquellos que conocen pero que no la cumplen.

Palabras claves. Conocimientos, glicemia, apoyo familiar, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective. To determine the prevalence of the family support for the execution of the therapeutic treatment of the patients with diagnosis of Diabetes Mellitus type II, of the patients of the club of Diabetics of the Hospital of the Sigsig. 2011.

Material and method. The present investigation is a study of prevalence-descriptive about the knowledge, and family support related with the Diabetes Mellitus type II, to the 33 patients of the club of Diabetics of the Hospital of the Sigsig. 2010, to all the patients of the Club were applied the survey of the IMEVID * validated internationally to investigate in the patients with Diabetes Mellitus type II in social groups. Results.

Results: The principal that they were obtained the family support it was present in 82.3% of the patients, the knowledge on the diabetes were of 71.4%, those that fulfill the diet 68.3%, and those that know that diet should continue are 66.1%.

Conclusions. Although the percentage of support relative for the execution of the pharmacological treatment is good, it should be implemented strategies for the improvement of the diabetic patient's family interrelation, some procedimient should be carried out to improve the knowledge on the diabetes, so that they fulfill the diet including those that know but that they don't complete it.

Key words: Knows, Diabetes Mellitus type II, family support

INTRODUCCION

La diabetes es una enfermedad crónica con varias implicaciones en la vida diaria de las personas diagnosticadas con esa enfermedad, considerada como una enfermedad con un problema de Salud Pública, los profesionales de la salud familiar, en forma personal, en grupo y comunitaria tienen el deber de monitorizar el control de la diabetes para asegurar que la efectividad del tratamiento prescrito alcanza su potencial. Si el tratamiento óptimo es usado correctamente por los pacientes, deberían alcanzar un mejor control glucémico, que no necesariamente implica que existirá un aumento en la calidad de vida del paciente. Aun así, cualquier objetivo debe ser periódicamente evaluado para guiar a los facultativos a apuntar mejor sus intervenciones para mejor beneficio del paciente.

Los parámetros fisiológicos tradicionalmente controlados en pacientes diabéticos incluyen glucemia, hemoglobina glicosilada, presión arterial, colesterol, y peso. (Cecil-Loeb, 2002; 983).

Desde 2001 se ha llevado a cabo la implantación de programas de seguimiento y atención fármaco-terapéutico en las farmacias comunitarias. Actualmente estos servicios son proporcionados por la mayoría de las farmacias del país. Al demostrar su valor añadido a la población, el Gobierno ha iniciado campañas sobre nutrición saludable para mejorar la alimentación de la población en general, pero más específicamente de este tipo de pacientes. (MSP del Ecuador 2004).

Desde 2005, varias evaluaciones han demostrado los beneficios claros de la alimentación saludable, y la importancia del apoyo familiar para el cumplimiento. Los resultados se han presentado en varios foros, que muestran que tales servicios contribuyen a mejorar el control glucémico después de seis meses de seguimiento farmacéutico y nutricional. (Medicina Familiar, 2009). Mientras que la filosofía de la atención farmacéutica data de los años sesenta, no fue hasta los noventa que se reconoció que el principal objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero las evaluaciones de calidad de vida no se habían considerado hasta esa fecha, centrándose en los resultados clínicos e intermedios disponibles, incluyendo los problemas relacionados con medicamentos.

En nuestro país, como en casi todos los países de habla hispana, los estudios que evalúan la calidad de vida son bastante escasos. Sin embargo, en años recientes, el interés por mejorar la calidad de vida de los diabéticos ha mejorado en buena forma. Martínez (2009).

La medida de estado de salud más ampliamente utilizada en varias áreas, incluida la diabetes, ha sido el "short-form 36 (SF-36)". Este cuestionario está disponible en portugués, y podría en teoría utilizarse para evaluar el impacto de un programa de diabetes; sin embargo, esta es una medida de estado de salud más que un cuestionario de calidad de vida y si se usa como tal los resultados evaluados podrían ser diferentes. Además, la literatura es abundante en críticas al uso de escalas inespecíficas en enfermedades crónicas, como es la diabetes.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes es una enfermedad crónica con varias implicaciones en la vida diaria de las personas diagnosticadas con esa enfermedad. Los profesionales de la salud tienen el deber de monitorizar el control de la diabetes para asegurar que la efectividad del tratamiento, para conseguir un mejor estándar de vida. Si el tratamiento óptimo es usado correctamente por los pacientes, con apoyo familiar implícito, ellos deberían alcanzar un mejor control glucémico, implicando que existirá un aumento en la calidad de vida del paciente. Aun así, cualquier objetivo debe ser periódicamente evaluado para guiar a los facultativos a apuntar mejor sus intervenciones para mejor beneficio del paciente.

Los parámetros fisiológicos tradicionalmente controlados en pacientes diabéticos incluyen glucemia, hemoglobina glicosilada, presión arterial, colesterol, y peso. Cuando se evalúa la calidad de vida relacionada con la diabetes, es más beneficioso utilizar una herramienta específica de diabetes y, si se compara entre diferentes enfermedades crónicas se prefiere una herramienta. Endocrinología.(2007,p 12)

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema altamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, pues conlleva altos costos para el paciente y la sociedad, ya que a las secuelas físicas (enfermedad micro y macro vascular), se deben sumar costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad. Además, la adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas. Endocrinología.(2007,p 21)

La complejidad y cronicidad del tratamiento, sumado a los cambios biopsicosociales que ocurren durante las diferentes etapas de la vida, probablemente sobrepasen las competencias de los seres humanos para responder adecuadamente al tratamiento. Consistente con esto, diversos estudios internacionales reportan que 50%, Martínez (2009), de las personas, con una enfermedad crónica, no adhieren completamente a su tratamiento.

Diversos factores psicológicos, demográficos y de comportamiento han sido vinculados con la adherencia al tratamiento en los diabéticos. De las variables psicológicas, la auto eficacia percibida (creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones

futuras), parecería mediar la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento de los diabéticos. Asimismo, se señala que la auto eficacia puede conducir a mejorar el control de las glicemias de los pacientes, debido a que correlaciona positivamente con las conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes. Además, incrementaría la habilidad para su auto cuidado y una mejor relación con la familia.

Esto determina que existan preguntas por responder como ¿el porcentaje de la diabetes tipo 2 en esta zona es igual a las citadas en los textos? ¿Existe diferencia de la calidad de vida determinada por el apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento, dependiendo de determinantes sociales como, un nivel menor de educación, el índice de masa corporal, etc.

JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.

La dialectología de finales de siglo asumió la idea clara de que no existe tratamiento eficaz de la diabetes sin educación y entrenamiento de su portador. Pero este proceso educativo no siempre se desarrolla de manera sistemática y, muy frecuentemente, adolece de falta de habilidad en ese otro saber hacer que exige cuidar y enseñar a cuidarse. Un programa de educación que desarrolla de manera continuada la capacitación del personal de salud para realizar esta función educadora, y pone énfasis en el nivel primario de salud, de las personas con diabetes mellitus. Aunque son pocos los trabajos que publiquen, con rigor científico los logros y dificultades que, en este quehacer, han enfrentado las áreas de salud, se conoce que hay un alto porcentaje de personas con diabetes mellitus no incorporadas al proceso educativo, mal controladas y complicadas. En este sentido, el propósito del presente trabajo es valorar, la estructura y metodología de este programa educativo, así como las orientaciones más generales para su aplicación en la Atención Primaria de Salud, a fin de contribuir a su aplicación efectiva y uniforme en dichos servicios, **conscientes de que en cada acto de cuidar está implícita la necesidad de enseñar a cuidarse y que solo aquel que aprenda a cuidarse y es apoyado por la familia, podrá alcanzar una buena calidad de vida.**

De este hecho deriva la importancia del tema para tratar de llegar a conocer con mayor exactitud algunos determinantes sociales que estén asociados a esta enfermedad en los pacientes de este cantón y como finalidad tratar de determinar cuál es el factor principal asociado a esta patología, para mejorar la prevención y presencia de complicaciones de esta enfermedad.

Una vez obtenidos los resultados se comunicara de estos al personal médico y afines mediante charlas y talleres donde se recalcará los factores asociados a esta enfermedad para con conocimiento de causa insistir en la prevención.

El beneficio será para todas las personas diabéticas/os del cantón Sigüig, pero especialmente para aquellas que acuden a este hospital, en las cuales se intentara disminuir la frecuencia de esta patología, como también sus complicaciones.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Qué es la diabetes mellitus tipo II?

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica, caracterizada por la presencia de altos niveles de azúcar en la sangre. Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. (FARRERAS et.al,2006)

Diabetes de tipo II o no insulino dependiente (3-5% de la población, mayor de cuarenta años, aparición lenta, alteración de los receptores celulares de la insulina con niveles normales o aumentados de esta, obesidad frecuente hasta del 80%) y otros tipos (desnutrición, síndrome de Cushing, pancreatitis, etc.). La falta de disponibilidad de glucosa en el interior de las células origina un aumento del catabolismo de lípidos y proteínas para la obtención de energía. La hiperglucemia es el elemento básico responsable de la sintomatología cardinal (polifagia, polidipsia, poliuria, astenia, pérdida de peso) que se produce a corto plazo y de las complicaciones vasculares tanto microangiopáticas (retinopatía, nefropatía) como neuropatías (neuropatía sensitivo motora y autonómica) y macroangiopáticas (arteriosclerosis generalizada) por un proceso de glicosilación excesiva de la membrana basal de los vasos de pequeño calibre, que causa alteraciones en las propiedades de resistencia y permeabilidad de los vasos y que tienen lugar con la evolución crónica del proceso. Los cuatro pilares sobre los que se sustenta el tratamiento de la diabetes son: dieta pobre en hidratos de carbono, actividad o ejercicio físico, tratamiento farmacológico con insulina o antidiabéticos orales y **educación diabetológica**. MARTINEZ (2009, p 50).

La diabetología de finales de siglo asumió la idea clara de que no existe tratamiento eficaz de la diabetes sin educación y entrenamiento de su portador. Pero este proceso educativo no siempre se desarrolla de manera sistemática y, muy frecuentemente, adolece de falta de habilidad en ese otro saber hacer que exige cuidar y enseñar a cuidarse. Un programa de educación que desarrolla de manera continuada la capacitación del personal de salud para realizar esta función educadora, y pone énfasis en el nivel primario de salud, de las personas con diabetes mellitus. Aunque son pocos los trabajos que publiquen, con rigor

científico los logros y dificultades que, en este quehacer, han enfrentado las áreas de salud, se conoce que hay un alto porcentaje de personas con diabetes mellitus no incorporadas al proceso educativo, mal controladas y complicadas. En este sentido, el propósito del presente trabajo es valorar, la estructura y metodología de este programa educativo, así como las orientaciones más generales para su aplicación en la Atención Primaria de Salud, a fin de contribuir a su aplicación efectiva y uniforme en dichos servicios, **conscientes de que en cada acto de cuidar está implícita la necesidad del apoyo familiar para cuidarse y que solo aquel que aprenda a cuidarse con el apoyo familiar podrá alcanzar una buena calidad de vida.** ENDOCRINOLOGIA, (2007, v.18)

ETIOLOGIA DE LA DIABETES TIPO 2.

La diabetes es un trastorno crónico de base genética caracterizado por tres tipos de manifestaciones: *a)* un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina; *b)* un síndrome vascular que puede ser macro angiopático y micro angiopático, y que afecta todos los órganos pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina, y *c)* un síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y periférico. Farreras (2002).

Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios: Síntomas de diabetes más una glucemia casual igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.

Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso. Glucemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas. Glucemia igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral. Ballcels (2006)

FACTORES DE RIESGO.

- Edad superior a 45 años
- IMC mayor de 27 kg/m o menos si hay obesidad abdominal.

- Familiares diabéticos en primer grado de consanguinidad.
- Antecedentes obstétricos de DMG y/o de hijos macrosféricos (peso al nacer > 4 kg.
- Menor de 50 años con enfermedad coronaria
- Hipertenso con otro factor de riesgo asociado
- Triglicéridos mayores de 150 mg/dl con HDL menor de 35 mg/dl
- Alteración previa de la glucosa.
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Raza/etnia (las poblaciones de estadounidenses de raza negra, hispanoamericanos y estadounidenses de pueblos originarios tienen altos índices de diabetes)

La diabetes tipo 2 se diagnostica con los siguientes exámenes de sangre:

- **Nivel de glucemia en ayunas:** Se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dL en dos oportunidades.
- **Examen de hemoglobina A1c:** Este examen se ha usado en el pasado para ayudarles a los pacientes a vigilar qué tan bien están controlando sus niveles de glucosa en la sangre. En el 2010, la *American Diabetes Association* (Asociación Estadounidense para la Diabetes) recomendó que el examen se use como otra opción por diagnosticar la diabetes e identificar la prediabetes. Los niveles indican:
 - Normal: menos de 5.7%
 - Prediabetes: entre 5.7% y 6.4%
 - Diabetes: 6.5% o superior
- **Prueba de tolerancia a la glucosa oral:** Se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas.

CONTROL DE LA DIETA Y DEL PESO

Las personas con diabetes tipo 2 deben comer aproximadamente a las mismas horas cada día y deben tratar de ser constantes con los tipos de alimento que escogen. Esto ayuda a evitar que la glucemia resulte sumamente alta o baja. La planificación de comidas consiste en elegir alimentos saludables, comer la cantidad adecuada y las comidas a la hora apropiada. Usted debe trabajar de la mano con el médico, la enfermera y un dietista certificado para saber qué cantidades de grasa, proteína y carbohidratos necesita en su dieta. Los planes de comidas deben

adaptarse a sus hábitos y estilo de vida diarios y debe tratar de incluir alimentos que le gusten. Sue K (2007)

Es importante controlar el peso y consumir una dieta bien balanceada. Algunas personas con diabetes tipo 2 pueden dejar de tomar medicamentos después de perder peso, aunque aún tengan la enfermedad.

Se puede considerar la posibilidad de la cirugía bariátrica (pérdida de peso) para pacientes con mucho sobrepeso que no estén bien manejados con dieta y medicamentos.

ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR

Hacer ejercicio en forma regular es importante para todas las personas, pero especialmente si usted tiene diabetes. El ejercicio aeróbico regular ayuda a bajar el nivel de azúcar en la sangre sin medicamentos y también ayuda a quemar el exceso de calorías y grasa, de manera que usted pueda controlar el peso.

El ejercicio puede ayudar a la salud general, mejorando el flujo sanguíneo y la presión arterial. Disminuye la resistencia a la insulina incluso sin pérdida de peso. El ejercicio también aumenta el nivel de energía del cuerpo, baja la tensión y mejora la capacidad para manejar el estrés. Martínez (2002)

- Lleve un brazalete de identificación de diabéticos y lleve consigo un teléfono celular para usarlo en caso de emergencia.
- Beba líquidos adicionales que no contengan azúcar antes, durante y después del ejercicio.
- A medida que cambie la intensidad o duración del ejercicio, es posible que necesite modificar la dieta o medicamento para mantener el nivel de glucemia en un rango apropiado.

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES

Si la dieta y el ejercicio no ayudan a mantener niveles normales o casi normales de glucemia, el médico puede recetarle medicamentos. Dado que estos fármacos ayudan a bajar los niveles de glucemia de diferentes maneras, el médico puede hacerle tomar más de uno. Estos fármacos se pueden usar junto con insulina, si es necesario.

Algunos de los tipos de medicamentos más comunes se enumeran abajo y se toman por vía oral o inyectable.

- Los inhibidores de la alfa-glucosidasa (como, acarbosa) disminuyen la absorción de carbohidratos del tubo digestivo para bajar los niveles de glucosa después de las comidas.
- Las biguanidas (metformina) le ordenan al hígado que produzca menos glucosa y le ayudan a los adipocitos y células musculares y al hígado a absorber más glucosa del torrente sanguíneo, lo cual disminuye los niveles de azúcar en la sangre.
- Los medicamentos inyectables (como exenatida y pramlintida) pueden bajar la glucemia.
- Las meglitinidas (que incluyen repaglinida y nateglinida) estimulan al páncreas para producir más insulina en respuesta al nivel de glucosa en la sangre.
- Las sulfonilureas (como glimepirida, gliburida y tolazamida) estimulan al páncreas para que produzca más insulina. Se toman por vía oral.
- Las tiazolidinedionas (como, rosiglitazona y pioglitazona) ayudan a los adipocitos y células musculares y al hígado a absorber más azúcar de la sangre cuando la insulina está presente. La rosiglitazona puede aumentar el riesgo de problemas cardíacos, por lo que se debe consultar con el médico.(LITTER,2003;451)

Si no se controla eficientemente la glucemia a pesar de los cambios en el estilo de vida y de tomar medicamentos orales, el médico le recetará insulina. Las preparaciones de insulina se diferencian en la rapidez con la que comienzan a actuar y en el tiempo que dura su efecto. El médico determinará el tipo apropiado de insulina a emplearse y le dirá a qué hora del día aplicársela.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Los/as pacientes que adolecen esta enfermedad deberían estar sometidos a una fidelidad terapéutica y dietética para mantener el control de la patología y tener una calidad de vida buena. Ya desde los años 70 Haynes monitoreaba el cumplimiento del tratamiento a través del estado de salud sus los pacientes como producto de la observancia o cumplimiento al tratamiento terapéutico definida en la actualidad como adherencia al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, la persistencia a lo largo del tiempo.

En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes con diabetes tipo II tiene una adherencia al tratamiento aceptable y un menor porcentaje en los países en desarrollo. Rev.Med.Vozandes(2010).

La falta de adherencia se da por una interrelación de factores entre los cuales se encuentran algunos derivados de la persona y su entorno económico, cultural y social; otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como los derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

La adherencia comprende acciones de auto cuidado complejas que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que implica cambios en el estilo de vida. Para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Presión arterial

Es una medición de la fuerza que se aplica sobre las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. La presión está determinada por la fuerza y el volumen de sangre bombeada, así como por el tamaño y la flexibilidad de las arterias.

La presión arterial cambia continuamente dependiendo de la actividad, la temperatura, la dieta, el estado emocional, la postura, el estado físico y los medicamentos que se administren.

Razones por las que se realiza el examen

El *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial) recomienda hacer exámenes para la hipertensión arterial en adultos cada dos años si su presión arterial normalmente es de menos de 120/80 mmHg.

La hipertensión arterial aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.

Dentro de las complicaciones más frecuentes mencionamos:

Cardiovasculares:

- insuficiencia vascular periférica.
- Miocardiopatía diabética: Enfermedad cardíaca isquémica e insuficiencia cardíaca congestiva.
- Aumento de la incidencia de enfermedades cerebrovasculares, habitualmente ACVs isquémicos.
- Oftálmicas: la causa más frecuente de ceguera en el adulto mayor es la retinopatía diabética glicémico. Las cataratas son comunes.

Neurológicas:

- coma hiperosmolar, demencia, deterioro cognitivo y depresión; neuropatías periféricas: déficit sensoriales, dolor neuropático, disfunciones autonómicas.

Renales:

- insuficiencia renal y sepsis urinaria.

Gastrointestinales:

- gastroparesis y trastornos en la motilidad de intestino grueso y delgado.

Infecciosas:

- aumento en frecuencia e intensidad de contraer infecciones graves

Osteo musculares:

- Mayor riesgo de fractura de cadera por múltiples factores.

Disfunción sexual: tanto en hombres como en mujeres.

Deterioro funcional:

- mayor consumo de recursos, sobrecarga del cuidador, peor calidad de vida.
- Decaimiento generalizado, astenia, anorexia.

La educación del paciente diabético, se relaciona directamente con la disminución de sus complicaciones micro y macro vasculares. Los pacientes sin educación en diabetes pueden cuadruplicar el riesgo de una complicación mayor. Farreras (2002).

Problemas de la visión

Existen muchos tipos de problemas y perturbaciones visuales entre las cuales se pueden mencionar: visión borrosa, halos, puntos ciegos, moscas volantes y otros síntomas. La visión borrosa es la pérdida de la agudeza visual y la incapacidad para visualizar pequeños detalles. Los puntos ciegos (escotomas) son "agujeros" oscuros en el campo visual en los cuales no se puede ver nada.

- Retinopatía diabética: esta complicación de diabetes puede llevar a sangrado dentro de la retina y es otra causa común de ceguera.

Prevención

Los chequeos regulares de los ojos por parte de un oftalmólogo o un optómetra son importantes y deben hacerse una vez al año para personas mayores de 65 años. El médico recomendará exámenes más frecuentes y más tempranos si usted tiene diabetes o ya está mostrando los primeros signos de problemas oculares por la diabetes, la hipertensión arterial u otras causas.

En algunas visitas al médico, se realizarán mediciones de la presión ocular para evaluar la posibilidad de glaucoma. Periódicamente se llevará a cabo una dilatación de los ojos con el fin de examinar la retina para buscar cualquier signo de problemas a causa del envejecimiento, la hipertensión arterial o la diabetes.

A continuación, se mencionan algunas otras medidas importantes que se deben tomar para prevenir problemas en el ojo y en la visión:

- Usar gafas de sol para proteger los ojos
- No fumar
- Limitar la cantidad de alcohol que se consume
- Mantener la presión arterial y el colesterol bajo control
- Mantener los niveles de azúcar muy bien controlados si se es diabético
- Consumir alimentos ricos en antioxidantes, como los vegetales de hoja verde

Problemas de erección

Es la incapacidad de lograr o mantener una erección del pene que sea lo suficientemente firme para que un hombre tenga una relación sexual satisfactoria. Es posible que usted no pueda lograr una erección en absoluto o que la pierda durante el coito antes de estar listo. Si la afección persiste, el término médico es disfunción eréctil.

Los problemas de erección son comunes en los hombres adultos. De hecho, prácticamente todos los hombres experimentan una dificultad ocasional para lograr o mantener una erección.

Si usted tiene dificultad para lograr o mantener una erección más del 25% de las veces, se considera un problema.

Síntomas

Con frecuencia, las personas con diabetes tipo 2 no presentan síntoma alguno. En caso de presentarse síntomas, éstos pueden ser:

- Visión borrosa
- Disfunción eréctil
- Fatiga
- Infecciones frecuentes o de curación lenta
- Aumento del apetito
- Aumento de la sed
- Aumento de la micción

Tratamiento

El objetivo inmediato es bajar los altos niveles de glucemia. Los objetivos a largo plazo son prevenir complicaciones relacionadas con la diabetes.

El tratamiento principal para la diabetes tipo 2 es el ejercicio y la dieta

.

MEDICAMENTOS PARA PREVENIR COMPLICACIONES

Dado que las personas con diabetes tienen una probabilidad mucho más alta de desarrollar cardiopatía, enfermedad renal y otros problemas médicos, posiblemente necesiten tomar ciertos medicamentos para tratar estos problemas o evitar que se presenten.

Con frecuencia se recomienda un inhibidor de la ECA (BRA):

- Como primera opción de medicamento para tratar la hipertensión arterial en personas con diabetes
- Para aquéllos que tienen signos de enfermedad renal inicial

Los inhibidores de la ECA abarcan captopril (Capoten), enalapril (Vasotec), quinapril (Accupril), benazepril (Lotensin), ramipril (Altace), perindopril (Aceon) y lisinopril (Prinivil, Zestril).

Las estatinas por lo regular son la primera opción para tratar un nivel de colesterol anormal. Procure tener un nivel de colesterol LDL nivel de menos de 100 mg/dL (menos de 70 mg/dL en pacientes de alto riesgo).

El ácido acetilsalicílico para prevenir la cardiopatía se recomienda con mayor frecuencia para personas con diabetes que:

- Tengan 40 años o más
- Tengan antecedentes de problemas cardíacos
- Tenga antecedentes familiares de cardiopatía
- Tenga hipertensión arterial o colesterol alto
- Que Fumen

EL PIE DEL DIABETICO.

Las personas con diabetes son muy propensas a tener problemas en los pies. La diabetes puede causar daños en los nervios, lo cual significa que usted puede no sentir una herida en el pie hasta que aparezca una infección o una llaga grande. La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos.

Además, la diabetes afecta el sistema inmunitario del organismo, disminuyendo la capacidad para combatir la infección. Las infecciones pequeñas pueden empeorar rápidamente y causar la muerte de la piel y otros tejidos, lo que puede hacer necesaria la amputación. Para prevenir lesión a los pies, revíselos y cuídelos diariamente. Prevención del pie diabético (2011)

Para prevenir los problemas de los pies relacionados con la diabetes, usted debe:

- Revisar y cuidar de sus pies TODOS LOS DÍAS, sobre todo si tiene daño neurológico o vascular o problemas actuales en los pies.
- Procurar que el médico le examine los pies al menos dos veces al año y saber si usted tiene daño neurológico.
- Mejorar el control de la glucemia.
- Verificar que esté usando el tipo apropiado de zapatos.
- Dejar de fumar si es fumador.

Grupos de apoyo

Asociaciones, grupos y clubs de personas que sufren de la diabetes son las mejores opciones para tratar esta enfermedad que está afectando al mundo.

Pronóstico

Se pueden reducir los riesgos de complicaciones a largo plazo debido a la diabetes. Si se controla la glucemia y la presión arterial, se puede reducir el riesgo de muerte, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones. La reducción de HbA1c incluso al 1% puede disminuir el riesgo de complicaciones en un 25%.

Usted puede ayudar a prevenir la diabetes tipo 2 manteniendo un peso corporal saludable y un estilo de vida activo.

Para prevenir complicaciones de la diabetes, visite al médico o al diabetólogo por lo menos cuatro veces al año y comente cualquier problema que se esté presentando. Mantenga todas sus vacunas al día y hágase aplicar la vacuna antigripal cada año. Clínicas Geriátricas.(2009)

CAPITULO III

OBJETIVOS.

GENERAL. Determinar la prevalencia del apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento farmacológico de las personas del club de diabéticos del hospital “San Sebastián”. Sigsig. 2011.”

ESPECIFICOS.

- Determinar el tipo de índice de masa corporal de los pacientes diabéticos.
- Identificar el porcentaje de cumplimiento del tratamiento farmacológico de los diabéticos.
- Identificar al grupo de estudio de acuerdo a las diferentes variables demográficas (estado civil, edad, sexo etc.)
- Analizar los resultados obtenidos.
- Analizar los resultados de las glicemias, hemoglobina glicosilada etc.

CAPITULO IV

HIPOTESIS.

El apoyo familiar mejora el conocimiento y cumplimiento de la terapéutica de la enfermedad y sus complicaciones por parte del paciente diabético, lo que determina un mejor autocuidado, menores complicaciones y una mejor calidad de vida de los pacientes diabéticos.

CAPITULO V

DISEÑO METODOLOGICO.

TIPO DE ESTUDIO.

- La presente investigación se trata de un estudio de prevalencia-descriptivo, porque se estudian la prevalencia del apoyo familiar, en un determinado grupo de personas, en una zona determinada y en un espacio de tiempo definido.

- **UNIVERSO Y MUESTRA.**

El universo lo constituyen los 33 diabéticos del club del hospital “San Sebastián” del Sigsig, durante el año 2010.

PROCEDIMIENTOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.

- La presente investigación se realizará en el Hospital cantonal del Sigsig, que tiene una población según proyección de salud para el año 2010 de 10.093 habitantes.
- Los participantes en el estudio son 33 pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 con dosificación de glicemia en sangre, que acuden a la consulta externa y forman parte del Club de diabéticos de Hospital San Sebastián, es un estudio transversal, que se realizó en un periodo de 6 meses. Se evaluaron los conocimientos, apoyo familiar, adherencia al tratamiento, cumplimiento de la dieta relacionado con la Diabetes Mellitus con una valoración de la glucosa, presión arterial y el índice de masa corporal (IMC).
- La recolección de la información se la realizó con la técnica de llenado de cuestionario y / o encuesta por el grupo en estudio, además de la observación directa de los investigadores y de la participación de sus familias para la evaluación.
- Se solicitó el consentimiento informado a los/las integrantes del club a través de un documento firmado por los profesionales que realizaron la investigación.
- Los resultados obtenidos del estudio servirán para la implementación de estrategias de apoyo a los miembros del club para mejorar su calidad de vida en el futuro.

