

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TESIS

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO ACERCA DE SU ENFERMEDAD PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75 IMSS”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCOYOTL.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. SAÚL RUBALCABA ZAPATA

DIRECTOR DE TESIS

E.S.P. EDGAR RUBEN GARCÍA TORRES

REVISORES DE TESIS

E.M.F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ.

E.M.F. NORA BEATRIZ LEÓN OJEDA.

M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO ACERCA DE SU ENFERMEDAD PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75 *IMSS*.”

AUTORIZACIONES

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de investigación No. 1408 del IMSS Asignándole el número _____

Dra. Alma Luisa Lagunés Espinosa
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dra. Nora Beatriz León Ojeda.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
en Salud UMF No. 75

Dr. Edgar Rubén García Torres.
Coordinador de Residencia en Medicina familiar UMF No 75.

Dra. Patricia Navarrete Olvera
Director UMF No 75.

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEORICO	6
I.1.- Diabetes mellitus	6
I.1.1. Antecedentes científicos generales.	6
I.1.2. Antecedentes científicos específicos.	8
I.1.3. Diabetes y la familia.	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11
II.1 Argumentación.	11
II.2 Pregunta de Investigación.	11
III. JUSTIFICACIONES.	12
III.1 Académica.	12
III.2 Científica.	12
III.3 Social.	12
III.4 Económica.	12
IV. HIPÓTESIS	13
IV.1 Elementos de la hipótesis.	13
IV.1.1 Unidades de Observación.	13
IV.1.2 Variables.	13
IV.1.2.1 Dependiente.	13
IV.1.2.2 Independientes.	13
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	13
V. OBJETIVOS	13
V.1 General.	13
V.2.Específicos.	13
VI. MÉTODO.	14
VI.1 Tipo de estudio.	14
VI.2.Diseño del estudio.	14
VI.3 Operacionalización de variables.	15
VI.4 Universo de Trabajo.	15
VI.4.1 Criterios de inclusión.	15
VI.4.2 Criterios de exclusión.	15
VI.4.3 Criterios de eliminación.	16

VI.5. Instrumento de Investigación	16
VI.5.1 Descripción	16
VI.5.2 Validación	16
VI.5.3 Aplicación	16
VI.6 Desarrollo del proyecto	16
VI.7 Límite de espacio	17
VI.8 Límite de tiempo	17
VI.9 Diseño de análisis	17
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	18
VIII. ORGANIZACIÓN.	20
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	21
X.- CUADROS Y GRÁFICOS.	22
XI.- CONCLUSIONES.	32
XII.- RECOMENDACIONES.	33
XIII. BIBLIOGRAFÍA.	34
XIV. ANEXOS.	36

I. MARCO TEORICO

I.1.- Diabetes mellitus.

La diabetes mellitus (DM), es una de las enfermedades crónicas más importantes en nuestro país debido al número de personas que la padecen y a las consecuencias que produce sobre el paciente, la familia y la sociedad. Existen varios argumentos para ampliar los conocimientos sobre la enfermedad entre los diabéticos ⁽¹⁾

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y mortales con notable afectación de la calidad de vida si el tratamiento es inadecuado y una condición básica para que lo sea, es que el paciente se adhiera al mismo, lo que solo puede conseguirse si el paciente interioriza lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto y entiende la racionalidad y riesgos del tratamiento. Para lograr todo esto se necesita que el paciente tenga conocimientos adecuados sobre la enfermedad. ⁽²⁾

I.1.1 Antecedentes científicos generales

El paciente diabético se considera a todo aquel individuo de uno u otro género que se encuentra en control de enfermedad crónico degenerativa mediante el programa SODI (programa institucional) desde el momento de su diagnóstico y por lo tanto acude a revisión en primer nivel de manera mensual con la finalidad de alcanzar el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2025 habrá 299 974 000 personas con DM2 en todo el mundo. La diabetes mellitus (DM) es la principal causa de hospitalización en cualquier nosocomio del mundo, coexistiendo frecuentemente con otras enfermedades, favorece las estancias hospitalarias prolongadas y tasas de mortalidad elevadas. ⁽³⁾

Se expresa como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia debida a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, a consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas,

que regula la cantidad de azúcar (glucosa) en la sangre. En la diabetes mellitus tipo 1, el páncreas no produce insulina y en la diabetes mellitus tipo 2 la insulina se produce de manera insuficiente o defectuosa.

Según la Organización Mundial de la Salud, todos los años mueren en el mundo 3,2 millones de personas por complicaciones directamente relacionadas con la diabetes, como la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía diabética. En América Latina, la situación es grave, existen 13,3 millones de enfermos y según se proyecta habrá, 33 millones en el año 2030 ⁽⁴⁾.

A nivel mundial, en el año 2006, la diabetes mellitus fue la tercera causa de muerte en mujeres de 65 y más años y la quinta en hombres de ese mismo grupo etario. En Estados Unidos se estima que la diabetes tipo 2 (no insulino dependiente) representa entre el 8 y el 45% de los nuevos casos de diabetes. Asimismo, en México, existe una prevalencia del 10,7% en personas de 20 a 69 años de edad y en la población mayor de 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. El índice de prevalencia de los países con mayor población con diabetes son Brasil (4,5 millones), seguido de Argentina (1,4 millones), Colombia, Perú y Venezuela ^(3,4)

La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo, las más altas del mundo se observan en el medio oriente, principalmente en Chipre (13%) y Líbano (13:7%), el incremento global esperado en estos países para el 2025 es de 38% y en la India, en Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%, en Uruguay se encuentra la prevalencia más alta 8.1% El país latinoamericano que prevalece con mayor incremento es México de 7.7 a 2.3%

Alrededor del 10.9% de la población entre 20 y 69 años padece de diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de 30 millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrollan antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el 4º lugar dentro de la mortalidad general ⁽⁵⁾.

En México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000) registró una prevalencia general de diabetes mellitus de 7.5% en la población mayor de 20 años. Como causa de morbilidad, la diabetes mellitus tipo 2 produjo 287 180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el décimo segundo lugar dentro de las veinte principales causas de enfermedad en el país.

La mortalidad se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como en mujeres. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, fue responsable del 5% de las consultas de Medicina Familiar durante el 2002 ⁽⁶⁾

El Distrito Federal presenta la tasa de mortalidad observada más alta del país durante 2010 por diabetes (104 casos por cada 100 mil habitantes) y la más baja, Quintana Roo (42 casos por cada 100 mil). ⁽⁷⁾

La aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo dos son los principales determinantes de importancia como problema de salud y de la mayor parte de los costos sanitarios y sociales ⁽⁸⁾.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social este padecimiento ocupa desde 1980 el primer lugar como causa de muerte en el grupo de 55 a 59 años de edad. Hasta hoy es el motivo más frecuente de egresos hospitalarios en esta institución, debido a las complicaciones crónicas: 40% neuropatía periférica, 24% de retinopatía proliferativa y 15% neuropatía ⁽⁹⁾.

I.1.2 Antecedentes científicos específicos

Conocimiento se define como el conjunto organizado de datos e información que permiten resolver un determinado problema o tomar una decisión ⁽¹⁰⁾

Nivel de conocimiento es el conjunto de conocimientos racionales, ciertos o probables, los cuales son obtenidos de una forma metódica, verificados y contrastados con la realidad, que se refiere a objetos o conceptos de una misma naturaleza que son valorados y aceptados por la comunidad científica. Aunque no siempre los conocimientos científicos son aceptados por la comunidad social ⁽¹¹⁾

Para este estudio, el nivel de conocimiento en el paciente diabético sobre su enfermedad para prevenir complicaciones se eligió el cuestionario de conocimientos teóricos sobre diabetes mellitus elaborado por Hess y Davis de la Universidad de Michigan (EUA), adaptado y validado al idioma español por Campo y colaboradores. Además de la adaptación al idioma, se adaptaron conceptos y terminología al nivel cultural de nuestro medio, de tal forma que fueran fácilmente comprensibles y no requirieran, en principio, ninguna otra explicación. El cuestionario se detalla en el anexo 1, señalándose con una cruz entre paréntesis la respuesta correcta a cada pregunta. La encuesta consta de 38 preguntas que abarcan cinco áreas de conocimientos teóricos sobre la enfermedad: básicos (preguntas 1 a 6 y 35 a 38), glucosa en sangre (preguntas 7 a 16), administración de insulina (preguntas 17 a 21), hidratos de carbono (preguntas 22 a 26 y 28) e intercambio de alimentos (preguntas 27 y 29 a 34).