IMPLICACIONES ÉTICAS Y BIOÉTICAS.

Éticas.

La enfermedad de la diabetes mellitus tipo II (DM) está causando un gran problema de Salud Pública, causando una crisis clínico- social de la población en general, en donde las manifestaciones clínicas día a día alcanzan lesiones graves en esta clase de pacientes.

Mientras se continúe tratando esta enfermedad como un problema unipersonal no se conseguirá detener el avance de esta grave y catastrófica enfermedad, con la falsa posición de creer que la enfermedad es un problema del paciente y no de toda la familia y peor aún de la comunidad, los ciudadanos del mundo, jamás se podrán disminuir el número de pacientes con diabetes que cada vez son miles y miles.

Es fundamental el desarrollo de una ética ciudadana que reconozca la validez y el respeto que merecen las personas con diabetes, es decir, solamente una ética de solidaridad, que comprenda que la enfermedad del “otro” es parte mía, permitirá mejorar las condiciones humanas, basadas en el apoyo familiar, de la comunidad y de las principales autoridades de salud del país la comunicación y en el respeto por las diferencias culturales, sociales y económicas.

Por lo tanto para evitar que el número de enfermos con diabetes mellitus tipo II siga creciendo, se vuelve indispensable realizar investigaciones dirigidas hacia la prevención, ya que esta enfermedad no tiene tratamiento, volviéndose prioritario determinar cuánto conocen nuestros pacientes, familiares y más cercanos para evitar las complicaciones de esta grave enfermedad que tiene un tinte catastrófico por sus afecciones sistémicas.

Bioética.

La identificación de los Conocimientos, Apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento farmacológico para prevenir las graves complicaciones de esta enfermedad crónica se evaluó sobre estas actitudes a los pacientes del club de diabéticos del hospital “San Sebastián” del Sigsig, es un objetivo realizado por los estudiantes de la Especialidad de Salud Familiar para la obtención del título en Especialista en Salud Familiar, por lo que fue imprescindible cumplir con los principios de la bioética.

Nuestra investigación reconoce la capacidad y los derechos de las personas de tomar sus propias decisiones por medio del reconocimiento de su dignidad y libertad por, lo cual se utilizó la encuesta del IMEVID* validada internacionalmente

para investigar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en grupos sociales, que se llenó en forma personal previa la autorización del entrevistado, sin causar daño a su integridad, más bien estos resultados fueron tomados en cuenta para elaborar un programa educativo que con la finalidad de mejorar el apoyo familiar y de prevenir las graves complicaciones de esta enfermedad.

Por lo tanto, es una investigación que les va a beneficiar a ellos, primero identificando que saben, como se comportan, para planificar un proyecto, el mismo que se encuentra dentro de un programa a nivel regional, nacional y mundial cuyo propósito es evitar que los siga creciendo el número de diabéticos y en aquellos que lo son prevenir las complicaciones deterioren la calidad de vida.

Los datos obtenidos serán guardados con absoluta reserva y solo se utilizarán para el propósito planteado en esta investigación.

CAPITULO VI

ANALISIS ESTADISTICO.

Los datos obtenidos en el presente estudio serán procesados en computadora, mediante el programa Excel y SPSS versión 15 en español y se realizarán las pruebas de significancia de Riesgo Relativo, CHI^2 , Valor de p, a un nivel de confiabilidad del 95, un margen de error del 5%, una potencia estadística del 80%.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos fueron revisados, corregidos y procesados en los paquetes estadísticos de Excel 2007 y SPSS versión 15 en español, obteniéndose los siguientes resultados:

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO.

EDAD Y ESTADO CIVIL.

Analizando los resultados de la tabla sobre edad y estado civil, se observa que el 90% tienen el estado civil casado y viudo y están comprendidos entre la edad de 51 y 80 años, lo cual está de acuerdo con la edad de esta enfermedad que es de evolución crónica y afecta a las personas de la tercera edad.

TABLA #1

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN EDAD Y ESTADO CIVIL. SIGSIG-2011.

EDAD	ESTADO CIVIL										TOTAL	
	SOLTERO		CASADO		VIUDO		DIVOR		SEPAR		#	%
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
21-30	1	3									1	3
51-60			3	9	3	9			1	3	7	21
61-70			15	45	4	12	1	3			20	60
71-80			3	9	1	3					4	12
81-90					1	3					1	3
TOTAL	1	3	21	63	9	27	1	3	1	3	33	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Media de edad: 62.2 DS: 10.2

NIVEL DE EDUCACION Y SEXO.

Al analizar la Tabla sobre el tipo de sexo y nivel de educación, se determina que existe un predominio eminentemente femenino con 29 mujeres que corresponden al 87.9% del total de pacientes, la educación primaria corresponde al 75 % en su mayoría, lo cual demuestra que en este grupo de estudio las mujeres son las frecuentemente afectadas. Se debe anotar como dato importante la presencia de 15% de analfabetismo

TABLA #2

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN SEXO Y NIVEL DE EDUCACION. SIGSIG-2011.

SEXO	NIVEL DE EDUCACION								TOTAL	
	ANALF		PRIMAR		SECUND		SUPERI			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
MUJER	5	15	22	66	1	3	1	3	29	87.9
HOMBRE			3	9	1	3			4	12.1
TOTAL	5	15	25	75	2	6	1	3	33	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

OCUPACIÓN.

La mayoría de pacientes del presente estudio son mujeres, y la actividad que desempeñan en su mayoría son QQ.DD (33,3 %), y toquillera (45%) las otras ocupaciones no tuvieron un porcentaje alto.

TABLA #3

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN OCUPACION. SIGSIG-2011.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
agricultor	2	6,1
Aux. enfermeria	1	3,0
comerciante	1	3,0
costurera	1	3,0
Profesor(jubilado)	1	3,0
QQ.DD	11	33,3
técnico TV	1	3,0
toquillera	15	45,5
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

SALARIO MENSUAL.

Al ser personas de la tercera edad, no tienen un ingreso mensual fijo, sobre todo si un alto porcentaje son amas de casa. El promedio de ingreso es 76,3 dólares por mes.

TABLA #4

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN INGRESO MENSUAL. SIGSIG-2011.

INGRESO MENSUAL \$	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-50	16	48.5
51-100	13	39.5
101-150	2	6
151-200	1	3
600 -650	1	3
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores Media: 76.3 DS:101

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

La diabetes al ser una enfermedad crónica, en este grupo de estudio como en otros existieron límites de 5 a 25 años, con una media de 10.1 años.

TABLA #5

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN AÑOS DE ENFERMEDAD. SIGSIG-2011.

AÑOS DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-5	10	30.4
6-10	9	27.2
11-15	7	21.2
16-20	6	18.2
21-25	1	3
TOTAL	33	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: Los autores
PROMEDIO: 10.1 DS: 5.9

GLICEMIA.

El azúcar en la sangre, valor determinante en esta enfermedad existieron valores de 100 hasta 400mgs/dl, siendo la media de 206 mgs/dl valor que nos indica la presencia activa de la enfermedad.

TABLA #6

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN GLICEMIA. SIGSIG-2011.

VALOR DE GLUCOSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
100-150	12	36.4
151-200	7	21.2
201-250	7	21.2
251-300	5	15.2
301-350	1	3
351-400	1	3
TOTAL	33	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Media: 206 DS: 88.1

TENSIÓN ARTERIAL SISTOLICA Y DIASTÓLICA.

Analizando los resultados de las tablas 7 y 8 que hacen relación a la presión arterial de los sujetos del estudio, se observa que las medias equivalen a una presión arterial de 133/86mm Hg; valor este que se lo puede tomar como dentro de lo normal y que indicaría que esta complicación aun no está presente en este grupo de diabéticos.

TABLA #7

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN TENSION ARTERIAL SISTOLICA. SIGSIG-2011.

TENSION ARTERIAL SISTOLICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
80-100 mm Hg	1	3
101-120 mm Hg	9	27.3
121-140 mm Hg	16	48.4
141-160 mm Hg	7	21.3
TOTAL	33	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Media: 133 mm Hg DS: 16.1 mm Hg

TABLA # 8

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN TENSION ARTERIAL DIASTOLICA. SIGSIG-2011.

TENSION ARTERIAL DIASTOLICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-80 mm Hg	15	45.6
81-100 mm Hg	17	51.4
101-120 mm Hg	1	3
TOTAL	33	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Media: 86 mm Hg DS: 11.4 mm Hg

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

El factor de riesgo más importante dentro de la diabetes lo constituye el índice de masa corporal, y en este grupo de estudio como era de esperarse predominó lo patológico, pero en altos porcentajes, sobrepeso (39,4%) y la obesidad (57,6%), los dos suman el 97% de pacientes con IMC anormal. La media del IMC corresponde al 30.2.valor considerado como obesidad.

TABLA # 9

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL. SIGSIG-2011.

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	1	3,0
SOBREPESO	13	39,4
OBESIDAD	19	57,6
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

CONOCIMIENTO SOBRE AGENTE QUE CAUSA LA DIABETES.

Al ser la diabetes una enfermedad crónica y que se halla distribuida mundialmente, el conocimiento de que el alza del azúcar es casi mundial, en la presente investigación el 90.9% conocen que la diabetes se debe al alza del azúcar en la sangre

TABLA #10

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE CAUSA DE LA DIABETES. SIGSIG-2011.

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALZA DE AZUCAR	30	90,9
DESCONOCE	3	9,1
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

CONOCIMIENTO SOBRE DURACION DE TRATAMIENTO.

En forma unánime los pacientes reconocen que deben llevar el tratamiento de la diabetes toda su vida.

TABLA #11

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE DURACION DEL TRATAMIENTO. SIGSIG-2011.

DURACION DE TTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TODA LA VIDA	33	100
HASTA SENTIRSE BIEN	0	0
DESCONOCE	0	0
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

FACTORES QUE DESCOMPENSAN LA ENFERMEDAD.

El 84.8% (28) manifiestan que el dejar de tomar su tratamiento farmacológico, es la causa para que su enfermedad se descompense, este dato corrobora con el buen conocimiento que tienen sobre la enfermedad.

TABLA #12

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN FACTORES QUE DESCOMPENSAN LA ENFERMEDAD. SIGSIG-2011.

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEJAR MEDICACION	28	84,8
NO SEGUIR DIETA	5	15,2
TENER INFECCIONES	0	0
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

CONOCIMIENTO SOBRE ORGANOS AFECTADOS EN LA DIABETES.

La visión es para el 63% de los diabéticos el órgano mayormente afectado.

TABLA #13

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS. HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE ORGANOS AFECTADOS. SIGSIG-2011.

ORGANOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OJO	21	63,6
RIÑON	4	12,1
PIE DIABETICO	4	12,1
NO SABE	4	12,1
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

CONOCIMIENTOS DE LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES.

El presente cuadro demuestra que más de la tercera parte (39.4%) de los enfermos de diabetes en el presente estudio desconoce las complicaciones de esta enfermedad.

TABLA #14

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE COMPLICACIONES. SIGSIG-2011.

CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	6	18,2
SI	20	60,6
NO SABE	7	21,2
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

LUGAR DE ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS

La principal para la adquisición de conocimientos son los clubs de diabéticos y el personal de salud, las dos opciones se manejan en los hospitales, del MSP.

TABLA # 15

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN LUGAR DE ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS. SIGSIG-2011.

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRUPO DIABETICOS	22	66,7
PERSONAL SALUD	11	33,3
INTERNET	0	0
AMIGOS	0	0
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

HEMOGLOBINA GLICOSILADA.

El análisis de la presente tabla nos da a conocer que el 81.9 % tienen una diabetes descompensada y de años de evolución, debido a que la hemoglobina glicosilada (más de 6.6) es el parámetro más fidedigno para medir, controlar y hacer seguimiento de estos pacientes. En el grupo estudiado este resultado está avalado por la edad de los enfermos, casi la totalidad tienen más de 60 años.

TABLA # 16

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN VALOR DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA. SIGSIG-2011.

Hb GLICOSILADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 6.5	6	18.1
>6.6	27	81.9
TOTAL	33	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

TABLA #17

DISTRIBUCION DE 132 RESPUESTAS, DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". QUE EVALUAN EL APOYO FAMILIAR. SIGSIG-2011.

VARIABLE	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		POCAS VECES		NUNCA	
	#	%	#	%	#	%	#	%
1.Su familia lo anima a que siga su dieta	23	69.7	2	6.1	5	15.2	3	9.1
2.Su familia adapta la alimentación a su dieta	20	60.6	4	12.1	5	15.2	4	12.1
3.Su familia lo induce a comer alimentos no permitidos	3	9.1	3	9.1	10	30.3	17	51.5
4.Su familia le recuerda su tto para la diabetes	24	72.7	2	6.1	2	6.1	5	15.2

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

EVALUACION.

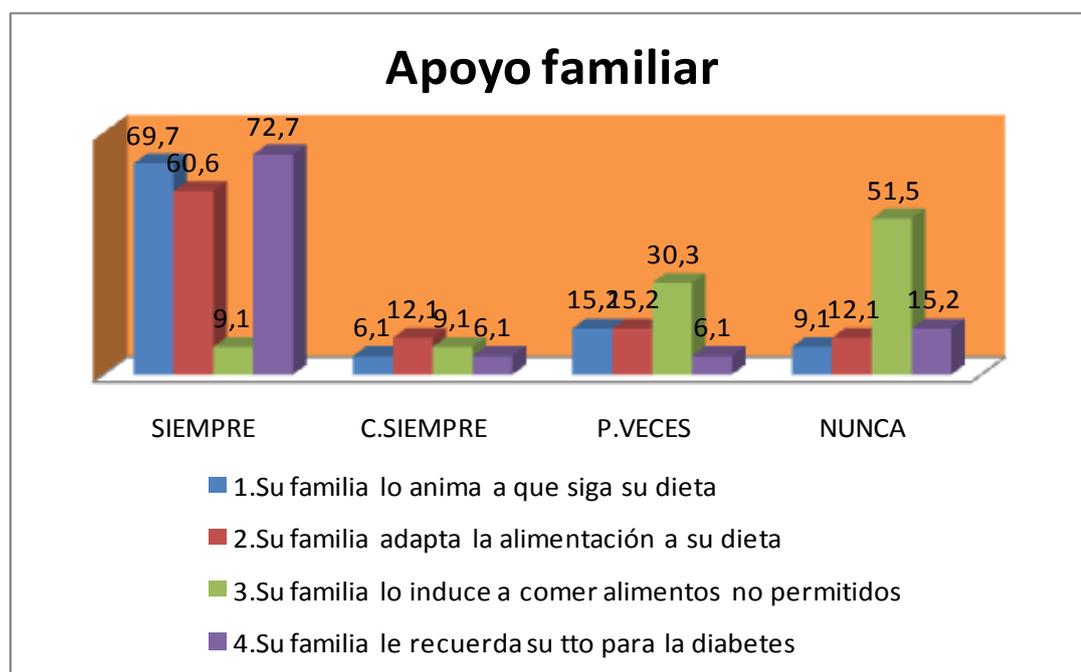
La evaluación de la prevalencia, se hizo en base de las normas establecidas internacionalmente para estos cuestionarios validados por la comunidad científica; donde se valora a la respuesta siempre =4; casi siempre= 3; pocas veces=2 y nunca=1.

De acuerdo a esto, los resultados obtenidos fueron los siguientes:(84 x4=336) (18x3=54) (15x2=30) (15x1=15)= 435= 82,3 apoyo familiar

La prevalencia del apoyo familiar para los pacientes diabéticos es del 82.3% que es excelente. Este resultado está acorde en este grupo de pacientes, que por tener un buen apoyo familiar para el cumplimiento de su tratamiento no presentan complicaciones graves de su enfermedad.

GRAFICO #1

DISTRIBUCION DE 132 RESPUESTAS, DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". QUE EVALUAN EL APOYO FAMILIAR. SIGSIG-2011.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

TABLA #18

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS. HOSPITAL“SAN SEBASTIAN”. SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES. SIGSIG-2011.

VARIABLE	SI		NO		NO SE	
	#	%	#	%	#	%
1. ¿El diabético que toma pastillas o se inyecta insulina, no necesita hacer dieta?	30	90.9	2	6.1	1	3
2. ¿La diabetes puede afectar el riñón, los ojos, la circulación y los pies?	30	90.9	2	6.1	1	3
3.¿Los hijos de un diabético tiene más posibilidades de ser diabéticos?	25	75.4	3	9.2	5	15.4
4.¿Un diabético goza menos la vida que un no diabético?	15	45.3	12	36.4	6	18.3
5.- ¿La gente obesa se vuelve diabética más fácilmente?	23	69.5	2	6.1	8	24.4
6.- ¿La diabetes es curable?	4	12.2	26	78.6	3	9.2
7.- ¿El cigarro favorece las complicaciones de la diabetes?	12	36.4	14	42.4	7	21.2
8. ¿Los pies del diabético necesitan cuidados especiales?	26	78.5	4	12.3	3	9.2
9.- ¿El ejercicio disminuye el azúcar en la sangre?	28	84.6	3	9.3	2	6.1
10.- ¿El diabético debe llevar una dieta especial?	27	81.5	3	9.3	3	9.2
11.- ¿El paciente diabético debe ser revisado por el oculista, cuando menos una vez por año?	29	87.7	3	9.3	1	3
12.- ¿Cuándo el médico prescribe insulina, es necesario aplicársela?	26	78.5	3	9.3	4	12.2
13.- ¿La medicina natural (tés, plantas, raíces, aguas mágicas, etc) Son más útiles para controlar la diabetes que el tratamiento prescrito por el médico?	8	24.4	21	63.4	4	12.2
14.- ¿El diabético debe disminuir su actividad social?	13	39.6	19	57.4	1	3
15.¿La diabetes interfiere con las oportunidades de trabajo?	13	39.6	18	54.3	2	6.1
16.¿Al paciente diabético le incomoda hablar de su enfermedad con otras personas?	9	27.6	23	69.4	1	3
17.¿La diabetes disminuye la actividad sexual en el hombre?	12	36.5	7	21.3	14	42.2
18.¿Debe recomendarse a las familias de un diabético que examine su glucosa Periódicamente?	28	84.7	2	6.1	3	9.2
19.- ¿El diabético debe acudir con frecuencia a consulta médica?	30	90.9	3	9.1	0	0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

De los 33 pacientes, objeto del presente estudio, existieron 448 respuestas con SI, lo que corresponde al 71,4%; hubo 110 respuesta de NO lo que equivale al 17,6% y 69 respuestas, que corresponde al 11% que respondieron NO SE.

El resultado obtenido sobre conocimientos de la enfermedad que sufren, es bueno lo cual se corrobora con el buen apoyo familiar que tienen este grupo de pacientes diabéticos.

TABLA #19

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS. HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA DIETA. SIGSIG-2011.

VARIABLE	siempre		Casi siempre		No sabe		Pocas veces		nunca	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1.- ¿Usted consume diario la misma cantidad de alimentos?	8	24	4	12	0	0	16	48	5	15
2.- ¿Usted toma alimentos con azúcar?	2	6	2	6	0	0	12	36	17	51
3.- ¿Usted come alimentos hechos a base de harinas como tortilla, pan, pastas, etc.?	3	9	2	6	0	0	24	72	4	12
4.- ¿Usted come antojitos como enchiladas, tacos, pozole, gansitos, papas fritas, refrescos, chetos etc?	0		1	3	0	0	10	30	22	66
5.- ¿Sus alimentos están preparados con manteca?	11	33	1	3	3	9	9	27	9	27
6.- ¿Usted cambia su dieta de fin de semana por algún festejo en especial?	1	3	4	12	1	3	12	36	15	45
7.- ¿Usted vigila su peso?	4	12	4	12	1	3	11	33	13	39
8.- ¿Considera sabrosa la dieta que le prescribe la dietista?	10	30	1	3	3	9	11	33	8	24

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

La evaluación de la prevalencia, se hizo en base de las normas establecidas internacionalmente para estos cuestionarios validados por la comunidad científica; donde se valora a la respuesta siempre =5; casi siempre= 4; no sabe= 3; pocas veces=2 y nunca=1.

De acuerdo a esto, los resultados obtenidos fueron los siguientes (89X5=445) (76 x4=304) (8x3=24) (48x2=96) (43x1=43)= 912= 68,3 prevalencia de adherencia a la dieta.

La prevalencia de la adherencia a la dieta de los pacientes diabéticos es del 68.3% que es buena. Es de recalcar que a pesar que existe un alta porcentaje del cumplimiento de la dieta persiste en estos pacientes el sobrepeso y obesidad, se puede explicar este hecho debido a que al ser una enfermedad crónica, esta clase de pacientes ya inician la enfermedad con un alto peso, que luego es difícil disminuirlo.

TABLA # 20

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIETA. SIGSIG-2011.

VARIABLE	SI		NO SE		NO	
	#	%	#	%	#	%
1.¿En el pcte diabético además de los alimentos dulces. Existen otros alimentos que aumentan el azúcar en la sangre?	21	63	7	21	5	15
2.¿El diabético debe evitar comer alimentos fritos?	22	66	4	12	7	21
3.¿Al pcte diabético se le limita el consumo de grasas de origen animal como: chorizo, manteca, etc?	27	81	2		4	12
4.¿Es conveniente desgrasar los caldos y consomés antes de comerlos?	31	93	1	3	1	3
5.¿El aumentar el consumo de fibra en la alimentación puede ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre?	23	69	10	30	0	
6.¿Las frutas y las verduras le aportan fibra?	25	75	6	18	2	6
7.¿El pcte diabético puede comer con moderación. Tortilla, pan blanco o integral, bolillo etc?	17	51	8	24	8	24
8.¿El pcte diabético puede consumir leguminosas como lentejas, frijol etc?	16	48	7	21	1	30
9.¿Para el pcte diabético es recomendable no pasar ayunos prolongados?	12	36	8	24	1	39
10.¿El pcte diabético debe establecer horarios fijos para tomar sus alimentos?	24	72	6	18	3	9

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

En lo relacionado a lo que deben comer, los resultados fueron que, conocen sobre la dieta 66.1%. No conocen 17.8%. No saben 16.1%.

ANALISIS DE FACTORES ASOCIADOS.

Con la aplicación de la tabla de contingencia, se evaluó la asociación de la variable APOYO FAMILIAR, con las variables: no adherencia terapéutica, conocimientos sobre diabetes, cumplimiento de la dieta.

TABLA #19

RESULTADOS ESTADISTICOS DE LA RELACION DE LA VARIABLE NO APOYO FAMILIAR; Y LAS VARIABLES: NO CUMPLIMIENTO DE LA DIETA, NO CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES Y NO CUMPLIMIENTO DE LA DIETA. CLUB DE DIABETICOS. HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SIGSIG-2011.

VARIABLE	%	RP	IC	X ²	"p"
No Conocimientos sobre la enfermedad	28.6	0.79	0.93-1.33	1.85	0.17
No Cumplimiento de la dieta	31.7	0.60	0.42-0.86	8.7	0.003
No conocen sobre alimentación	33.9	0.66	0.47-0.94	5.56	0.01

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

?: porcentaje.

RP: razón de prevalencia.

IC: intervalo de confianza.

X²: Chi cuadrado.

"p": valor de significancia.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES.

De las 448 respuestas sobre conocimientos sobre diabetes 179 (28.6%), no tuvieron apoyo familiar (factor de riesgo), este porcentaje corresponde 9 pacientes del presente estudio. El Chi² de 1.85; el valor de p 0.17, no es significativo, la Razón de Prevalencia (RP) 0.79.

Analizándolos resultados se concluye que el apoyo familiar no influye para la adquisición de conocimientos sobre diabetes en este grupo de estudio.

CUMPLIMIENTO DE LA DIETA

De las 264 respuestas sobre conocimientos sobre el cumplimiento de la dieta para la diabetes 99 (31.7%), no tuvieron apoyo familiar (factor de riesgo), este porcentaje

corresponde 12 pacientes del presente estudio. El χ^2 de 8.7; el valor de p 0.003, que tiene significancia estadística, la Razón de Prevalencia (RP) 0.60.

Analizándolos resultados se concluye que el apoyo familiar si infiere para el cumplimiento de la dieta del diabético, y el valor de χ^2 nos indica que aquel paciente que no tiene apoyo familiar, tiene 8.7 veces más probabilidades de no cumplir la dieta.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIETA

De las 330 respuestas sobre conocimientos de la dieta para la diabetes, 112 (33.9%), no tienen conocimientos sobre el tipo de alimentación del diabético (factor de riesgo), este porcentaje corresponde 11 pacientes del presente estudio. El χ^2 de 5.56; el valor de p 0.01, que tiene significancia estadística, la Razón de Prevalencia (RP) 0.66.

Analizándolos resultados se concluye, que el no apoyo familiar si infiere para que el paciente diabético no adquiera conocimientos sobre su dieta y el valor de χ^2 nos indica que aquel paciente que no tiene apoyo familiar, tiene 5.57 veces más probabilidades de no adquirir conocimientos sobre cómo debe alimentarse.

CAPITULO VII

DISCUSION

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que representa un problema de salud pública mundial, ya que se estima una prevalencia del 5% a nivel mundial (OMS: 2004) y de este porcentaje cerca de la mitad desconoce su situación, es una enfermedad crónica debilitante, su prevalencia está aumentando en todo el mundo como consecuencia del envejecimiento de la población, el aumento de la obesidad y los hábitos de vida sedentarios.

En Estados Unidos los casos de diabetes mellitus tipo 2, alcanzan una incidencia de 200 casos nuevos por cada cien mil habitantes. En España la prevalencia en la población mayor de 30 años oscila alrededor del 6-10%. Para el año 2006 se estimó que en América aproximadamente 35 millones de personas padecen de diabetes mellitus de los cuales el 54 % corresponde a América Latina y el Caribe (Bosch, 2002). En Inglaterra se calcula la prevalencia de Diabetes tipo 1 es de 0,22% a los 16 años y en Estados Unidos de América de 0,26% a los 20 años lo que sugiere que si se considera la prevalencia de esta enfermedad en un 2% significa que la diabetes mellitus no insulina dependiente es 7 u 8 veces mas frecuente que la diabetes mellitus insulina dependiente (Albeiro, 2000).

En Venezuela para el año 2006 se estimó una prevalencia entre el 5.1- al 6 %. Ocupa la sexta causa de muerte en Venezuela, ha sido considerado un problema de salud pública por la elevada tasa de discapacidad llevando al paciente hasta amputaciones parciales o totales, que son mutilantes desde todo punto de vista..(Sociedad Venezolana de Endocrinología, 2003).

Los pacientes presentan diferentes grados de estrés por las limitaciones en su diario vivir y las alteraciones en su homeostasis familiar, entre otros .el enfoque del paciente diabético debe ser integral ya que afecta no solo los aspectos físicos si no también psicológico y el social.

En América Latina la prevalencia de la Diabetes crecerá de 36 millones en el año 2005 a 64 millones de personas en el año 2025.En México investigaciones realizadas dan cuenta de la existencia de al menos cinco millones de personas con esta enfermedad.(Fernandez,2003)

La Diabetes tipo 2, muy frecuente en personas cincuenta y cinco años, con una deficiente producción de insulina por parte del páncreas, en la presente investigación el 93% de las personas que participaron están comprendidas entre

los 55 años y 80 años,(Manual Merck,2005) lo cual concuerda con las cifras a nivel mundial, lo que corrobora que esta enfermedad afecta a las personas de la tercera edad.

En Ecuador y en otros países de Latinoamérica, la información y educación, especialmente sobre Diabetes es escasa, y pocas instituciones son responsables de iniciar campañas para informar sobre los factores de riesgo. (García y Suarez, 2003).

En la presente investigación el sexo mayormente afectado fue el femenino con el 87.9% lo cual difiere de otras investigaciones, en donde predomina el sexo masculino.