Es importante mencionar que éste es un cuestionario validado para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, cuyos componentes se refieren a aspectos prácticos del cuidado de la enfermedad y que no contiene preguntas relacionadas con la fisiopatología de la enfermedad. ⁽¹²⁾

Se define educación para la salud; al grupo de acciones dirigidas para que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad del cuidado de su salud, desarrollar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños, hacer uso adecuado de los servicios de atención médica y participar en el manejo de las alteraciones producidas a su salud.

La educación en las enfermedades crónicas como la diabetes es imprescindible para el mejoramiento en los niveles séricos de glucosa, así como para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos. Sin embargo, se demuestra que al no haber un seguimiento de la intervención, los logros obtenidos se pierden, retornando a un mal control del paciente diabético ⁽¹³⁾.

Se ha demostrado que el grado de control de la enfermedad está en relación con el nivel educativo de los pacientes, relacionándose ambos con la presencia de complicaciones crónicas y, por lo tanto, es razonable que la educación

diabetológica sea la principal estrategia para conseguirlos objetivos perseguidos en la declaración de Saint Vincent⁽¹⁴⁾

Para poder integrar al paciente en las decisiones, la educación es fundamental. Diversos estudios y revisiones sistemáticas, han encontrado que la educación ayuda de manera importante a un control glucémico adecuado.⁽¹⁵⁾

Debido a la importancia que en la actualidad tiene la diabetes mellitus tipo 2 no sólo por las repercusiones que tiene a nivel mundial en varios aspectos sino por las diversas implicaciones que tienen en el núcleo familiar ya que es precisamente la familia en donde el paciente encuentra un apoyo o un problema más para hacer frente a su enfermedad.⁽¹⁶⁾

I 1.3 Diabetes y la familia

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores, del tipo de familia, la cultura, la educación de cada miembro, del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a las enfermedades específicas y su tratamiento, lo cual influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.⁽¹⁷⁾

Siendo la diabetes una de las enfermedades crónicas la aparición en cualquiera de los miembros de la familia representa una situación inesperada en la implica un cambio radical en hábitos familiares y dietéticos del paciente sea cual sea su edad ya que las complicaciones físicas que implica la diabetes a largo plazo requiere de procesos de adaptación constantes por parte de las personas encargadas del cuidado del enfermo diabético ya que es importante es que las personas dedicadas al enfermo diabético tengan los conocimientos necesario para ser realmente un apoyo para el paciente diabético.⁽¹⁸⁾

Es importante entender que tanto para el paciente como para la familia las reacciones que se tengan ante esta situación sean de verdadera ayuda ya que pueden caer en la sobreprotección o un inadecuado sistema de apoyo para el enfermo porque ninguno de estos escenarios conllevan a un tratamiento exitoso en el que se pueda sobrellevar las complicaciones que con el paso del tiempo se hacen más evidentes en el paciente.⁽¹⁹⁾

En una familia donde existen antecedentes o complicaciones de la diabetes mellitus se espera un mayor control en el paciente diabético, pero en el presente estudio se encontró que el 65 por ciento de los enfermos controlados no tenían antecedentes de la enfermedad. Lo anterior sugiere que se presta más apoyo para el control de una enfermedad nueva dentro de la familia y que

aún con antecedentes deja de brindarse ayuda cuando, después de varios años de vivir con un paciente diabético, comprenden que su conducta no alterará el curso de la enfermedad; es decir, no hay remisión⁽²⁰⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

La DM tipo 2 es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, pero aun mayor en los países en vías de desarrollo como en México. En los últimos 40 años la población mexicana tiende a pasar de ser un país de gente joven, a un país con mayor proporción de adultos y población de la tercera edad. Este aumento de la población adulta repercutirá en una mayor prevalencia de la DM tipo 2 y otras enfermedades crónicas degenerativas que no conducen a la muerte inmediata pero que son grandes consumidoras de servicios de salud con el consecuente impacto financiero.

El costo de la educación es menor que el costo de la ignorancia. Desde el punto de vista económico, las inversiones para educar al paciente diabético sobre su autocontrol diario son mucho menos costosas que los gastos clínicos y terapéuticos de las complicaciones y de los ingresos hospitalarios. Desde el punto de vista de calidad de vida, vida socialmente útil y bienestar general de la población, prevenir es mejor que curar, y promover salud, mejor que prevenir enfermedades

De ahí la importancia de fortalecer el conocimiento, para disminuir el problema de salud Diabetes, a través del reconocimiento de los factores que impiden que el paciente pueda tener un nivel óptimo de conocimientos para el control exitoso de su enfermedad, para ello será necesario evaluar, entre otras características, el grado de instrucción diabetológica de esta muestra, a través del uso de un cuestionario adecuado de conocimientos teóricos y prácticos sobre la enfermedad. De este modo podrán determinarse las áreas en las que hubiera mayor necesidad de formación.

A pesar de que las instituciones de la salud cuentan con programas bien establecidos dirigidos a la prevención, detección, manejo y control del paciente diabético, no se ha obtenido el éxito esperado, probablemente porque se limita a transmitir información, además se sabe muy poco acerca del conocimiento, creencias y prácticas relacionadas con la salud de los pacientes diabéticos. Dado lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación.

II.2 Pregunta de Investigación.

- ¿Qué nivel de conocimiento tiene el paciente diabético acerca de su enfermedad para prevenir complicaciones?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

En la formación como residentes es necesario tener los principios de metodología de la investigación ya que en la práctica es una de las actividades que rigen el quehacer del médico familiar. Al realizar este trabajo se puede encontrar información importante que no ha sido realizada, además se puede conocer más acerca de los pacientes que se encuentran a cargo y la problemática que conllevan sus padecimientos.

III.2 Científica.

La DM tipo 2, es un problema de salud pública, sin embargo aunque ha sido muy estudiado, no ha tenido la repercusión y el impacto esperado por lo que se trata de evidenciar y concientizar la importancia de la realización de este estudio para prevenir complicaciones en enfermedades crónico degenerativas como lo es la diabetes mellitus, ya que está más que demostrado que la prevención es mejor que la curación.

III.3 Social.

El nivel socio económico y cultural de los pacientes influye definitivamente en el pronóstico de la enfermedad; esto se ve reflejado principalmente en comunidades con menor desarrollo cultural, generalmente ubicadas en zonas rurales, las cuales presentan desventajas en el conocimiento y práctica de una cultura sanitaria adecuada, en comparación con los medios urbanos.⁴

III.4 Económica.

Por lo anterior se está en condiciones de afirmar que este estudio traerá datos útiles para mejorar el diagnóstico con el fin de implementar estrategias de intervención y tratamiento en este tipo de pacientes para así disminuir los costos en salud que estos problemas generan, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes

IV. HIPÓTESIS

“Nivel de conocimiento del paciente diabético acerca de su enfermedad es bajo.”

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones en la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

IV.1.2.2 Independientes.

Nivel de conocimiento

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

Conocimiento, enfermedad, diabéticos.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Conocer el nivel de conocimiento del paciente diabético acerca de su enfermedad para prevenir complicaciones

V.2 Específicos.

Identificar al grupo de pacientes diabéticos en estudio
Estimar el nivel de conocimiento del paciente diabético acerca de su enfermedad

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, realizado en pacientes que padecen DM 2, que acuden a la UMF No. 75 del IMSS.

VI.2. Diseño del estudio.

Se realizó un cálculo estadístico con la fórmula para poblaciones infinitas para estimar el tamaño de la muestra a partir del universo de estudio, a partir del cual se realizó el cálculo para obtener una muestra representativa.

Cálculo para una muestra representativa con una fórmula para población infinita.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2(p)(q)}{d^2}$$

n= Tamaño de la muestra que se requiere

Z_{α}^2 = Nivel de confianza $(1.96)^2$

p= prevalencia (7%)

q= Índice de casos que no presentan la característica estudiada (1-p)

d^2 = rango de error (0.05)

$$n = \frac{(1.96) (0.07) (0.93)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.07) (0.93)}{(0.0025)}$$

$$n = \frac{0.2500816}{0.0025}$$

$$n = \underline{100}$$

Se les aplicó el cuestionario de recolección de datos y instrumento clinimétrico: "Diabetes knowledge tests", elaborado por Hess y Davis, validado al idioma español por Campo y colaboradores con el nombre de "Prueba de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus", (anexo 1), a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que cumplieron con los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado (anexo 2).

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos (Excel) diseñada específicamente para el tipo de estudio.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEMS
Nivel de conocimiento	Grado o nivel de aprendizaje que se adquiere a través de la comunicación	Variable que trata de darnos a conocer el grado de aprendizaje que posee el paciente acerca de su enfermedad	Cualitativa Ordinal	1. bueno 2. malo	10,11
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta	El número de años de vida	Cuantitativa Discreta	1. 20-30 2. 31-40 3. 41-50 4. 51-60	5
Sexo	Grupo de condiciones y características biológicas, que dan femenino y masculino	Condiciones biológicas que diferencian a la mujer y al hombre	Cualitativa Nominal	1. Femenino 2. Masculino	3,4
Estado civil	Condición o status jurídico de cada persona, desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar	Condición civil de las personas	Cualitativa Nominal	1. Casado/unión libre 2. Viudo 3. Divorciado/Se parado 4. Soltero	1

VI.4 Universo de Trabajo.

El universo de trabajo fueron los pacientes que padecen DM 2 en la UMF No. 75 del IMSS Netzahualcóyotl Estado de México.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para una muestra con población infinita.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

Pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de la UMF 75 turno matutino

De uno u otro género (Ambos sexos)

Edad de 20 a 60 años

Con cualquier tipo de tratamiento

VI.4.2 Criterios de exclusión.

Pacientes que no quieran participar.

Pacientes que presenten con morbilidades durante el proceso

VI.4.3 Criterios de eliminación.

Paciente que fallezca durante el proceso de recopilación de la información
Termino de derechohabencia al servicio del IMSS

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

Instrumento clinimétrico: “Diabetes knowledgetests”, elaborado por Hess y Davisen 1977, en la universidad de Michigan (EUA) es un cuestionario validado internacionalmente para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, cuyos componentes se refieren a aspectos prácticos del cuidado de la enfermedad, adaptado y validado al idioma español por Campo y colaboradores con el nombre de “Prueba de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus”, refieren que para considerar un nivel aceptable de conocimientos se requiere 75% de resultados acertados. Consta de 38 ítems que abarcan cinco áreas de conocimientos teóricos sobre la enfermedad: básicos (preguntas 1 a 6 y 35 a 38), glucosa en sangre (preguntas 7 a 16), administración de insulina (preguntas 17 a 21), hidratos de carbono (preguntas 27 y 29 a 34). Campo y colaboradores, La elección se realizó en función de una serie de razones, como la rigurosidad de su elaboración y validación, las áreas de conocimiento que se analizan y el tipo de respuestas planteadas, así como el número de preguntas de que consta.

VI.5.2 Validación.

Este instrumento tuvo validación práctica desde 1977 por Hess y Davis, por Campo y colaboradores desde 1992.

VI.5.3 Aplicación.

El instrumento se presento a pacientes que padecen DM tipo 2 en la unidad de medicina familiar No 75 Netzahualcóyotl, que firmaron el consentimiento informado y se les dio la opción de ser contestado en forma anónima, se realizó de forma directa.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Una vez elaborada y aprobado el proyecto de investigación por el comité local, se busco la población que participara en el estudio, se les explico sobre el estudio y previa autorización, mediante consentimiento informado, se le explico la cedula de investigación. Se elaboró una base para la captura de datos y para el análisis posterior, se interpretaron analizaron y graficaron los resultados obtenidos, para finalmente realizar la discusión y conclusiones.

VI.7 Límite de espacio.

El proyecto se llevo a cabo en la unidad de medicina familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la avenida Chimalhuacán s/n esq. Av. López Mateos col. El Palmar, Netzahualcóyotl Edo. De México.

VI.8 Límite de tiempo.

De agosto 2012 a agosto de 2013

VI.9 Diseño de análisis.

Los datos se analizaron mediante el programa Excel 2007, el análisis univariado se efectuara mediante el cálculo de frecuencias simples y proporciones.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

Basándose en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud se realizara el presente estudio con las normas dispuestas en el Título quinto, capítulo único artículo 99 dice: En toda institución de salud donde se realice investigación para la salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables se constituirán:

I.- Una comisión de Ética en el caso de que realicen investigaciones en seres humanos.

II.- Una comisión de bioseguridad si se desarrolla investigación que involucra la utilización de dispositivos generadores de radiaciones ionizantes y electromagnéticas. Isotopos radioactivos, microorganismos patógenos, ácidos nucleídos, u otros procedimientos que puedan representar riesgo para la salud, y,

III.- Una comisión de investigación cuya integración será obligatoria para las instituciones de atención a la salud y las demás instituciones de atención a la salud de acuerdo con sus reglamentos internos.

Título sexto, capítulo único

ARTICULO 113. La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembro de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de su área de adscripción.

Se realizara un consentimiento informado por el derecho de los pacientes a decidir libremente si desean participar en el estudio.

Se trata de un estudio no experimental, ya que únicamente se realizará la aplicación de una escala evaluativa, con previo consentimiento o aceptación de las pacientes. Sin embargo, no debemos olvidar tomar en cuenta aspectos establecidos en la declaración de Helsinki de asociación Médica Mundial con principios éticos aplicables a las investigaciones médicas que involucran seres humanos.

Adoptada por la 18^a asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la, 29^a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975, 35^a

Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983, 41^a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989, 48^a Asamblea, General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52^a Asamblea General Edimburgo, Escocia,

Octubre 2000. Nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

La asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

VIII. ORGANIZACIÓN

Para fines de tesis la organización será la siguiente:

Director de tesis: E.M.F Edgar Rubén García Torres.

Tesista: M.C Saúl Rubalcaba Zapata

Para fines de publicación y/o presentación en foros, congresos o cartel.

Los créditos serán:

AUTOR: E.M.F Edgar Rubén García Torres

COAUTORES: M.C Saúl Rubalcaba Zapata

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se evaluaron 100 pacientes diabéticos. La edad fluctuó entre 20 y 60 años. De acuerdo al nivel de conocimiento, ningún paciente obtuvo buen nivel.

En la tabla 1 se encuentra que el 16% de los pacientes en su mayoría no contestaron correctamente mientras que solo el 1% contestó acertadamente 17 preguntas sin alcanzar el 75% que lleva a un buen nivel de conocimiento

En la tabla 2 se encuentra que el 60% de los encuestados eran mujeres mientras que el 40% eran hombres de los cuales no hay mayor diferencia por sexo el nivel de conocimiento.

En la tabla 3 se encontró que el mayor porcentaje de pacientes que contestó el cuestionario fue el grupo de edad de 60 a 65 años de edad, mientras que los de menor frecuencia eran el grupo de 20 a 40 años se encuentran con 0% esto no quiere decir que en estos grupos de edad no presentan diabetes mellitus.