En lo relacionado a la educación en el presente estudio el 75% de los participantes tuvieron una educación primaria, y el 3% educación superior. Este resultado difiere de otros estudios realizados en países desarrollados donde el estudio de los participantes en mayor porcentaje corresponde a la educación superior. Llama la atención el dato de un 15% de analfabetos, debido al hecho de que a nuestra provincia se la declaró libre de analfabetismo.

El estado civil que predomina es el casado y viudo con el 90.9%, el mismo que esta acorde con los resultados de otros estudios. En cuanto a la ocupación y al ser el sexo femenino el de mayor porcentaje en el estudio, los quehaceres domésticos tienen el 33%.

Un parámetro muy importante dentro de esta enfermedad crónica, son los años de evolución de la misma, en el presente estudio la duración promedio de años de enfermedad fue de 10.1 años, con unos límites de entre 5 y 25 años. Este resultado esta acorde con los resultados de la glicemia promedio de 206mgs/dl, y con el resultado de la hemoglobina glicosilada que en el 81,9% su valor se encontró sobre 6,6mgs que es un valor patológico y está presente en los diabéticos con muchos años de enfermedad.

El parámetro índice de masa corporal (IMC) que es un factor de riesgo muy importante dentro de esta patología también llaman mucho la atención porque el 39.4% tienen sobrepeso es decir el IMC está entre 25 y 29, pero lo más grave es que el 57,6% son pacientes con obesidad. Los resultados de obesidad y sobrepeso en el 97% hacen de esta población estudiada un grupo focal de alto riesgo para presentar las complicaciones relacionadas con la diabetes.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

El apoyo familiar es una fortaleza personal y social para mantener el control metabólico y el tratamiento del enfermo diabético

El apoyo familiar, los conocimientos sobre la diabetes, la dieta adecuada influyen en forma directa para el cumplimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual implica que se mantenga una glicemia dentro de los límites aceptables, mejorando de esta manera la calidad de vida de este tipo de paciente.

Los miembros de la familia necesitan ser involucrados en el proceso de educación, al igual que el paciente para ayudar a hacer posible los cambios de estilos de vida y el soporte necesario.

El equipo de salud debe fomentar la independencia del paciente ya que tener diabetes no significa que tenga que cambiar o dejar de hacer actividades que le represente bienestar dentro de la familia, simplemente llevar un estilo de vida saludable.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

- Realizar intervención educativa participativa dirigida a los pacientes diabéticos y a sus familias así como en la comunidad en donde residen.
- Aplicar el enfoque de salud familiar en la atención del paciente diabético, considerando la familia como apoyo fundamental para el control y tratamiento de la enfermedad
- Contribuir a tomar conciencia en los miembros de la familia del rol e importancia que ésta tiene en el autocuidado del paciente diabético
- Elaborar programas en el sector educativo para que desde las aulas de preescolar hasta el nivel superior y los profesionales de la salud en los tres niveles de atención puedan realizar prevención de esta enfermedad.
- Educar a la comunidad desde sus inicios como parte de currículo escolar, para que los educandos puedan disentir “lo saludable de lo no saludable”
- Motivación permanente por parte del personal de salud para mantener la continuidad del club de diabéticos a nivel del hospital.

BIBLIOGRAFIA.

“Abordaje familiar”. Página Web e Internet. www.diabetic-help.com/Abordaje%20familiar%20DE%20La%20Diabetes - 10k

Aikens, J., Bingham, R., and Piette, J. 2005. Patient – provider communication and self-care behavior among type 2 diabetes patients. *The Diabetes Educator*, 31, 681 – 689.

Albero J. 2000. Mejoría metabólica de la diabetes mellitus mediante el seguimiento de normas estrictas de auto control. *Atención primaria de México*. 12: 475-478.

Alvarado-Soto, V. y Jiménez-Navarrete, M. F. 2003. Síndrome metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 e intolerantes a carbohidratos del EBAIS La Mansión, Nicoya. *Acta Médica Costarricense*, 45, 154-157.

American Diabetes Association. 2004. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 27 (1), S15 – S35.

American Diabetes Association. 2004. Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care* 27.

American Diabetes Association. 2005. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*.28:37–42.

Arauz, Ana Gladys et al.2001 Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica* [online], vol.9, n.3, pp. 145-153. ISSN 1020-4989.

Baker L. 1981. En: Garber BR; 1995.

Balcells A. (1999). *La Clínica y El laboratorio*. Decima séptima edición. Editorial Masson. S.A. Barcelona. España.

Bermudez,C.Sanchez-Fernandez,O.Sánchez Gonzalez,LCuet o ,M. 2006.Mortalidad por diabetes mellitus. Guatemala 2004-2005. Publicación enviada por La Joya Cubana.2006. 12006.Guatemala.2006

Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. 2000. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Rev Esp Cardiol*.55:525-7.

Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. 2002. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Rev Esp Cardiol*.55:525-7.

Calderón J. et al (2007).*La Investigación científica para la tesis de posgrado en salud y aéreas afines*.1° ed. Lima.

Causas de la diabetes Mellitus tipo 2 - Artículos de Medicina. La *Diabetes Mellitus de tipo 2* posee un fuerte componente genético. Aunque todavía no se han

identificado los genes principales que predisponen a este...
articulosdemedicina.com/diabetes-mellitus-de-tipo-2/ - En caché - Similares.

Cecil y Loeb. (2004). Medicina Interna. Tomo II. Editorial Interamericana. Argentina.

Cho E, Rimm EB, Stampfer MJ, Willet WC, Hu FB. 2002. The impact of diabetes mellitus and prior myocardial infarction on mortality from all causes and from coronary heart disease in men. *J Am Coll Cardiol.*40:954-60.

Clifford, R. 2008 Bioestadística. 1ª ed.,(Pearson Educación)

Clínica Universidad de Navarra: *Diabetes mellitus tipo 2*, supone el 80-90 por ciento de los casos de diabetes y cada vez es más frecuente: aproximadamente 150 millones de personas[recuperado 31, mayo,2011]
www.cun.es/areadesalud/.../diabetes-mellitus-tipo-2/ - En caché - Similares.

Cure H. (2010). Diabetes Mellitus Tipo 2. Editorial Interamericana. Buenos aires.

Delgado Torres L., Delgado Torres C., Fuentes Delgado D., 2002. Relación entre Glicohemoglobina, pie diabético y otras complicaciones. *Revista Peruana de Endocrinología y Metabolismo.* 5 (1-2):61-68.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Uno de los retos más importantes del médico general frente a un paciente diabético es lograr su apego al tratamiento.[recuperado,3,junio,2011]www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/.../PME+DM.pdf?MOD=AJPERES.

Diabetes mellitus tipo 2: Protocolo de actuación. Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS)[recuperado 31, mayo,2011]
...www.se diabetes.org/gestor/upload/file/00003582archivo.pdf - Similares.

Diabetes mellitus: guía clínica sencilla para profesionales de la salud.[recuperado,31,mayo,2011]www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp - En caché - Similares.

Diabetes Mellitus: Una guía práctica Este libro explica los dos tipos ... los 10 años y José quién desarrollo diabetes tipo 2 a sus 60 años.[recuperado 20,mayo,2011]
...blogdiabeticotipo1.blogspot.com/.../libros-sobre-diabetes.html - En caché - Similares.

Diabetes mellitus:guía clínica sencilla para profesionales de la salud. ... Fistera en soporte papel [*Libro: Guías para la consulta de Atención Primaria*] ... Dado que la *diabetes mellitus tipo 2* es una enfermedad crónica y progresiva,[recuperado, 24,mayo,2011] ...www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp - En caché - Similares.

Diabetes. La principal causa de la *diabetes mellitus tipo 2* es la insuficiente secreción de insulina por las células beta debido a su destrucción.[recuperado,2,junio,2011]...www.dietasdiabetes.com/guia/diabetes-mellitus-tipo-2/ - En caché

Diario Médico.com. 2002. "Congreso nacional de la federación española de diabetes".
Página Web e Internet
www.diariomedico.com/endocrinologia/mayo00.html - 27k

Dres. Arauz AG, Sanchez G, Padilla G, Fernandez M, Rosello M. 2002. Desarrollo (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (Inciensa), "Guía para diabéticos". Tres Ríos. Costa Rica. Página Web e Internet.
LECTORES@DIARIOBUENOSAIRES.COM.AR

E. Roche, F.J. Ampudia-Blasco, J. Girbés, P. Martín-Vaquero (2009) Sociedad Española de Diabetes.

Educación. Diabetes y familia". Página Web e Internet.
www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/02_educacion/06_viviendo/08.htm - 5k

Estrada IL.1997. El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo;

F.J Tébar. Masó. F. Escobar Jiménez. 2009. **La diabetes Mellitus en la práctica clínica**. Editorial Panamericana. Buenos Aires.

Farreras. (2005) Medicina Interna. Tomo I. Editorial Ateneo. España.

File:///C:/Users/WILSON~1/AppData/Local/Temp/Rar\$EX00.751/gi:üas%20americanas/gc_dm%20guias%20alad%20diabetes.htm 20 – 07 - 2010

Goday A.. 2002. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. Rev Esp Cardiol. :55:657-70.

Guyton y Hall T. (2006). Fisiología Médica. Decima primera edición. Editorial Elsevier. Madrid.

HERNANDEZ BERNARDO D.Sc. VELASCO-MONDRAGON.2005). Encuestas transversales. Centro de Investigación en salud poblacional. Instituto Nacional de salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Hernández ET. AL. (2003). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. Tercera edición.

Hinojosa, M:C:. Mena-Bernal, E. González- Sarmiento, J. Zurro- Hernández, J. 2004. Asistencia urgente del paciente diabético en el área este de la provincia de Valladolid. Anales de Medicina..21(1).

http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Donaciano_Alvarez_Meraz.PDF 22-07-2011

<http://guide.opendns.com/main?url=www.salud+de+altura.com#> 26-07-2011

http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/CONCEPTOS_BASICOS.pdf 21- 07- 2011

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14250305.pdf> 27-07-2010

<http://scholar.google.es/> 26-07-2011

<http://www.diabetes.org/espanol/> 27-07-2011

http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39%20n1/vol39_n1%20Importancia%20del%20apoyo%20familiar.pdf 27-07-11

<http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2002/er022d.pdf> 25-07-2011

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetestype1.html> . 25-07-2011

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000313.htm> - 22 - 07 2011

<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.pdf>

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Aderencia-Al-Tratamiento/225145.html> 20 - 07- 2011

http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm 23-07-2011

http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm 24-07-2007

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000600014&script=sci_arttext
25-07-2011

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000600010&script=sci_arttext
20 – 07 2011

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000600010&script=sci_arttext.](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000600010&script=sci_arttext)
20-07-2011

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000100007 . 28-07-11

<http://www.sediabetes.org/apartado.asp?seccion=7&apartado=32&idRegistro=300>
25-07-2011

<http://www.sediabetes.org/revista/revistaVerArticulo.asp?idrevista=71&idArticulo=355&pa=buscador> 21-07-2011

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia18.pdf> 23-07-2011

http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/patologiaclinica/epidemiologia_de_la_diabetes1_-_2009.pdf . 25-07-2011

<http://www.ssmn.cl/gestionred/educacioncdt.pdf>. 23-07-2011

<http://www.utpl.edu.ec/>. Investigación aplicada 2007. 27-07-2011

Isabel Valadez Figueroa, Noé Alfaro Alfaro, Guillermo Centeno Covarrubias y Carlos Cabrera Pivaral. 2003 Investigación en Salud “Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2”. México.,volumen V, número 3. Página Web e Internet. www.cucs.udg.mx/invsalud/diciembre2003/art4.html - 53k

Jiménez Herrero.(2003). Gerontología. Editorial Masson. S.A. Barcelona. España.

Kornblit A. Somática familiar, enfermedad orgánica y familia.Barcelona: Gedisa; 1984.

La Dieta del Paciente Diabético. Sabía que la cura de la Diabetes se encuentra en su propia cocina? ... Si usted tiene *diabetes mellitus* no insulino dependiente (*tipo 2*), el adherirse *Libros de cocina* como American Diabetes Association /American Dietetic Association [recuperado, 12,junio,2011] ..www.geosalud.com/diabetesmellitus/dieta.htm - En caché.

Libro de Ribera Casado, José Manuel; Gil Gregorio, Pedro Edimsa ... La diabetes mellitus tipo 2, un problema geriátrico en alza : clínicas geriátricas[recuperado 24,mayo,2011] ...www.agapea.com › ... › *Medicina* › *Geriatría* - En caché - Similares.

Lorente Armendáriz,I. 2002. “Un diabético en la familia”. controlatudiabetes.com/un_diabetico_en_la_familia.htm - 26k . Página Web e Internet

Los signos y síntomas de la diabetes, permiten el diagnóstico de la *diabetes mellitus* tanto en su tipo 1, juvenil o insulino dependiente, como en su *tipo 2*. ...[recuperado10,junio,2011]www.innatia.com/...diabetes/a-sintomas-de-la-diabetes.html - En caché - Similares.

Martínez, P (2009) N° 50 .Revista de la Universidad del Azuay. Funcionalidad familiar y diabetes.

MEDICINA.(2002) Vol 62. # 1. Buenos Aires..Argentina.

Medline Plus enciclopedia médica La diabetes *tipo 2* es una enfermedad crónica (que dura toda la vida), Diagnosis and classification of *diabetes mellitus*. [recuperado, 23 mayo, 2011] www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000313.htm - En caché - Similares.

Ministerio de salud Pública, Ecuador (2006). Guías para el diagnóstico tratamiento y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Ministerio de Salud. (2005). Guía Clínica de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Santiago.

Minuchin S, Fishman C. 1984. Técnicas de terapia familiar. México: Paidós;

Morillo L. 2007. Estudios de corte transversal. Capítulo 12.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2004. National diabetes statistics fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States.. Bethesda (MD): US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; NIH (04)-3892.

Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. 2001. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care*; 24(3): 561-587.

Ortiz J. (2002) Como elaborar una tesis de postgrado. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas.