En la tabla 4 se encuentra que la escolaridad predominante es la de primaria y a mayor edad la mayoría de las personas son analfabetas, mientras que la de menor frecuencia es licenciatura.

En la tabla 5 podemos observar que la mayor parte de los pacientes que se encuentran son casado o unión libre mientras que la de menor es viudo, esto es evidente que la familia se encuentra en un valor importante.

En la tabla 6 a pesar de que 6 encuestados contestaron 6 aciertos no alcanzan el 75% para decir que tienen un nivel de conocimiento bueno la mayoría de los encuestados no contestaron con acierto a ninguna pregunta

En la tabla 7 observamos que la mayoría de los encuestados no contestaron a las preguntas acertadamente al igual que en el de conocimiento básicos solo alcanzan el 60% que no es suficiente para decir que hay un buen conocimiento en este rubro

En la tabla 8 nos encontramos con que la mayoría no conoce la administración de insulina ya que el 79% de los encuestados contestaron erróneamente a todas las preguntas

En la tabla 9 se puede observar que solo un encuestado de entre los 100 contesto acertadamente a 5 aciertos dando el 83% en este rubro como aprobatorio mientras que para la encuesta en general no es suficiente para un buen conocimiento de su enfermedad

En la tabla 10 la mayoría de los encuestados se contestaron mal a todas las preguntas con lo cual podemos observar que la mayoría de los pacientes desconocen o ignoran que alimentos consumir o que alimentos utilizar para su mejor control glucémico

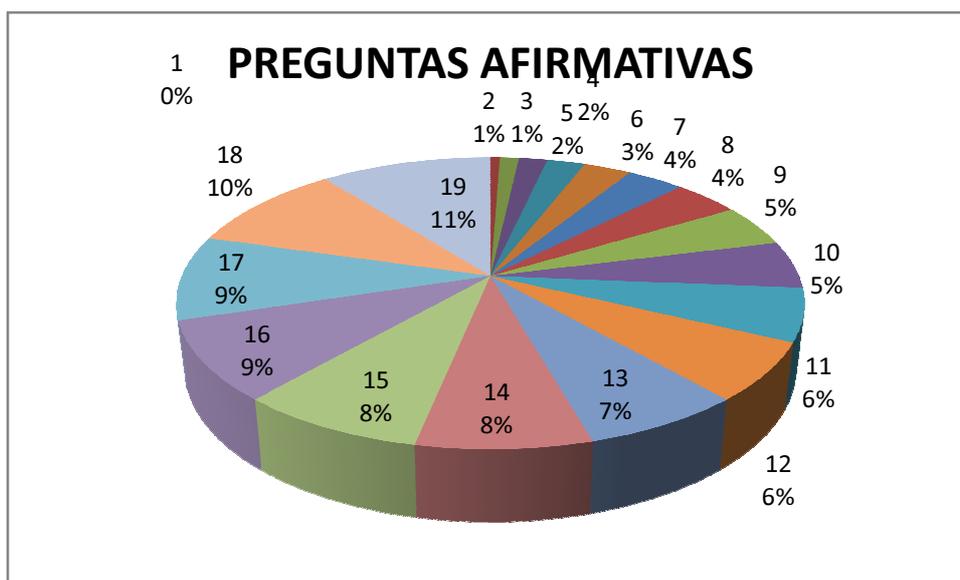
X.- CUADROS Y GRÁFICOS

TABLA 1. PREGUNTAS AFIRMATIVAS ACERCA DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.

PREGUNTAS AFIRMATIVAS	FRECUENCIA
0	16
1	12
2	11
3	4
4	3
5	4
6	10
7	2
8	9
9	11
10	4
11	2
12	3
13	2
14	4
15	1
16	1
17	1
18	0

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 1 PREGUNTAS AFIRMATIVAS ACERCA DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.



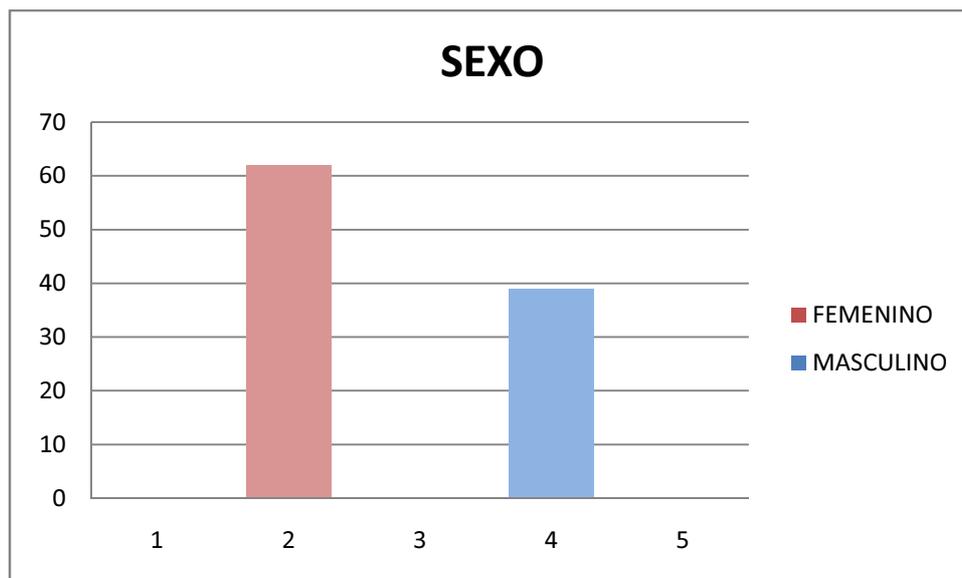
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 2. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL SEXO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.

SEXO	FRECUENCIA
FEMENINO	62
MASCULINO	39

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 2. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL SEXO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.



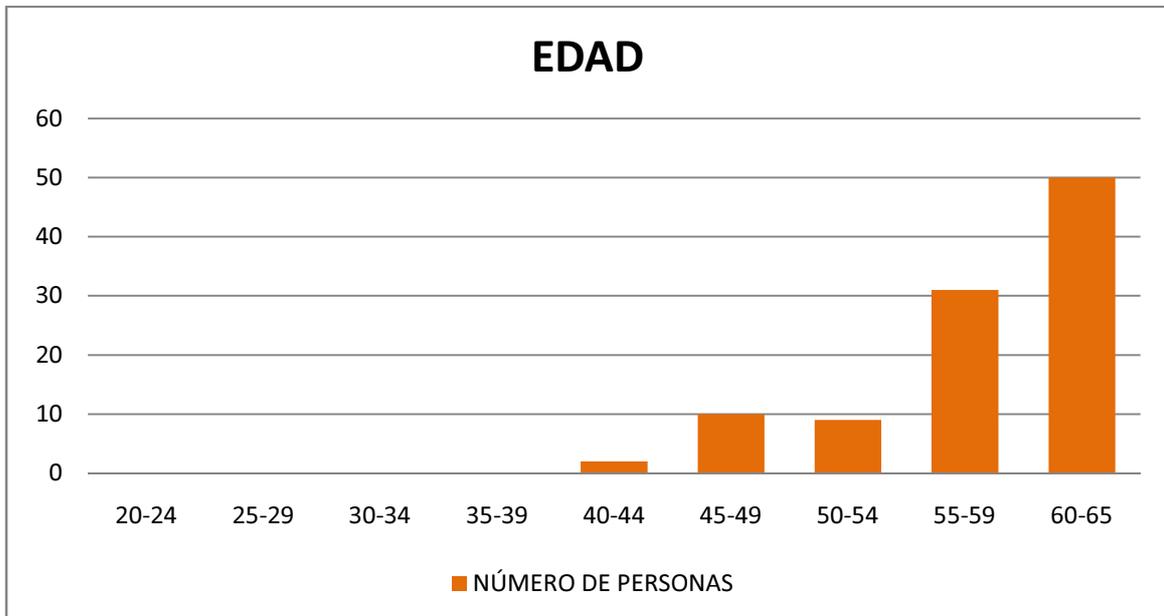
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 3. FRECUENCIA EN RELACIÓN A LA EDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.

PREGUNTAS AFIRMATIVAS	FRECUENCIA
20-24	0
25-29	0
30-34	0
35-39	0
40-44	2
45-49	10
50-54	9
55-59	31
60-65	48

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 3. FRECUENCIA EN RELACIÓN A LA EDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.



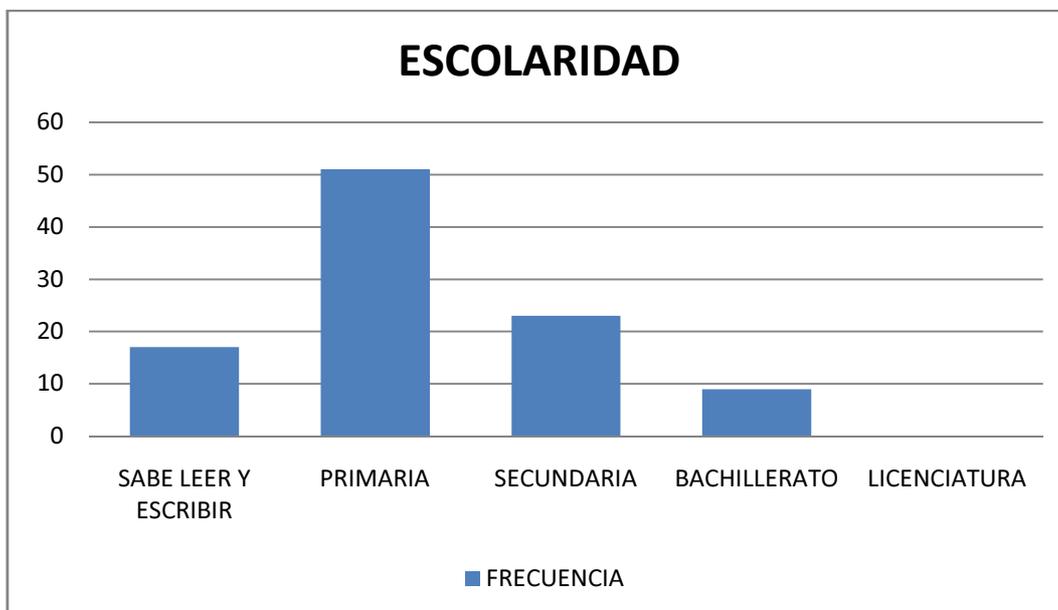
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 4. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA
SABE LEER Y ESCRIBIR	17
PRIMARIA	51
SECUNDARIA	23
BACHILLERATO	9
LICENCIATURA	0

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 4. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.



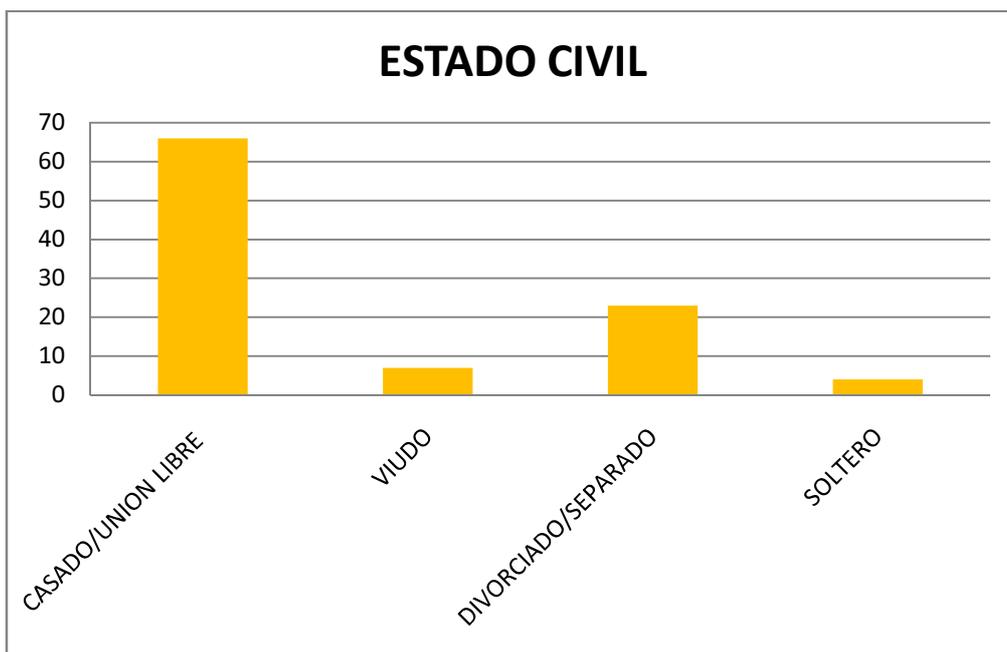
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 5. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA
CASADO/UNION LIBRE	66
VIUDO	7
DIVORCIADO/SEPARADO	25
SOLTERO	4

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 5. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA UMF NO. 75 IMSS.



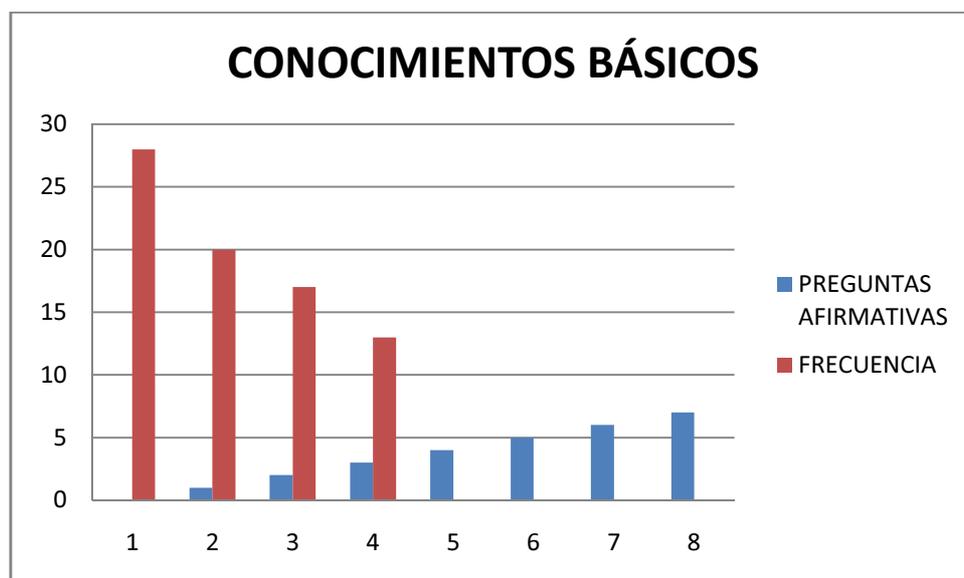
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 6. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.

PREGUNTAS AFIRMATIVAS	FRECUENCIA
0	28
1	20
2	17
3	13
4	0
5	0
6	0
7	0

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.