Paluzie, G. Sans S, por el grupo español del estudio EUROASPIRE 2001. Control de factores de riesgo en pacientes coronarios: Estudio EUROASPIRE. *Rev Esp Cardiol* ;54 (Supl 2):167

Pineda E (2004) Metodología de la investigaciones Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 20037, EUA, pp 80-90.

Pineda E (2004) Metodología de la investigaciones Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 20037, EUA, pp 80-90

Pineda M (2009) Diseño, Ejecución y Gerencia de proyectos para la Salud. 1ª ed., UTPL, Loja.

Pineda. E.B. ET AL. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición. 1994.

Poveda Salvá, .Apuntes: 2002. "Cuidados pacientes crónicos". España. perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_3.htm - 61k . Página Web e Internet

Ramírez, L. 2004, 20 de mayo. "País paga caro por descuidar prevención de la diabetes" En: *La Nación* (pp. 4-5). San José: Costa Rica.

Revista Cubana de Endocrinología (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Vol.18 Habana.

Revista Médica Herediana.(1999) Lima-Perú.

Revista Médica Vozandes (2010) Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, neuropatía diabética, pie diabético, úlcera de pie. Quito.

Revista Médica. Chile (2005). Manejo Clínico de la diabetes tipo 2.v.133 n.3 Santiago.

Skinner TC, Hampson SE.2001. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. Diabetes Care ; 24(5): 828-833.

Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2003. Consenso Nacional de Diabetes tipo 2. 87-121. Venezuela.

Valadez-Figueroa, I.; Aldrete-Rodríguez, M.G,; Alfaro-Alfaro,N. 1993. "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II". México. Página Web e Internet. www.insp.mx/salud/35/355-5s.html - 32k.

Velasco ML, Sinibaldi JFJ.2002. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: El Manual Moderno.

Villalobos P., A. y Araya C. 2001. Variables que afectan la adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo II y características poblacionales de una muestra de la zona norte de Costa Rica. Revista Costarricense de Psicología, 33, 19-37.

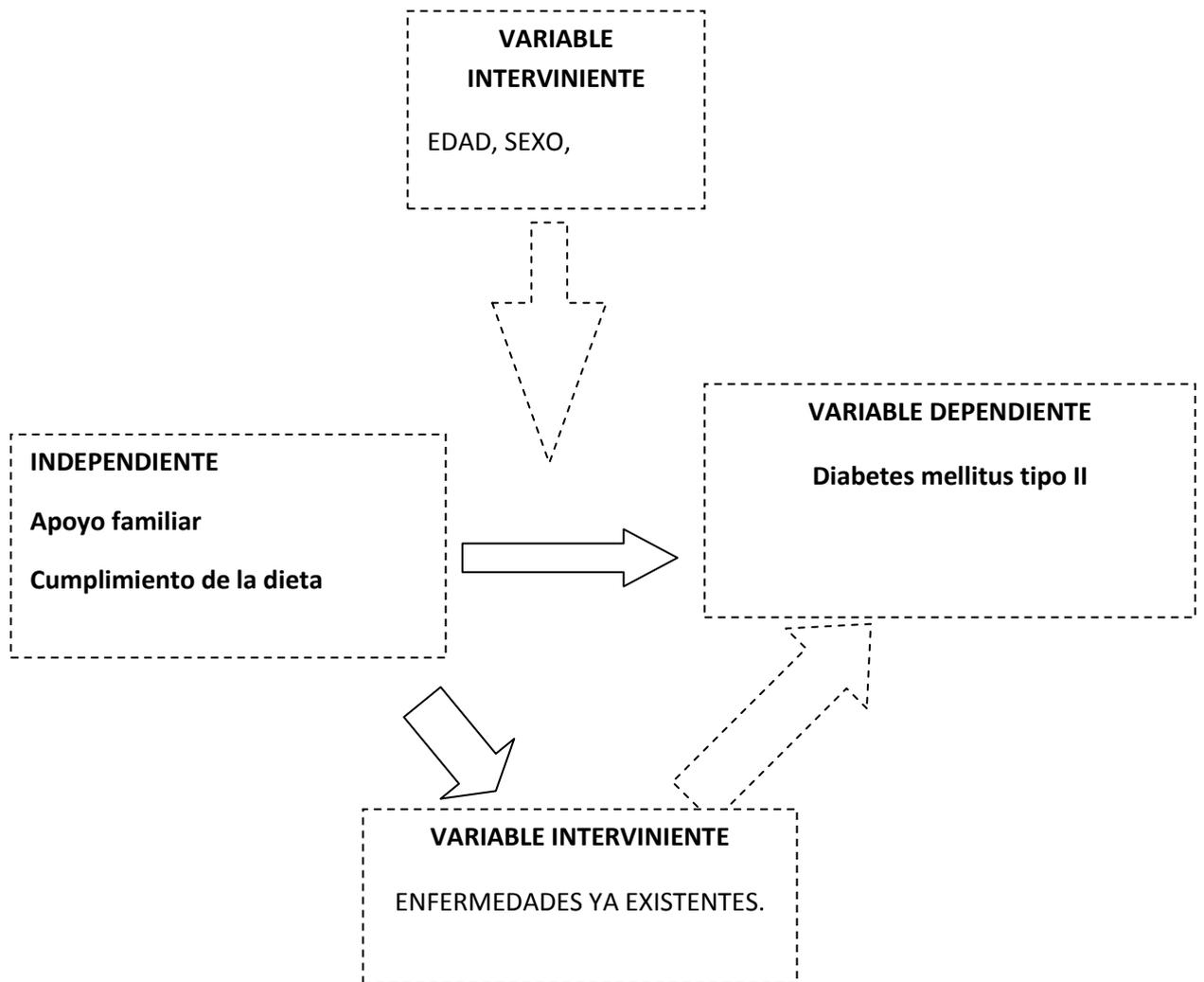
Wang, Y. Havranek,E. Krumholz, H. Kosiborod, M. Rathore, S. Inzucchi, S. Masoudi, F. 2005 Diabetes.Myocardial Infarction: Implications for Patients With and Without Recognized Admission Glucose and Mortality in Elderly Patients Hospitalized With Acute American Heart Association.111;3078-3086.

Wikipedia, la enciclopedia libre *Diabetes mellitus tipo 2* o diabetes senil —conocida anteriormente como diabetes no-insulinodependiente— es una enfermedad metabólica caracterizada por altos [recuperado 20, mayo, 2011]es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus_tipo_2 .En caché - Similares

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE DISEÑO DE VARIABLES



ELABORACION: Los autores.

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo en años.	Años cumplidos.	Numérica.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina,	genotipo.	fenotipo .	hombre..... mujer.....
Escolaridad	Años escolares aprobados en una institución educativa	Años de estudio realizados.	Años de estudio aprobados	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Grado de vinculo entre dos personas determinado por ley	Las diferentes formas de vinculo social entre dos personas	Testimonio verbal de la paciente	Soltero/a, Casado/a, Viudo/a, unión libre divorciado/a
Antecedentes gineco-obstétricos (solo para mujeres)	Historia sexual y reproductiva de la usuaria	Historial gineco-obstétrica.	Numero de gestaciones, abortos, Cesáreas.	Gestas Para HV. HM Abortos
Diabetes Mellitus Tipo II.	Enfermedad metabólica producida por deficiencia de insulina, dando un exceso de glucosa	Exceso de la glucosa en sangre, en ayunas.	glicemia	numérica

	en la sangre.			
Índice de masa corporal	Relación entre el peso en Kg/talla de una persona	Relación peso/talla	Valores del IMC	Normal Sobrepeso Obesidad
Hemoglobina glicosilada	Examen bioquímico en sangre	Hemoglobina glicosilada en diabéticos.	Valores encontrados	numérica
Complicaciones del estado de Diabetes	enfermedades que agravan la diabetes	Factores	- agudeza visual -Insuficiencia renal -Coito	Normal Disminuida Presente Ausente 1 x día 3x semana... 1 x mes
Residencia	Lugar de vivienda	Ubicación geográfica de la vivienda	Ubicación de la casa	Urbano Rural

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE ESTUDIO: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS, AUTO CUIDADO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES TIPO 2 QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DE SIGSIG. NOVIEMBRE 2010”

Lugar y fecha:

Por medio de la presente autorizo que mi participación en el protocolo de investigación .

El objetivo del estudio es Conocer la relación que existe entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida que actualmente llevan los pacientes que acuden al club de diabéticos del hospital san Sebastián

Se me ha explicado que mi participación consistirá en brindar información a través de encuestas y/ cuestionarios, conversatorios sobre el proceso de diagnostico, tratamiento, controles de mi enfermedad de diabetes mellitus tipo 2, además de los posibles riesgos y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Además conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en la Institución

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

**Nombre y firma del paciente
del**

Nombre, firma y matrícula

Investigador Responsable.

ANEXO: 4

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES PRACTICAS Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 – CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL SAN SEBASTIAN

Datos generales:

Fecha:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Ingreso económico en salarios mínimos:

Estado civil:

1) Soltero/a 2) Viudo/a 3) Separado/a

4) Divorciado/a 5) Casado/a 6) Unión libre/a

Escolaridad:

Sin escolaridad Primaria Secundaria Superior

Tiempo de evolución de la enfermedad:

Valor de última Glicemia realizada:

Anexo 5

CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR:

Califique las siguientes preguntas de acuerdo a la frecuencia en las que las observa.

1) Siempre. 2) Casi siempre 3) Pocas veces 4) Nunca

1.- ¿Su familia lo anima a que siga su dieta? ()

2.- ¿Su familia adapta su alimentación para que usted siga su dieta? ()

3.- ¿Su familia lo induce a comer alimentos no permitidos ()

4.- ¿Su familia le recuerda su tratamiento para la diabetes? ()

ANEXO 6

CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA DIABETES.

Para las siguientes preguntas marque usted su opinión personal sobre la frase respectiva, de acuerdo a la siguiente escala:

SI (1)

No (2)

No sé. (3)

- 1.- ¿El diabético que toma pastillas o se inyecta insulina, no necesita hacer dieta?()
- 2.- ¿La diabetes puede afectar el riñón, los ojos, la circulación y los pies? ()
- 3.- ¿Los hijos de un diabético tiene más posibilidades de ser diabéticos? ()
- 4.- ¿Un diabético goza menos la vida que un no diabético? ()
- 5.- ¿La gente obesa se vuelve diabética más fácilmente? ()
- 6.- ¿La diabetes es curable? ()
- 7.- ¿El cigarro favorece las complicaciones de la diabetes? ()
- 8.- ¿Los pies del diabético necesitan cuidados especiales? ()
- 9.- ¿El ejercicio disminuye el azúcar en la sangre? ()
- 10.- ¿El diabético debe llevar una dieta especial? ()
- 11.- ¿El paciente diabético debe ser revisado por el oculista, cuando menos una vez por año? ()
- 12.- ¿Cuándo el médico prescribe insulina, es necesario aplicársela? ()
- 13.- ¿La medicina natural (tés, plantas, raíces, aguas mágicas, etc.) Son más útiles para controlar la diabetes que el tratamiento prescrito por el médico? ()
- 14.- ¿El diabético debe disminuir su actividad social? ()
- 15.- ¿La diabetes interfiere con las oportunidades de trabajo? ()
- 16.- ¿Al paciente diabético le incomoda hablar de su enfermedad con otras Personas?()
- 17.- ¿La diabetes disminuye la actividad sexual en el hombre? ()
- 18.- ¿Debe recomendarse a las familias de un diabético que examine su glucosa Periódicamente? ()
- 19.- ¿El diabético debe acudir con frecuencia a consulta médica? ()

ANEXO 7

CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DEL PACIENTE RESPECTO A SU DIETA.

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a su opinión personal, como

Indica la siguiente escala:

Si = 1

No se = 2

No = 3

- 1.- ¿En el paciente diabético además de los alimentos dulces. (Galletas, pasteles, mermeladas etc.) Existen otros alimentos que aumentan el azúcar en la sangre? ()
- 2.- ¿El diabético debe evitar comer alimentos fritos o capeados? ()
- 3.- ¿Al paciente diabético se le limita el consumo de grasas de origen animal como: Chorizo, manteca, crema, mantequilla etc.? ()
- 4.- ¿Es conveniente desgrasar los caldos y consomés antes de comerlos? ()
- 5.- ¿El aumentar el consumo de fibra en la alimentación puede ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre? ()
- 6.- ¿Las frutas y verduras le aportan fibra? ()
- 7.- ¿El paciente diabético puede comer con moderación: Tortilla, pan blanco o integral, bolillo, cereal de caja, sopa de pasta o arroz? ()
- 8.- ¿El paciente diabético puede consumir diariamente leguminosas diariamente como lentejas, frijol, garbanzos o habas? ()
- 9.- ¿Para el paciente diabético es recomendable no pasar ayunos prolongados (mas de 5 horas sin probar alimento)? ()
- 10.- ¿El paciente diabético debe establecer horarios fijos para tomar sus alimentos? ()

ANEXO 8

CUESTIONARIO ADHERENCIA A LA DIETA.