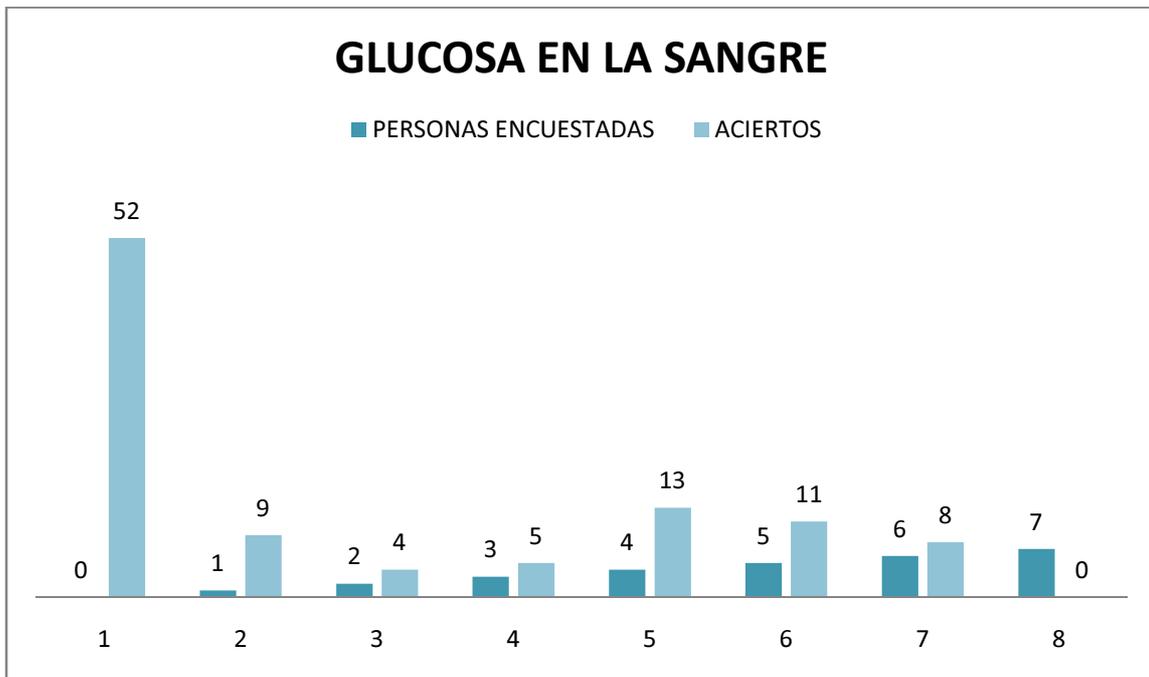
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 7. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.

PREGUNTAS AFIRMATIVAS	FRECUENCIA
0	50
1	9
2	4
3	5
4	13
5	11
6	8
7	0

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 7. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.



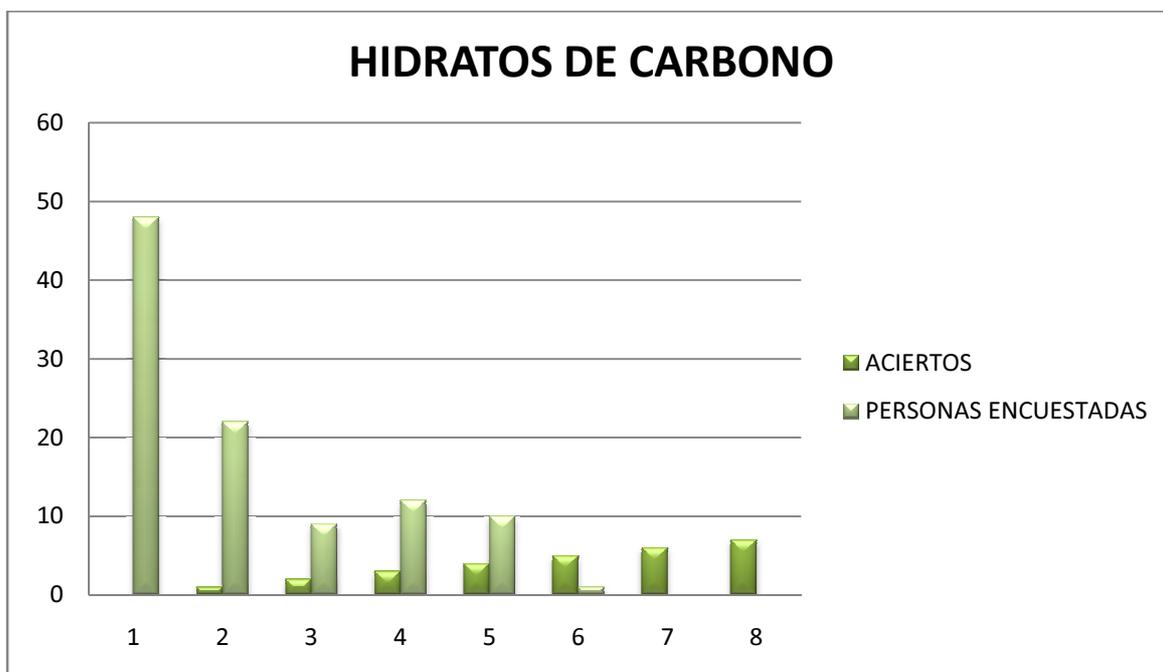
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 8. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.

PREGUNTAS AFIRMATIVAS	FRECUENCIA
0	46
1	22
2	9
3	12
4	10
5	1
6	0
7	0

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.



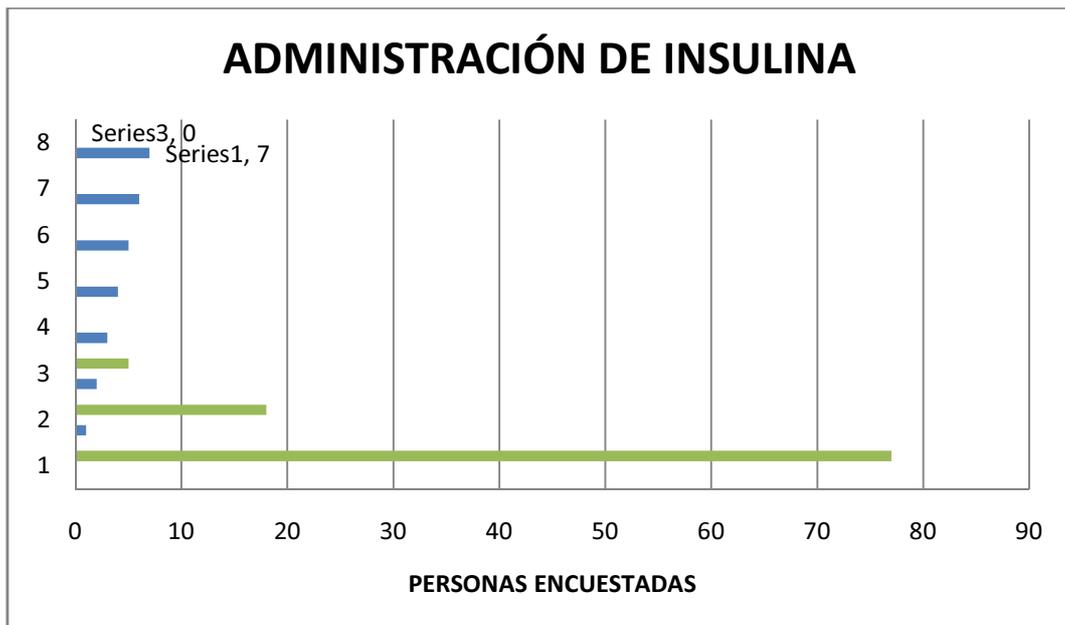
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 9. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.

PREGUNTAS AFIRMATIVAS	FRECUENCIA
0	77
1	18
2	5
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 9. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.



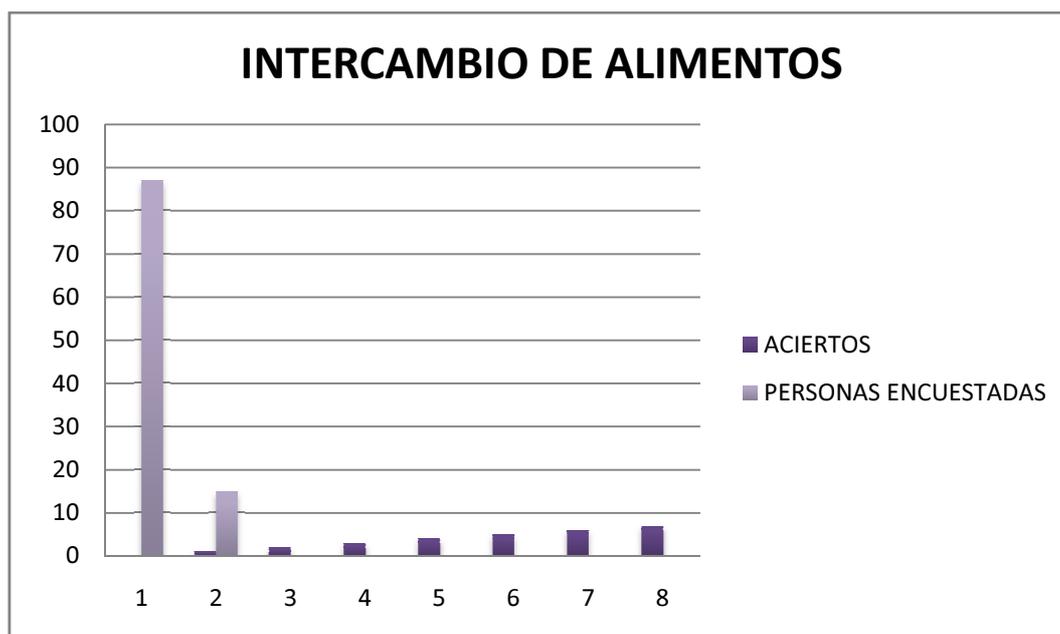
FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

TABLA 10. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.

PREGUNTAS AFIRMATIVAS	FRECUENCIA
0	75
1	18
2	7
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0

FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

GRÁFICA 10. FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UMF NO. 75 IMSS.



FUENTE: Encuesta aplicada pacientes diabéticos de la UMF N°75, Octubre 2013

XI.- CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 continúa siendo deficiente o malo, a pesar de programas establecidos (SODI).

La escolaridad baja sigue siendo un factor que propicia menor conocimiento entre los pacientes y por consecuencia también es un factor para predisponer a complicaciones más recientemente.

En el presente estudio se encuentra correlación con otros estudios en los que se encontró que la falta de conocimientos en pacientes diabéticos conlleva a aparición de complicaciones.

No hay relación entre la edad, sexo, escolaridad y estado civil que tenga una relevancia significativa para predisponer complicaciones en la diabetes.

En la encuesta realizada a las personas sobre el nivel de conocimientos que tienen sobre la diabetes se concluyó que más de mitad de los pacientes no tienen información básica de su padecimiento.

En base a la encuesta realizada se detectó que menos del 12% de los pacientes pudieron responder a preguntas relacionadas sobre glucosa en la sangre mientras que poco más del 50% de los pacientes no pudieron responder a las preguntas relacionadas con esta variable.

Dentro de la encuesta de conocimientos básicos se incluyeron preguntas sobre hidratos de carbono a las cuales un 20% de las personas tienen algún conocimiento respecto a esta variable incluida en la investigación.

Del total de los pacientes que fueron encuestados respondieron de manera desfavorable a las preguntas relacionadas con la variable de administración de insulina, debido en gran medida al desconocimiento de la misma .

Dentro de las preguntas de conocimientos básicos también se incluyeron preguntas sobre intercambio de alimentos, lo cual arroja resultados negativos al respecto, ya que más del 85% de las personas encuestadas no respondieron favorablemente a las preguntas de conocimientos básicos respecto a esta variable, debido en gran parte a que no han recibido información acerca de los alimentos que pueden incluir y/o sustituir para un tratamiento exitoso

XII.- RECOMENDACIONES

Se recomienda promover de manera continua los diferentes programas instaurados en las diferentes unidades de medicina familiar para reintegrarlos y crear pláticas motivacionales para pacientes y para personal que imparten dichos programas

Se debe hacer énfasis en el autocuidado del paciente diabético, por parte de los diferentes grupos de apoyo en las unidades de medicina familiar (trabajo social, psicología, nutrición, grupo SODI)

Realizar constantes capacitaciones y talleres, con respecto a la importancia del control glucémico del paciente diabético

Institución de talleres y cursos para familiares de pacientes diabéticos

Continuar aplicando este tipo de instrumentos en los cuales se pueden detectar las deficiencias en las cuales se pueden trabajar con los diversos pacientes

Destinar mayores recursos materiales y económicos a personal de salud que se dedica a la capacitación y cuidados del paciente diabético.

Favorecer la integración de los familiares y a los pacientes a los programas de salud y educación diabetológica

Concientizar a todo el personal y la población de la importancia de talleres de educación diabetologica como parte importante en la prevención de complicaciones por medio de difusión masiva y campañas regulares.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Zafra JA, Méndez JC, Failde MI. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). *Endocrinología y Nutrición*. 2001; 48: 187-192.
2. Noda MJR, Pérez LJE, Malaga RG, Aphan LMR. Conocimientos sobre “su enfermedad” en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 acuden a hospitales generales. *RevMedHered*. 2008; 19: 68-72
3. Bustos SR, Bustos MA, Bustos MR, Cabrera AI, Flores CJP. Falta de conocimientos como factor de riesgo para ser hospitalizado en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos de Medicina Familiar*. 2011; 13: 63-73
4. Cabrera MR, Motta QI, Rodríguez RC, Velásquez CD. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha –Es Salud- 2009. *Revenferm Herediana*. 2010; 3: 29-36.
5. Baca MB, Bastidas Loaiza MJ, Aguilar MR, De la Cruz NMJ, Gonzáles DMD, Uriarte OS, et al. Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. *Rev Enfermería Global*. 2008; 13: 1-13
6. Vázquez-Martínez JL, Gómez-Dantés H, Fernández-Cantón S. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2006;44(1):13-20.
7. INEGI. Estadística a propósito del día mundial de la diabetes. 2012; 1:9
8. Pedraza AAG, Alvara SEP, Martínez VR, Ponce RRE. Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. *GacMédMéx* 2007; 143: 453-462
9. Jiménez EG, Martínez BMT, Gómez AM, Carmouche CH. Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre la prevención del pie diabético. *Rev de las ciencias médicas en Cienfuegos* .2007; 5: 40-43
10. <http://es.thefreedictionary.com/conocimiento>
11. <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=conocimiento>
12. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2004. *Diabetes Care* 2004; 27 (Suppl 1):S1-150
13. Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM, Rodríguez- Pérez J. Jiménez-Méndez JA. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes. *RevMed IMSS* 2003
14. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16: 22
15. http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A214.pdf
16. Cifuentes R. Jeannett, Yefi Quintanilla, La familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético? Programa de diplomado en salud pública y salud familiar abril 2005.

17. Velasco M.L, Sinibaldi JFJ. Manejo de enfermo crónico y su familia, México: El manual moderno,2002.
18. Arroyo Rojas Dasilva, Magdalida, Bonilla Muñoz Martha Patricia, González Trejo, Luis Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético Revista Neeurología y Psiquiatria, 2005: 38(2) Abr- Jun: 63-68.
19. Arauz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M “Guía para diabéticos “, tres Rios, Costa Rica. Año 2002
20. Isabel de la A. Valadez, Ma. Guadalupe Aldrete, Noé Alfaro Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II Salud Pública de México, vol. 35, núm. 5, septiembre-octubre, 1993, pp. 464-470, Instituto Nacional de Salud Pública

XIV. ANEXOS

ANEXO 1.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75



El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar e investigar el Nivel de conocimiento del paciente diabético acerca de su enfermedad para prevenir complicaciones en la Unidad de Medicina Familiar No. 75

INSTRUCCIONES

- **Leer detenidamente y responder los datos solicitados**
- **Marcar con una X una sola respuesta por pregunta**
- **Escribir claramente en los espacios en blanco de modo que sea posible**

FICHA DE IDENTIFICACION

- Edad: _____
- Escolaridad: 1. Sabe leer y escribir ()
2. Primaria ()
3. Secundaria ()
4. Técnica ()
5. Bachillerato ()
6. Licenciatura ()
- Estado civil: 1. Casado, unión libre ()
2. Viudo ()
3. Divorciado o separado ()
4. soltero ()