Para las siguientes preguntas marque usted la frecuencia de sus hábitos alimenticios

de la siguiente manera:

1.-Nunca (N) 2.-Pocas veces (PV) 3.-No sabe (I) 4.-Casi siempre (CS)

5.-Siempre (S)

1.- ¿Usted consume diario la misma cantidad de alimentos? ()

2.- ¿Usted toma alimentos con azúcar? ()

3.- ¿Usted come alimentos hechos a base de harinas como tortilla, pan, pastas, etc.? ()

4.- ¿Usted come antojitos como enchiladas, tacos, pozole, gansitos, papas fritas, refrescos, chetos etc? ()

5.- ¿Sus alimentos están preparados con manteca? ()

6.- ¿Usted cambia su dieta de fin de semana por algún festejo en especial? ()

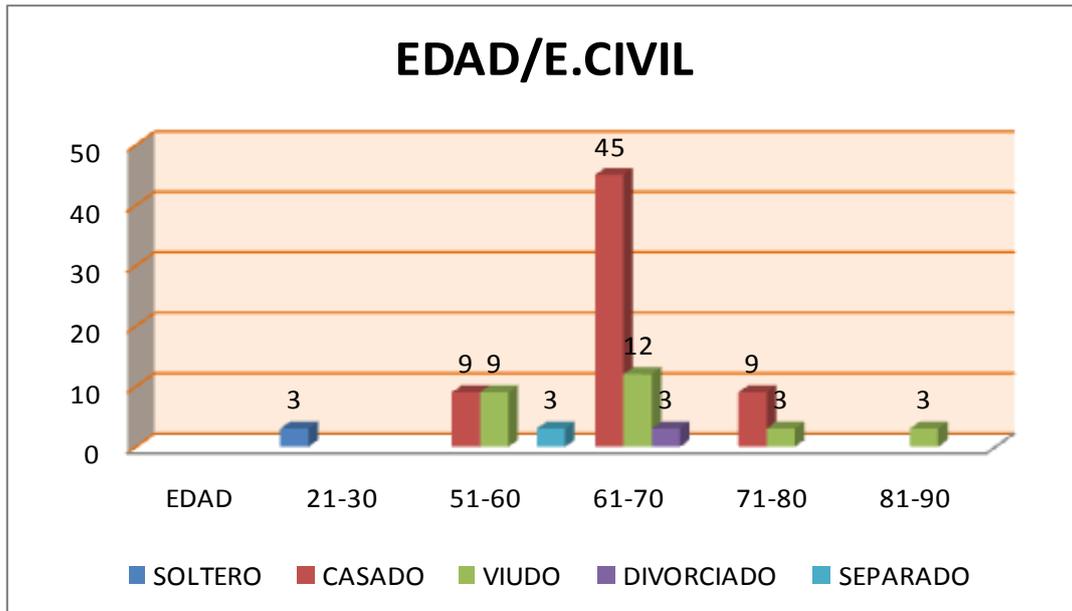
7.- ¿Usted vigila su peso? ()

8.- ¿Considera sabrosa la dieta que le prescribe la dietista? ()

ANEXO 9: GRAFICOS.

GRAFICO #1

DISTRIBUCIÓN DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN EDAD Y ESTADO CIVIL. SIGSIG-2011.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO #2

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN SEXO Y NIVEL DE EDUCACION. SIGSIG-2011.

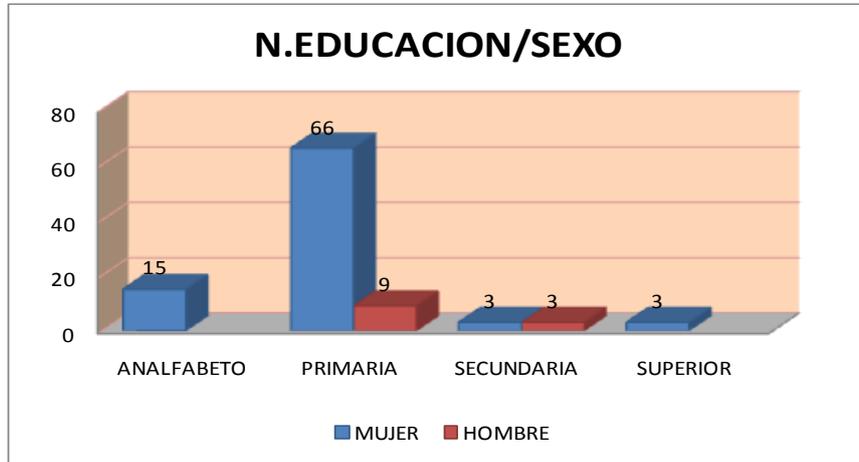


GRAFICO #3

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN OCUPACION. SIGSIG-2011

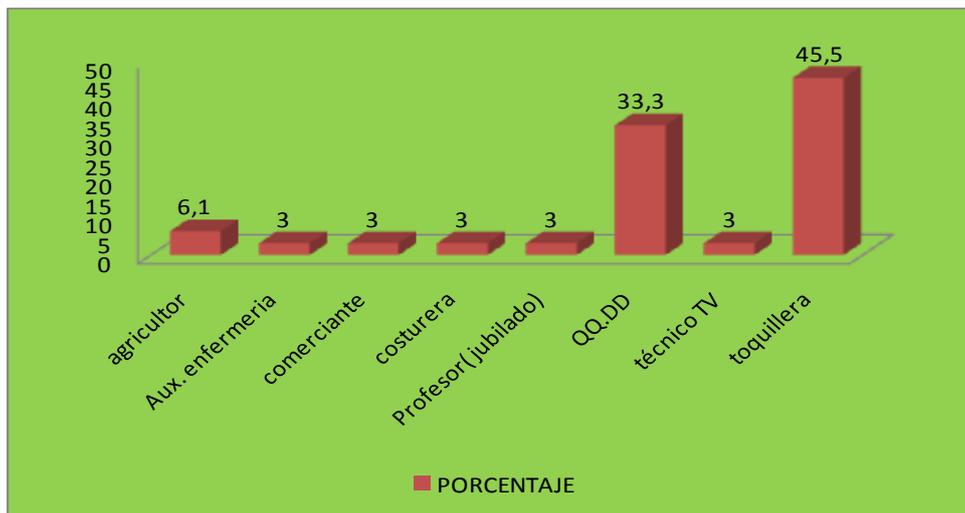


GRAFICO #4

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN INGRESO MENSUAL. SIGSIG-2011.

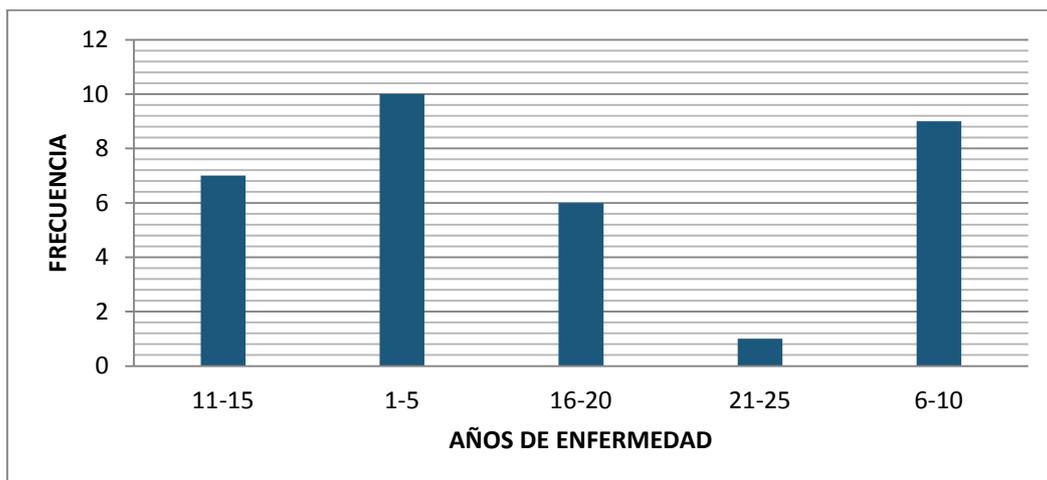


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO #5

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN AÑOS DE ENFERMEDAD. SIGSIG-2011.

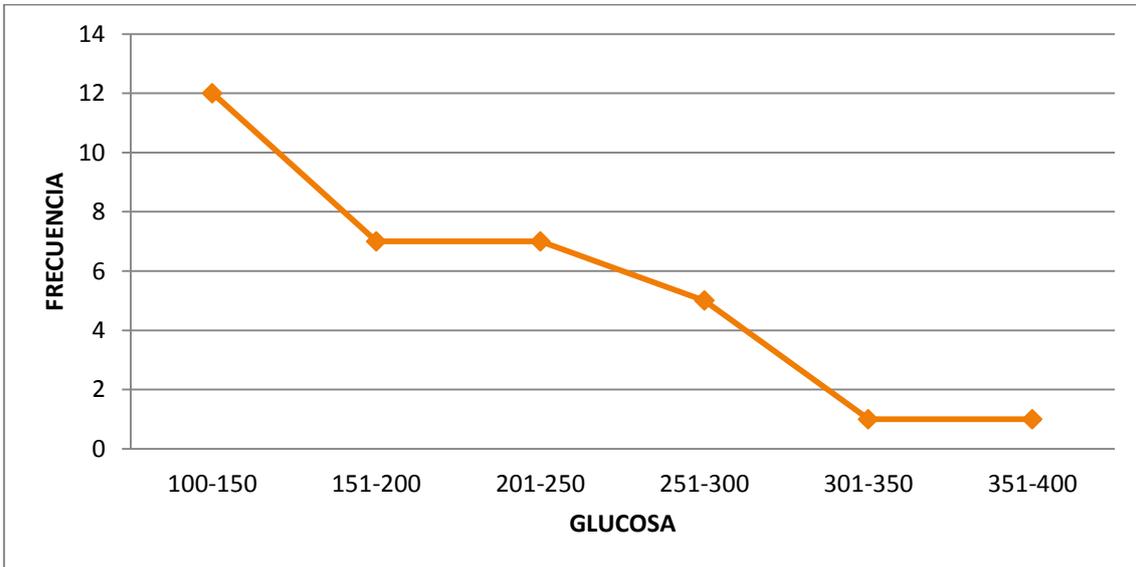


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 6

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN GLICEMIA. SIGSIG-2011.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO #7

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN TENSION ARTERIAL SISTOLICA. SIGSIG-2011.

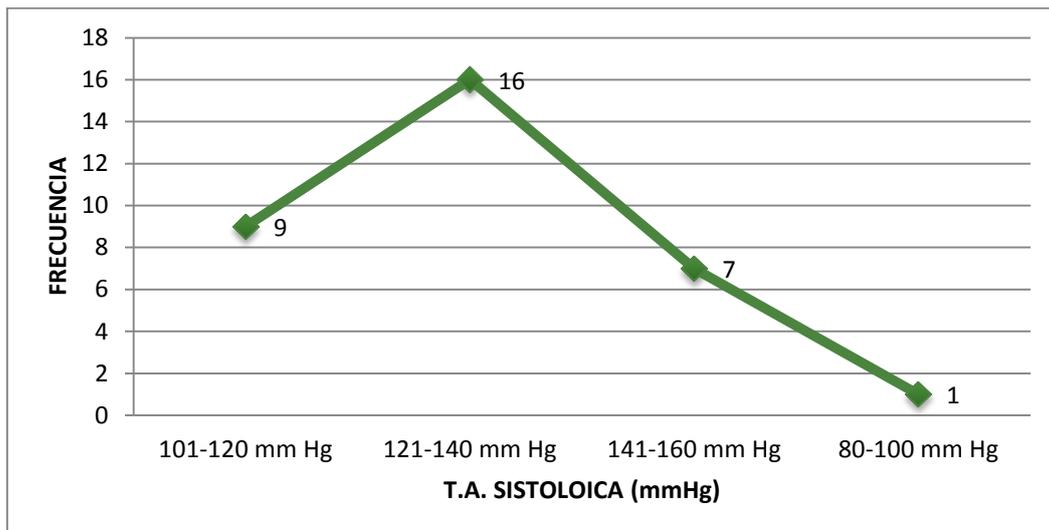
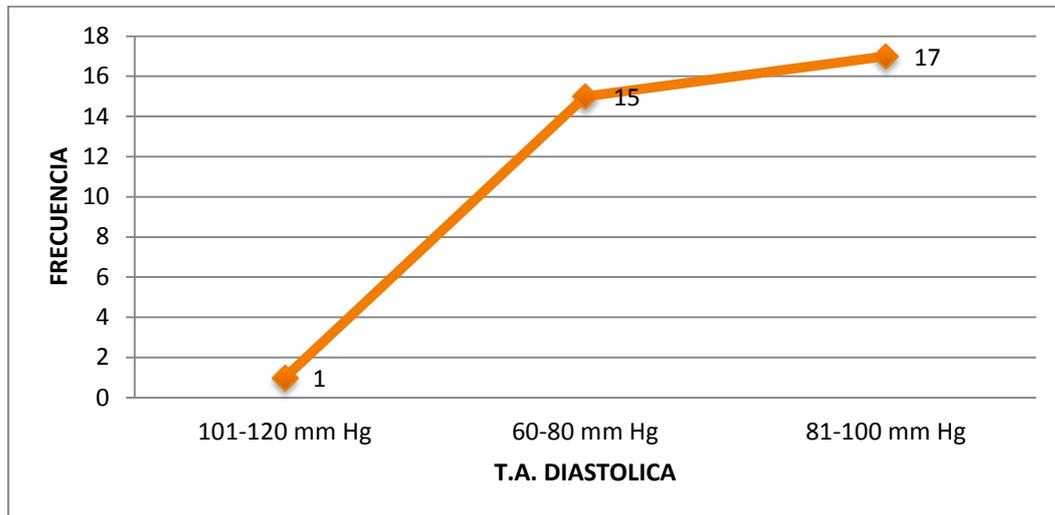


GRAFICO # 8

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN TENSION ARTERIAL DIASTOLICA. SIGSIG-2011.

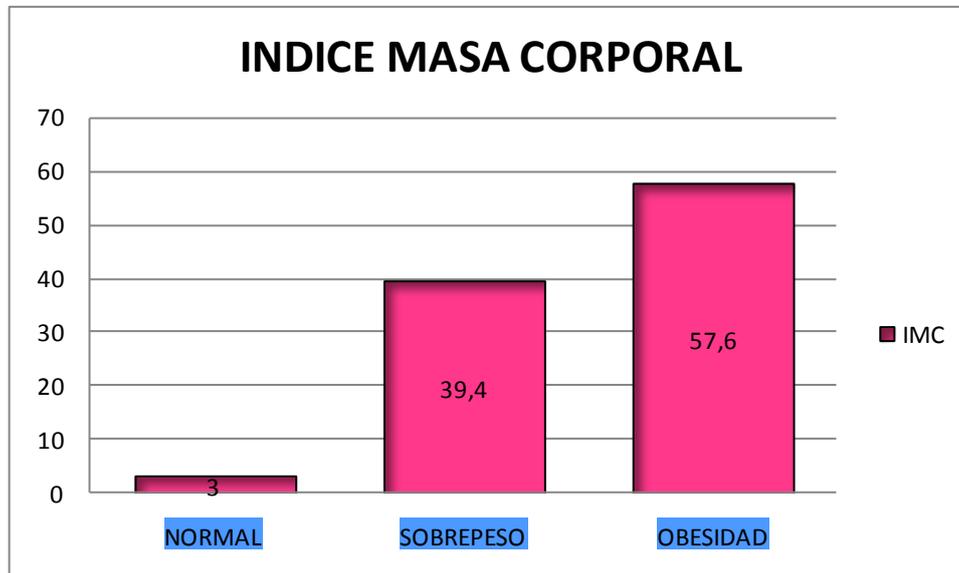


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 9

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL. SIGSIG-2011.

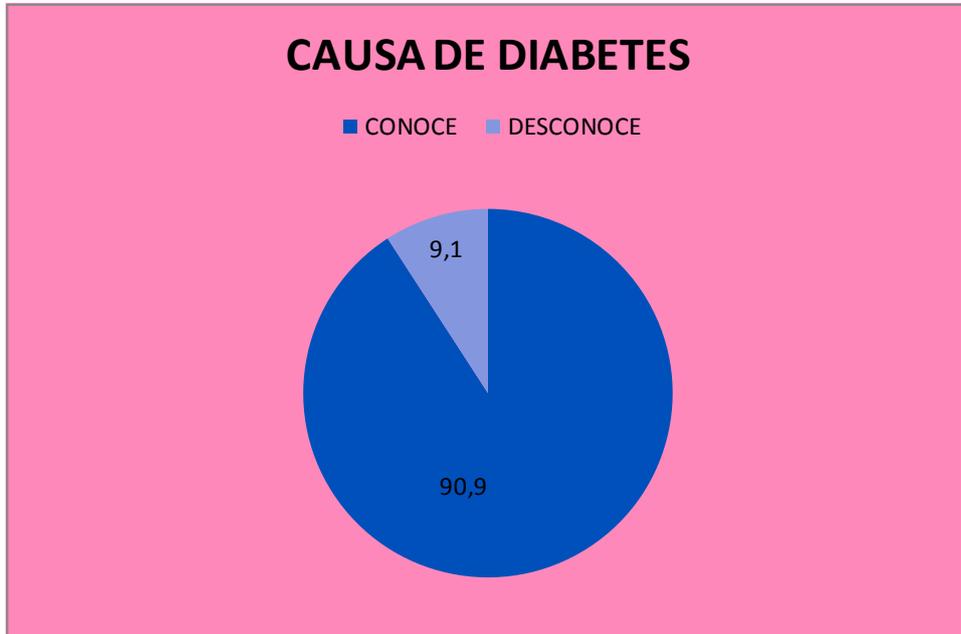


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO #10

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE CAUSA DE LA DIABETES. SIGSIG-2011.

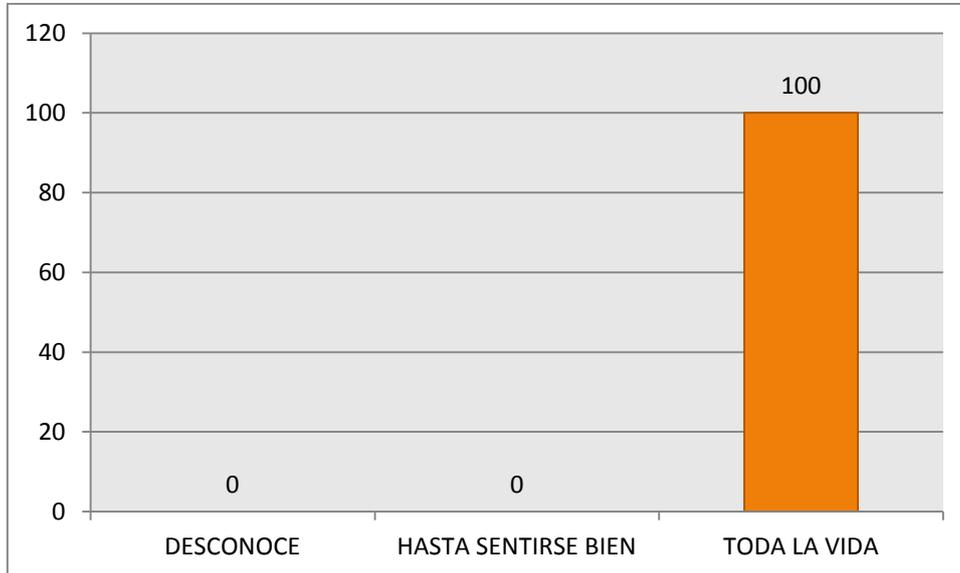


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO #11

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE DURACION DEL TRATAMIENTO. SIGSIG-2011.

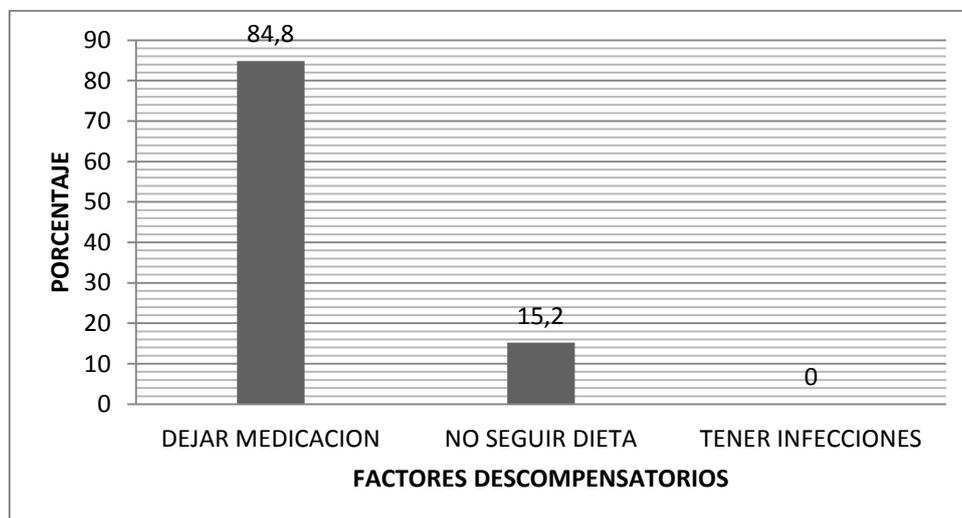


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 12

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN FACTORES QUE DESCOMPENSAN LA ENFERMEDAD. SIGSIG-2011.

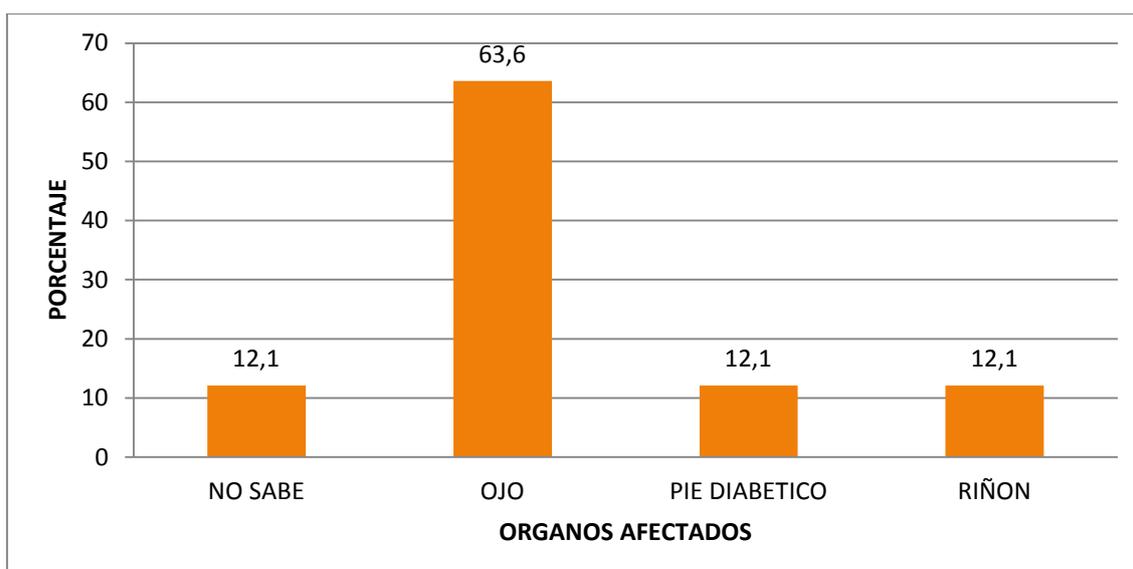


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 13

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE ORGANOS AFECTADOS. SIGSIG-2011.

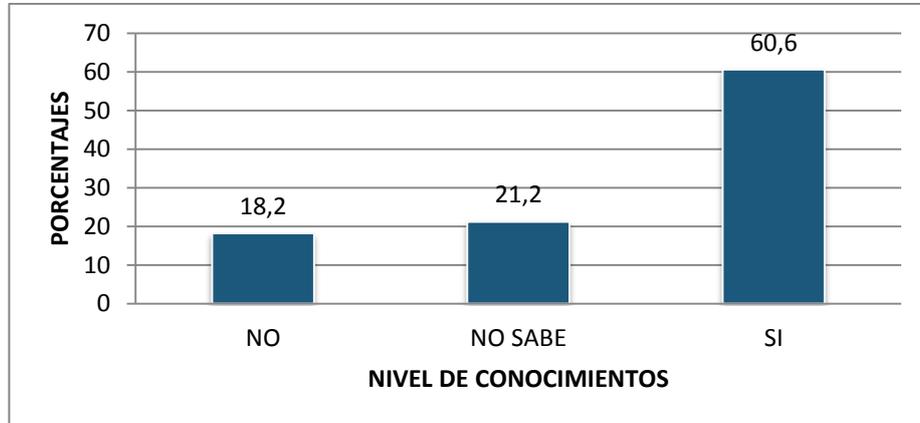


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 14

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE COMPLICACIONES. SIGSIG-2011.

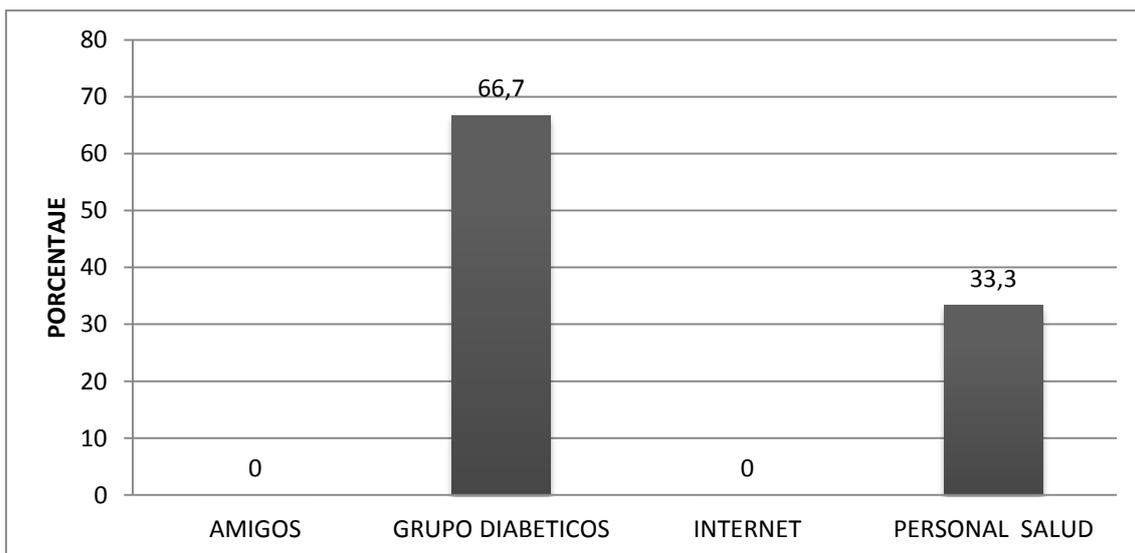


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 15

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN LUGAR DE ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS. SIGSIG-2011.

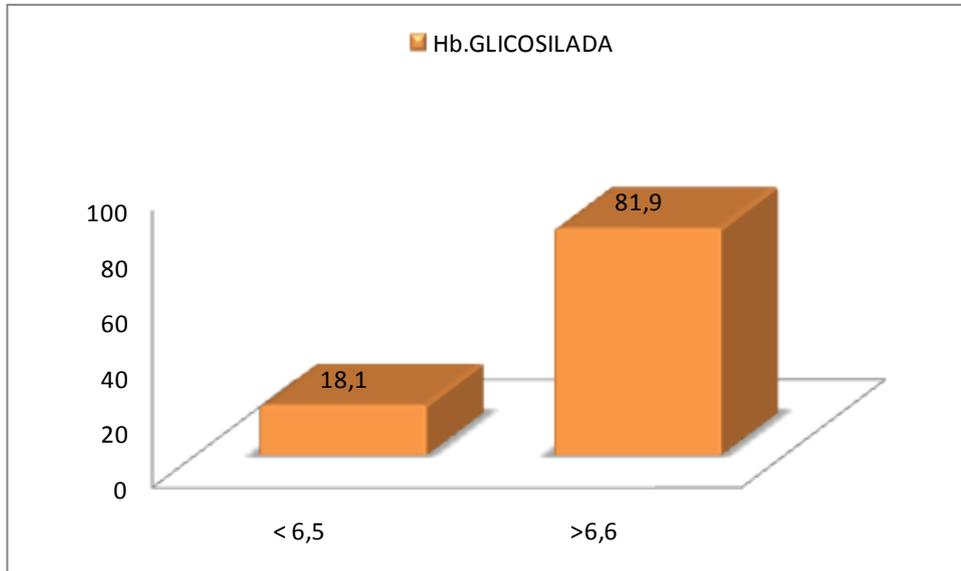


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 16

DISTRIBUCION DE 33 PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIAN". SEGÚN VALOR DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA. SIGSIG-2011.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

FOTOS:

REUNIÓN CON LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABETICOS DEL HOSPITAL SAN SEBASTIAN

Fotografía 1



Fotografía 2



Fotografía 3



Fotografía 4

CAMINATA POR EL BUEN VIVIR, CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL SAN SEBASTIAN



Fotografia 5