Prueba de conocimientos sobre la diabetes mellitus

1. El principal alimento contraindicado en el diabético es aquel que tiene proteínas.

- a) Cierto.
- b) Falso
- c) No lo sabe

2. En la diabetes no insulino dependiente (diabetes tipo II o del adulto), el mejor tratamiento es:

- a) La inyección de insulina
- b) Tomar medicamentos antidiabéticos orales
- c) Cumplir una dieta alimentaria y mantener el peso ideal
- d) No lo sabe

3. En un diabético, la orina deberá ser controlada más a menudo si:

- a) Está enfermo o no se encuentra bien
- b) La orina muestra una cantidad muy pequeña de azúcar
- c) Los análisis de la orina son negativos con frecuencia
- d) No lo sabe

4. Cuando un diabético está a dieta o se encuentra enfermo y necesita más hidratos de carbono, puede haber acetona en la orina:

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

5. Si un diabético encuentra una cantidad moderada de acetona en la orina, deberá:

- a) Beber un vaso lleno de jugo de naranja con una cucharada de azúcar
- b) Beber abundantes líquidos y controlar la orina más a menudo
- c) No inyectarse la dosis siguiente de insulina
- d) No tomar ningún alimento en la siguiente comida
- e) No lo sabe

6. Una vez que se ha abierto el frasco y se van usando las tiras reactivas para el control de la orina, las que van quedando dentro no se alteran hasta la fecha de caducidad:

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

A continuación, señale si los signos o síntomas siguientes pueden ocurrir por hiperglucemia (glucosa alta en sangre) o por hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

	Hiperglucemia	Hipoglucemia	No lo sabe
7. Controles en orina negativos	a)	b)	c)
8. Piel y boca secas	a)	b)	c)
9. Los síntomas han aparecido lentamente	a)	b)	c)
10. Aumento de la sed	a)	b)	c)

Señale si las causas siguientes pueden producir hiperglucemia (glucosa alta en la sangre) o hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

	Hiperglucemia	Hipoglucemia	No lo sabe
11. Demasiada insulina	a)	b)	c)
12. Demasiado ejercicio físico	a)	b)	c)
13. Demasiada comida	a)	b)	c)
14. Una enfermedad o infección	a)	b)	c)

Indique si los hechos siguientes previenen o evitan tener hiperglucemia (glucosa alta en la sangre) o hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

	Hiperglucemia	Hipoglucemia	No lo sabe
15. Tomar alimento	a)	b)	c)
16. Inyectarse insulina	a)	b)	c)

17. ¿En cuál de las siguientes situaciones es probable que ocurra hipoglucemia?

- a) Durante un gran esfuerzo físico
- b) Durante el efecto máximo de la dosis de insulina
- c) Justo antes de las comidas
- d) En cualquiera de las situaciones anteriores
- e) No lo sabe

18. Si en un diabético que se inyecte dos dosis de insulina cada día, en los controles de orina realizados antes de las comidas de “al mediodía” aparece con frecuencia un nivel de azúcar mayor que el habitual, pero en los demás controles urinarios a lo largo del día dicho nivel es normal, él deberá:

- a) Aumentar las dosis de insulina de la mañana
- b) Aumentar la dosis de insulina de la tarde
- c) Disminuir la cantidad de alimento en la cena
- d) Aumentar la cantidad de alimento en la cena
- e) No lo sabe

19. El motivo de que haya que cambiar constantemente el lugar de la inyección de insulina es la intención de disminuir la probabilidad de infección.

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

20. 1 cc (=1 ml) de insulina contiene:

- a) 1 unidad
- b) 4 unidades
- c) 100 unidades
- d) 40 unidades
- e) No lo sabe

21. En un diabético que se inyecta insulina, el hecho de que haya que espaciar y distribuir las comidas a lo largo del día está motivado por:

- a) No debe de tomar hidratos de carbono en gran cantidad
- b) Puede hacer ejercicio físico de vez en cuando
- c) Las reacciones hipoglucémicas son más raras
- d) Las calorías que debe tomar se reparten de esta forma en las mismas cantidades
- e) No lo sabe

Elija en cada par de los siguientes alimentos, el que contenga mayor cantidad de hidratos de carbono que el otro:

22. a) Leche b) Pescado c) No lo sabe

23. a) Huevos b) Zanahorias c) No lo sabe

24. a) Pasas b) Tocino c) No lo sabe

25. a) Queso b) Cereal c) No lo sabe

26. a) Margarina b) Galleta c) No lo sabe

27. Si un diabético tuviera que cambiar la fruta de postre de la cena en un restaurante, ¿por cuál de los siguientes alimentos debería cambiarla?

a) Por una fruta en conserva

b) Por el jugo de tomate que se toma como aperitivo

c) Por un melocotón dividido en dos mitades servido con mermelada

d) Por manzana cocida con miel

e) No lo sabe

28. Cuando un diabético cursa con otra enfermedad, debe reducir de forma importante los hidratos de carbono en las comidas.

a) Cierto

b) Falso

c) No lo sabe

Señale a cuál de los grupos de intercambios o de equivalentes alimenticios pertenecen los siguientes alimentos:

a) = Verduras; b) = Carne; c) = Pan; d) = Leche; e) = Grasa; f) = No lo sabe

29. Maíz ()

30. Tocino ()

31. Queso ()

32. Huevo ()

33. Lentejas ()

34. 120 g de carne de pollo sin piel y 45 g de papa cruda equivalen a:

- a) 120 g de carne de ternera y 30 g de pan
- b) 120 g de carne de ternera y 15 g de pan
- c) 150 g de carne de ternera y 30 g de pan
- d) 150 g de carne de ternera y 15 g de pan
- e) No lo sabe

35. Si un diabético practica diariamente ejercicio físico como parte de su tratamiento y un día deja de realizarlo, lo más probable es que la glucosa en sangre:

- a) Aumente ese día
- b) Disminuya ese día
- c) Permanezca en el mismo nivel
- d) No lo sabe

36. Si aparece una herida en el pie de un diabético, él deberá:

- a) Aplicar un antiséptico, y si no mejora en una semana, acudir al médico.
- b) Limpiar la herida con agua y jabón, dejarla al descubierto, y si no mejora en una semana, acudir al médico.
- c) Limpiar la herida con agua y jabón, colocar un apósito o vendaje y si no mejora en 24-36 horas acudir al médico
- d) Acudir al médico inmediatamente
- e) No lo sabe

37. La lesión en los grandes vasos de la sangre (arteriosclerosis) es:

- a) Un problema especial visto sólo en personas diabéticas
- b) Un problema frecuente que suele aparecer antes en enfermos diabéticos que en personas no diabéticas
- c) Un problema frecuente que es responsable de complicaciones en el ojo
- d) Un problema raro en enfermos diabéticos
- e) No lo sabe

38. En una persona diabética que presente entumecimiento y hormigueo en los pies, en principio habrá que pensar que es por:

- a) Enfermedad del riñón
- b) Mal control de la diabetes
- c) Hipoglucemia
- d) Enfermedad del corazón
- e) No lo sabe

ANEXO 2.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 IMSS



Por medio de la presente yo:_____ . Autorizo participar en el proyecto de investigación titulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO ACERCA DE SU ENFERMEDAD PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75 IMSS.”**

Registrado y aprobado por el Comité Local de Investigación con el número_____.

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de conocimiento del paciente diabético acerca de su enfermedad para prevenir complicaciones.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de una encuesta-entrevista para conocer el nivel de conocimiento del paciente diabético.

De que se me ha informado ampliamente sobre la participación de este estudio. El investigador principal se ha comprometido a darme información y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cargo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y beneficencia. El derecho de poder retirarme en cualquier momento que lo considere necesario, sin que ello afecte la atención médica que recibo en la Institución.

El investigador principal me ha dado seguridades y confianza que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que se obtenga del estudio y brindarme la asesoría que se requiera.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador