

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL QUE RECIBE EL
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS

TIPO I - II

Estudio realizado en 94 pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I - II, Consulta Externa de Adultos del Hospital General San Juan de Dios, Febrero - Abril de 1,993, Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

DORIS ELIZABETH SOTO AZAÑÓN

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1993.

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
SUBDIRECCION MEDICA
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

DL
05
T(7099)

Oficio No. CI-48-93

Guatemala, 19 de abril de 1993

Bachiller
Doris Elizabeth Soto Azafon
Presente.

Estimada Señorita:

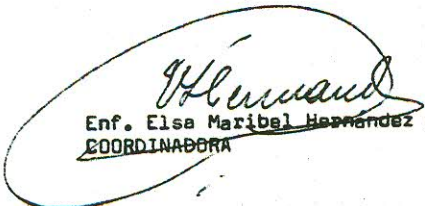
El Comité de Investigación le informa que su Informe Final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de Tesis titulado:

"EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL QUE RECIBE EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO

DE DIABETES MELLITUS TIPO I-II"

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,


Enf. Elsa Maribel Hernández Argueta
COORDINADORA




Vo.Bo. Dr. César Augusto Reyes Martín
JEFE DEPARTAMENTO DE DOCENCIA
E INVESTIGACION



EMHA/ided.

c.c. archivo.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 20 de abril de 1,993
DIF-051-93

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis.

Se informa que el: BACHILLER: DORIS ELIZABETH SOTO
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
AZANON Carnet No. 87-12781
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL QUE RECIBE EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO I - II"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los
conceptos, metodología, confiabilidad y validez de los resultados,
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:



Asesor
Firma y sello personal

DR. ROBERTO A. ...
Médico y Cirujano
Carnet No. 61



Firma del estudiante



Revisor
Firma y sello
Registro Personal 47



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: DORIS ELIZABETH SOTO AZAÑON

Carnet Universitario No. 87-12781

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL QUE RECIBE EL PACIENTE CON DIAGNOS-
TICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I - II"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Dr. Edgar A. De León Barillas
Por Unidad de Análisis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I N A S E :

Dr. Jacobo Cabrera Franco

	INDICE	PAGINA
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	5
IV.	OBJETIVOS	6
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI.	METODOLOGIA	19
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	24
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	29
IX.	CONCLUSIONES	32
X.	RECOMENDACIONES	33
XI.	RESUMEN	34
XII.	REVISION BIBLIOGRAFICA	35
XIII.	ANEXOS	38

I. INTRODUCCION

Diariamente el médico se enfrenta a un problema de salud como lo es la Diabetes Mellitus. Este grupo de pacientes es especial por el tipo de enfermedad crónica que es; así como la atención integral del enfermo diabético.

La Diabetes Mellitus es un problema que afecta a cualquier individuo y a todas las sociedades humanas independientemente del grado de desarrollo. La importancia radica además en las notables repercusiones médicas sociales y económicas que tienen sobre la población, de allí que a partir de brindar un buen Plan Educativo al paciente diabético consiste en la aplicación de principios educativos con el propósito de mejorar las condiciones de salud de un paciente. A través de Plan Educativo como parte fundamental de todo historial clínico es como el médico establece la relación Médico-Paciente y como persona conocedora de la enfermedad incluye una fase educadora constante por medio de la comunicación personalizada e individual.(10,11, 14,18,20,23,25)

A pesar de no existir un número determinado de diabéticos se sabe que el número cada día es mayor, pero radica en el Plan Educativo que el médico debe brindarle siempre a su paciente la mejor orientación de la enfermedad y de esta forma una mejor calidad de vida. (5,6,8,17,22,25)

El estudio se llevó a cabo en el área de Consulta Externa de Adultos del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de Febrero, Marzo de 1993.

Tomando parte del mismo un total de 94 paciente que consultaron a Consulta Externa y quienes presentaban Diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo I-II.

Los resultados obtenidos mostraron la calidad del Plan Educativo que ellos reciben, lo cual se refleja en el número de

pacientes que conocen su enfermedad, saben sobre su tratamiento y complicaciones de esta.

Se demuestra además que el Plan Educacional como punto fundamental en el que hacer del médico debe ser de la mejor calidad y de forma constante.

II. DEFINICION DE PROBLEMA

La DIABETES MELLITUS es un problema de salud que afecta a cualquier sociedad humana independientemente de su desarrollo. (6,16,17,26)

La importancia del PLAN EDUCACIONAL en pacientes con diagnóstico de DIABETES MELLITUS TIPO I-II, radica en las múltiples repercusiones médicas sociales y económicas que esta enfermedad conlleva; de allí que una atención médica adecuada incluye la elaboración de un historial clínico y como parte fundamental de este se encuentra el PLAN EDUCACIONAL que el médico brinda a su paciente por medio de la relación médico - paciente que se establece entre ambas partes. (1,5,6,8,16,17)

Una buena relación entre el médico y el paciente es el mejor procedimiento terapéutico y el de mayor aceptación. Es necesario un entendimiento claro de los aspectos involucrados y de los posibles efectos colaterales de la enfermedad.

Sin una buena relación de comunicación la información dada u obtenida a través del método educativo afectará la evolución del tratamiento, no lograndose el fin común que se persigue si una de las dos partes (médico o paciente) no coopera. (1,5,6,8,16,20,25)

Se considera indispensable que todo paciente diabético sepa cuando, como y en que momento debe actuar respecto a su enfermedad. La mayoría de los pacientes que reciben la información, pocos la comprenden o la recuerdan lo suficiente por lo que debe mantenerse una actitud educadora constante con el paciente Diabético Tipo I-II, por ser susceptibles tanto a factores extrínsecos como intrínsecos determinados por la misma evolución de la enfermedad.

Es así como la educación en salud que se puede traducir como Plan Educativo resulta de una combinación de actividades informativas, formativas y de propaganda orientadas al fomento,

construcción, conservación y restablecimiento de la salud así como la capacidad de rendimiento del hombre que se manifestará por medio de la vida con calidad humana. (5,9,10,14,20,22,23, - 25)

(01,71,07,0)

[Faint, illegible text block]

[Faint, illegible text block]

[Faint, illegible text block]

[Faint, illegible text block]

[Faint, illegible text block]

[Faint, illegible text block]

III. JUSTIFICACION

Sabiendo que la Diabetes Mellitus es una enfermedad grave con daños multisistémicos, es importante dar Plan Educacional al paciente con este diagnóstico; ya que a través de este elemento básico de información se podran prevenir múltiples complicaciones propias de la enfermedad. (1,3,4,8,25)

Resulta lamentable que a través del tiempo se haya ido perdiendo por parte del médico educar en salud a su paciente, debido al escaso tiempo disponible, para la consulta, la burocracia del ejercicio de la medicina institucional y el uso de terminología incomprensible para los pacientes, resultando ser estos algunos de los obstáculos para lograr que el Plan Educacional cumpla con su cometido.

Vale agregar que el paciente por su parte contribuye con su olvido, temor, falta de confianza o bien por deficiencias sociolingüísticas y educativas a recibir la información por lo que seguirá ignorando su enfermedad.

Es así como muchos médicos basados más en su propio juicio que en el del paciente para evaluar la calidad de la información, están convencidos que el paciente ha comprendido sus explicaciones cuando en realidad no es así. Es por esto que una orientación adecuada a través del Plan Educacional continuo en el contexto general de una enfermedad facilita al médico a cumplir su labor como educador y al paciente a aceptar mejor su problema ante el mismo, su familia y la sociedad. (8,9,17,18)

Es por esto que se hace importante realizar estudios en donde se evalúe el paciente, sobre su enfermedad, su tratamiento y la forma en que puede prevenir complicaciones, a través de una adecuada relación médico - paciente.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

1. Determinar el grado de conocimiento que ha adquirido el paciente con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I - II sobre su enfermedad a través del Plan Educativo que recibe en consulta externa.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar si el paciente con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II a lo largo de su enfermedad a obtenido la educación necesaria sobre esta, su diagnóstico, tratamiento y principalmente en la prevención de complicaciones.
2. Determinar cual es el tiempo de evolución más frecuente desde su diagnóstico y como influye en el conocimiento del paciente sobre su enfermedad.
3. Determinar en que grado influye el Plan Educativo que recibe la familia sobre el tratamiento y evolución del paciente diabético tipo I-II.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

DIABETES MELLITUS: Por definición se hace referencia a un grupo de trastorno primario heterogéneo del metabolismo de los carbohidratos, con múltiples factores etiológicos que consisten en una ausencia absoluta o relativa de Insulina, hormona que regula la concentración de glucosa en sangre.

Todas las causas de diabetes llamada también Diabetes Sacarina conducen a una hiperglucemia sello distintivo de esta patología. (3,12,19,26)

Para fines de estudio se clasificará la Diabetes Mellitus en 2 subclases: A. Diabetes Mellitus Tipo I o Insulinodependiente. (DMID)

B. Diabetes Mellitus Tipo II o No Insulinodependiente. (DMNID)

B.1 Con Obsidad

B.2 Sin Obsidad

A. DIABETES MELLITUS TIPO I:

Este tipo de diabetes que se da sobre todo en niños y adultos jóvenes aunque se puede presentar a cualquier edad, se tiene que existe una nula o poca capacidad de secreción de insulina endógena condicionado por un mecanismo inmunitario. Existe una lesión a nivel de los islotes de Langerhands lo que puede dar la posibilidad de poder establecer susceptibilidad determinando los antígenos de Histocompatibilidad, (HLA). Los enfermos se caracterizan por presentar hiperglucemia extrema, cetosis y síntomas relacionados dependiendo por completo del tratamiento con insulina exógena para la supervivencia.

Al disminuir el nivel de glucosa en plasma y evitar la mayor complicación aguda que es la cetoacidosis diabética, (CAD).

(1,3,4,7)

B. DIABETES MELLITUS TIPO II:

Llamada también Diabetes No Insulinodependiente, esta es una forma más hereditaria que la DMID pero que no se liga a ningún antígeno de histocompatibilidad (HLA). Generalmente suele aparecer en la edad adulta o después de los 40 años, este tipo de pacientes conservan su capacidad significativa de secreción de insulina endógena. Además este tipo de pacientes tienden en su mayoría a ser obesos. Resulta a veces necesario tratar una hiperglicemia con Insulina pero estos pacientes sufren cetosis sino se da tratamiento con Insulina, además de no depender de insulina exógena para sobrevivir, los pacientes diabéticos tipo II son estables.

Probablemente el paciente diabético no insulinodependiente y obeso su factor desencadenante sea una insulino-resistencia que determina hiperinsulinemia y alteraciones a nivel de los receptores insulínicos. Aunque raro en ciertos casos el estrés intenso puede llevar a un paciente con Diabetes Mellitus No Insulinodependiente a una Cetoacidosis Diabética.

Para diferenciar la DM (Diabetes Mellitus) tipo I de la II por lo regular se hace en base a la clínica (ver gráfica adjunta).

(*) ESQUEMA DE MANIFESTACIONESCLINICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPOI Y TIPO II.

DMID (TIPO I)	DMNID (TIPO II)
1. Poliuria	1. Poliuria *
2. Polidipsia	2. Polidipsia *
3. Polifagia	3. Polifagia **
4. Pérdida de peso	4. Fatiga
5. Infección	5. Pérdida de peso
6. Fátiga	6. Debilidad
7. Cetoacidosis característica	7. Mareos
	8. Cefalea y visión borrosa
	9. Complicación cualquiera. ***

(*) (3,12,19,26)

* Se dan de varios meses de duración.

** Es muy poco común en este tipo.

*** La forma de presentación puede ser por una complicación o varias ya establecidas , en fase ya avanzada.

Se considera que la Diabetes Tipo II en un 70-90% de los pacientes presentan sobrepeso y no pueden haber cetosis por un estado hiperinsulinémico.

EPIDEMIOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I-II:

Se sabe que el número exacto puede variar de un lugar a otro, de un estudio a otro pero cada vez el número de diabéticos es mayor, tomando en cuenta además que muchos pacientes por ser asintomáticos no se llegan a diagnosticar.

Cada vez el número de pacientes con complicaciones es notorio y en la mayoría de los casos es por falta de conocimiento del tipo de complicación a corto y largo plazo así como de la enfermedad misma. (1,2,3,4,5,7,13,15,19,25,26)

DIAGNOSTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I Y TIPO II:

Básicamente para realizar el Diagnóstico se debe tomar en cuenta los niveles normales y anormales de glucemia y correlacionarlos con hallazgos clínicos para dar un diagnóstico definitivo. (1,25)

Así se tienen varios parámetros a considerar en la Diabetes Mellitus, como lo es la Glucemia en ayunas mayor de 140 mg/dl. en dos ocasiones diferentes.

Prueba de tolerancia a la glucosa: Se administra 75 gramos de glucosa al paciente en ayunas ; se mide al inicio y luego a los 30, 60, 90 minutos obteniéndose un valor que para ser positivo debe ser igual o mayor a 200 mg/dl. a las dos horas. (1,2,19,26)

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS:

El objetivo primordial del tratamiento contra la Diabétes

Mellitus debe hacer énfasis en:

- * Evitar consecuencias inmediatas de la hiperglucemia.
- * Tratar de limitar las complicaciones de la enfermedad a largo plazo y ante todo de mantener informado al paciente del tipo de tratamiento instaurado.

Resulta razonable sospechar que el aumento de la glucemia juega un papel importante en las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad y que a través del conocimiento del médico y del mismo paciente se pretende lograr un control óptimo de la Diabetes.

Debe mantenerse ante todo un régimen educador en todo momento con el paciente para lo cual se dividirá el tratamiento en farmacológico y no farmacológico.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Como la gravedad y el cuadro clínico de la diabetes son variables, los métodos terapéuticos variaran existiendo especialmente diferencias al tratar a un paciente insulino dependiente de uno No Insulino dependiente; por lo que se hará referencia a cada uno de estos tipos de pacientes. (1,4,7,13,15,24,26)

No debe olvidarse que el fin del tratamiento farmacológico es además mantener la glucemia en el valor más próximo al normal y que pueden adoptarse ciertas modificaciones para este fin al individualizar a cada paciente. (1,7,13,26)

Hipoglucemiantes Orales: Conforman este tipo las Sulfonilureas, las que resultan útiles en el tratamiento del paciente diabético Tipo II o no Insulino dependiente. Se considera que es tos fármacos aumentan la secreción de insulina en las células B de los Islotes de Langerhans y reduciendo la resistencia a ella de la siguiente forma:

1. Disminuye un índice acelerado de producción hepática de glucosa en el paciente DMNID.
2. Corrige parcialmente el defecto post-receptor en la actividad de insulina.
3. Aumenta el número de receptores celulares de insulina.

Todo lo anterior hace que el nivel glucemia se mantenga sino normal mejorada. (7,13,26)

Existe una variedad de sulfonilureas que difieren en cada paciente, farmacocinética, y metabolismo así como por sus defectos indeseables.

Existen además ciertas contraindicaciones del uso de este tipo de hipoglucemiantes orales encontrándose entre las más comunes; no utilizarlas en pacientes Tipo I (DMID), niños, embarazo y pacientes con insuficiencia hepática o renal grave. El defecto hipoglucemiante puede ser aún más potente si se utilizan las Sulfonilureas con otros fármacos.

Entre sus reacciones adversas figuran las de tipo cutáneo, discrasias sanguíneas e ictericia colestásica, asociadas a otros fármacos, taquicardia, náuseas y cefalea. Además el uso de Cloropropamida puede causar retención de líquidos e hiponatremia. (1,3,4,7,13,19,26).

Insulina: Este es el tratamiento de todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I o Insulinodependiente.

El principal objetivo de este tratamiento farmacológico es mantener una glucemia lo más cerca de lo normal y con hipoglucemia mínima o bien que sea una aproximación al aporte fisiológico.

Además de prevenir complicaciones, resulta difícil lograr

la euglucemia las 24 horas del día, pero en el grado de lo posible el médico se acerca a este ideal varía según la forma de su ministro de insulina que se escoja y que a su vez depende del punto de vista que se tenga del tratamiento diabético.

Existen múltiples preparados los cuales difieren en el Tipo (pretendiendo rapidez en la absorción) La Composición (según si su origen es animal o humana) y la Concentración.

A. Insulinas Rápidas: Se incluye la insulina Cristalina que se utiliza únicamente I.V. o S.C. y la Semilenta que su única vía de administración es S.C.

La Insulina Cristalina con un sólo bolo I.V. alcanza su máxima acción en 10-30 minutos y deja de hacer efecto en 1 - 2 horas. Si se utiliza por vía I.M. su acción máxima se logra en 30-60 minutos con una duración de 2-4 horas, en pacientes con circulación normal.

B. Insulinas de Acción Intermedia: Aquí se incluyen la Insulina Neutra Protamina Hagedor (NPH) y las insulinas lentas. Mantienen una liberación constante desde su inyección y con una acción máxima de 6-16 horas que luego inicia a disminuir.

C. Insulinas de Acción Prolongada: Se encuentra la Insulina Ultralenta y la Insulina Protamina Zinc (IPC). Este tipo de insulinas mantienen un nivel constante si se inyectan 1 ó 2 veces al día.

Se debe tener cuidado ya que la insulina de origen humano y porcina son menos inmunogénicas que la bovina.

Las concentraciones generales se preparan a razón de 100 - U/ml (U-100).

Para este tipo de tratamiento insulínico debe hacerse uso de jeringas desechables y con medidas adecuadas para que la ad-

ministración y dosis sea precisa.

Además debe darse a conocer los lugares para inyección como lo son el Tejido Subcutáneo de la pared anterior del abdomen, cara anterior de los muslos y posterior de los brazos, debe cuidarse de la asepsia y antisepsia así como del masaje en la zona de inyección ya que favorece su absorción.

Debe tenerse cuidado de alternar las zonas de inyección. No menos importante pero que a pesar de ser parte del tratamiento farmacológico se encuentra el Plan Educativo que el paciente debe recibir sobre su enfermedad y muy específicamente sobre su tratamiento, evitando por falta de conocimiento errores en el tratamiento y evolución de este y la misma enfermedad. (1,4, 13,26)

EDUCACION INICIAL: TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:

Este incluye conocer el problema, como se manifiesta, como se trata y principalmente como se previene o se mantiene una situación que ponga en peligro la vida del paciente. Se refiere además a la DIETA, DETERMINACION DE GLUCEMIAS, SEGUIMIENTO DE Tx. FARMACOLOGICO ASI COMO DE LAS COMPLICACIONES PREVENIBLES.

Debe explicarsele al paciente la relación existente entre una Dieta, Actividad o esfuerzo físico y fármacos.

Debe recibir información verbal escrita principalmente esta última para que la consulte el paciente o la familia en caso de emergencias.

Es importante que el paciente bajo tratamiento con Hipoglucemiantes Orales o Insulina sepa prevenir, reconocer y tratar la hipoglucemia como una de las complicaciones agudas más frecuentes. Además del paciente se debe tratar de educar a la familia o compañeros sobre signos y síntomas de las principales complicaciones. Idealmente el paciente debe recibir Plan Educativo-

nal por personal competente y quien más conozca de su enfermedad, lo cual se traduce al médico que es la persona que más contacto tiene con el enfermo y quien más se involucra con la enfermedad.

Dieta: Es importante pero debe tomarse en cuenta el tipo de Diabetes si es Tipo I o Tipo II, si existe o no algún grado de obesidad, presencia de alguna complicación diabética así como del tratamiento médico o farmacológico que el paciente este recibiendo.

Debe mantenerse un equilibrio en los requerimientos calóricos para mantener un peso ideal para una persona con actividad física moderada y normal es considerado de 35 Kcal/kg de peso al día, esto esta sujeto al peso y a la actividad física como ya se mencionó, además puede darse una variación de 5-15 Kcal/Kg. de peso al día en pacientes obesos y sedentarios.

Aún se ignora la composición adecuada u óptima que deben estar presentes en los nutrientes en la dieta del paciente diabético pero se sugiere que el 50% sea aportado por los carbohidratos un 15% de proteínas la cual puede aún disminuir en pacientes con nefropatía diabética y el 35% de grasas (reduciendo la grasa de tipo animal). Cualquier modificación en la dieta debe comunicarse al paciente por el tipo de actividad que realice, además que esta última favorece la utilización de glucosa y aumenta el metabolismo basal.

Resulta importante mencionar que todo paciente que no lleve una dieta adecuada o modifique su actividad se debe instruir al enfermo o a la familia sobre la aparición de hipoglucemia en presencia de tratamiento farmacológico independientemente si es Insulina o Hipoglucemiante Oral. (1,2,4,6,7,13,26)

Acerca de las complicaciones el paciente debe saber diferenciarlas como ya se mencionó la hipoglucemia es la más común y como se puede restablecer la glucemia al valor normal. Además

debe conocer cualquier otro tipo que modifique su nivel glucémico como lo son modificaciones en el tratamiento, en la actividad física, infecciones asociadas (Infecciones Urinarias la más común), cambios dietéticos, otros. Entre las complicaciones a largo plazo es más importante que aprenda como prevenirlas a través de una evaluación constante vascular, cardíaca, oftálmica, neurológica y el cuidado de los pies sin lugar a dudas es el que más problemas da. No debe olvidarse que el paciente debe conocer cualquier tipo de enfermedad que se relacione o se asocie a su Diabetes y la utilización de fármacos. (1,4,6,8,13,15,21,-22,24,25)

PLAN EDUCACIONAL GENERAL:

Por definición se dice que el Plan Educacional es el medio por el cual se da orientación de una enfermedad al paciente o familia de este, con el cometido de que el paciente comprenda y acepte mejor su problema ante el y su medio externo. (6,16,17)

Se sabe que Educar en salud consiste en la aplicación de principios educativos con el propósito de mejorar las condiciones de salud de un paciente. Educar no es simplemente informar sino que es fundamentalmente promover cambios de conducta en el paciente o su entorno.

Se cree que tanto el enfermo como su familia deber recibir una Educación adecuada sobre la enfermedad que sea orientadora no sólo por el médico sino también a través de un equipo (nutricionista, trabajadora social, etc.) que ayude a orientar sobre el cuidado de la salud y el tratamiento así como la prevención de la misma enfermedad o sus complicaciones. (8,9)

Se conoce por el médico como hacer una evaluación clínica que le ayude a realizar un diagnóstico, tanto la historia clínica y en una de sus partes fundamentales se encuentra el inciso Plan Educacional que debe quedar anotado pero principalmente debe ser dado al paciente ya sea verbal o escrito.

La mejor forma de lograr a transmitir la información que se desea se basa en establecer previamente una adecuada Relación médico - paciente, como relación terapéutica y social: Entendemos la relación entre dos personas condicionada por una estructura social que las envuelve a las dos partes. Es por lo tanto, analizar los valores, creencias, actividades y comportamientos del enfermo y del médico mismo que en ello intervienen.

Detrás del enfermo se encuentran representaciones colectivas (familia, amigos, etc.) de la enfermedad, pero su comportamiento esta más ligado a modelos culturales y a valores que proceden directamente a su clase social. Así detrás del médico encontramos el grupo profesional, al que pertenece; vale la pena decir a la medicina considerada como una institución, el comportamiento del médico esta definido por normas bien precisas que proceden de la institución médico-profesional. Así tenemos que el manejo del paciente debe ser integral y multidisciplinario a través de un instrucción adecuada del paciente sobre su enfermedad y sus repercusiones a corto y largo plazo, objetivo que se logrará al valorar adecuadamente al paciente diabético. (9,19,22)

Por medio de la relación médico-paciente que se establece se tienen que el Plan Educativo es el mejor procedimiento terapéutico y el de mayor aceptación. Así se ha ido notando que la regla de educar al paciente se ha perdido al pasar los años por falta de tiempo para la consulta, la burocracia del ejercicio profesional institucional y el uso en la mayoría de los casos de términos incomprensibles para el paciente por su falta de atención, cultura o simplemente por no entender el idioma. Todos estos son un obstáculo para que el Plan Educativo como tal a pesar de ser dado no cumple su cometido al recibirlo el paciente el cual seguirá ignorando su enfermedad en general. Se sugiere que debe mantenerse una actitud educadora constante con el paciente diabético ya que este pueda que comprenda poco o no

la recuerde al cabo de cierto tiempo, reflejándose en el descuido del tratamiento médico o bien de los cuidados generales (higiénicos, pies) así como de su dieta o actividad diaria física.

En el rol del médico como persona conocedora de la enfermedad incluye una fase educadora y constante no sólo al paciente sino de el mismo paciente como ente pensante, manteniendo con el enfermo una comunicación personalizada e individual.

Por todo lo anterior se tiene que el plan Educativo es la combinación de una serie de actividades informativas así como formativas que proponen crear una conciencia a nivel de salud individual, además de ser un deber social del médico orientar y estimular en cada paciente la acción amplia hacia la protección de su salud como enfermo.

Teniendo presente lo siguiente hacia lo positivo:

"Si lo oigo lo olvido, si lo miro lo recuerdo, si lo hago lo sé".

Aprender haciendo

Aprendizaje por descubrimiento

Aprendizaje mutuo

Aprendizaje por confrontación

Autodirección del proceso

Esto hará del médico que mantenga una actitud siempre al servicio de su paciente con el fin de brindarle siempre la mejor orientación y brindarle una mejor calidad de vida. (5,6,8, 10,11,14,18,20,23,25)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

A pesar que la investigación según sus criterios de conductas, observación y otros hechos tiende a ser de tipo Descriptivo, pero por su tiempo de ocurrencia y registro de información es un estudio Prospectivo, además de registrar la información conforme ocurre el hecho.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se determinó como sujeto de estudio a los pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II considerando que es un grupo de pacientes de alto riesgo a sufrir complicaciones muchas de ellas prevenibles, sin diferenciar que tipo de diabetes. Además se consideró únicamente a los pacientes de consulta externa por ser quienes constantemente se mantienen en comunicación con el médico tratante.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó primero la población la cual es de 1,500 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, para obtener la muestra respectiva que fuera representativa se consultó la tabla de College Outline Series-Tables for Statisticians, Pág. 114. Obteniendo que para un 95% de Confianza con una $P=0.50$ y con un porcentaje de error de $\pm 10\%$, la muestra equivale a 94 pacientes para el estudio, además de tomar en cuenta el tipo de estudio a realizar.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

De inclusión se tomó a los pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II, de sexo masculino y femenino.

E. HIPOTESIS:

El 100% de los pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II recibe Plan Educativo continuo respecto a su enfermedad.

F. VARIABLES:

<u>Tipo de Variable</u>	<u>Conceptual</u>	<u>Operacional</u>
Independientes	* Dieta	Grupos de alimentos (3 - grupos básicos) necesarios para dar un aporte calórico necesario.
	* Actividad	Toda Ejecución de movimientos físicos que se realicen.
	* Tratamiento Farmacológico	Todo medicamento o fármaco que se utiliza con el fin de evitar la hiperglucemia el cual puede ser Insulina o Hipoglucemiante Oral.
Dependiente	* PLAN EDUCACIONAL.	Toda orientación verbal o escrita que se proporcione con el fin de dar

información sobre la enfermedad.

G. RECURSOS:

MATERIALES:

- Consulta Externa del Departamento de Medicina de Adultos del Hospital General San Juan de Dios, Clínica de Endocrinología
- Hojas papel bond (boleta de recolección de datos).
- Lapicero, lápiz, borrador, sacapuntas.
- Máquina de escribir.
- Papel Copia.

HUMANOS:

- Estudiante-Investigador de 6to. Año de la Carrera de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Pacientes que consulten a la clínica de Endocrinología con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II.

H. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para recolectar los datos y evitar confusión y demora en la entrevista que se tubo con los pacientes, a quienes se les hizo una serie de preguntas (cuestionario) que incluyó la mayor información posible (ver anexo No. 1)

Para el trabajo en general y poder entrevistar a los pacientes se habló con Médico Jefe del Departamento de Consulta Externa de Adultos así como con los médicos que ven la consulta de pacientes diabéticos, quienes estuvieron de acuerdo con la

información que se recolectó.

Al tener la autorización por la comisión de tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala y posteriormente del comité de Investigación del Hospital General San Juan de Dios el **Investigador-Estudiente se encargó de pasar el cuestionario** preguntando a cada uno de los pacientes entrevistados, por ser este (Investigador-Estudiente) quien tiene conocimiento del tema y de la investigación.

I. EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

Desde el inicio de la preparación de la investigación el estudiante-investigador realizó las actividades como elección del tema, determinó en que tipo de pacientes y en que lugar o centro llevaría a cabo la investigación bajo asesoramiento, así también fue el investigador-estudiante quien concluyó el trabajo de investigación al efectuar el trabajo de campo. Se hizo además uso de bibliotecas, libros, etc., para planificar esta investigación.

A continuación se presenta una gráfica de Gantt en la que se incluye desde la primera actividad hasta la entrega del informe final. Ver adjunto.

GRAFICA DE GANTT.

No.	TIPO DE ACTIVIDAD	E				F				M				A			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Se investigó sobre el tema.	■															
2	Delimitó el Tema, Título y subtítulo.	■															
3	Se llenó Forma 2, para aprobación Tema.		■														
4	Se efectuó Revisión bibliográfica.			■													
5	Se delimitó muestra, se concluyó protocolo.				■												
6	Presentación protocolo Asesor y Revisor.					■											
7	Aprobación Protocolo por U.S.A.C. y HGSJD.						■										
8	Trabajo de Campo.							■									
9	Tabulación de Resultados y elaboración Informe Final.								■								
10	Presentación Informe Final Asesor y Revisor.									■							
11	Aprobación del Informe Final por HGSJD y la U.S.A.C.										■						
12	Fecha de graduación.												■				

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Para la presentación de datos que se obtuvieron al final de la investigación se elaboraron tres cuadros y una gráfica, para la mejor comprensión de la información recolectada a través de la boleta de datos.

Además de dió un punteo a cada pregunta del cuestionario (4 puntos cada una), a fin de que cada pregunta tuviera un valor igual y que al sumar las 25 preguntas obtener 100 puntos.

El 100 por ciento se distribuyó de la siguiente forma al tener un punteo final cada paciente:

0 - 25 puntos	=	Conocimiento Malo.
25 - 50 puntos	=	Conocimiento Regular.
50 - 75 puntos	=	Conocimiento Bueno.
75 -100 puntos	=	Conocimiento es Excelente (Muy Bueno).

La información que se obtuvo al terminar de calificar a to dos los pacientes se elaboró una gráfica (ver gráfica No. 1), la cual muestra que porcentaje de estos pacientes en realidad conoce su enfermedad y que porcentaje no, esto evaluará si reci be o no Plan Educativo Adecuado y constante.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES
MELLITUS POR EDAD Y SEXO. DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA
DE ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.
GUATEMALA 5 AL 19 DE MARZO DE 1993.

Intervalo de Edad	Sexo		TOTAL	
	Femenino	Masculino	No.	%
14 - 23	2 2%	2 2%	4	4%
24 - 33	3 3%	1 1%	4	4%
34 - 43	14 15%	2 2%	16	18%
44 - 53	18 19%	4 4%	22	26%
54 - 63	24 26%	4 4%	28	30%
64 - 73	13 14%	3 4%	16	18%
74 - y más	3 3%	1 1%	4	4%
TOTAL	77 82%	17 18%	94	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 2

INFORMACION RECIBIDA POR EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO
DE DIABETES MELLITUS TIPO I Y II EN EL DEPARTAMENTO
DE CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS.
GUATEMALA 5 AL 19 DE MARZO 1993.

No. Veces que el paciente recibió información	No. de pacientes	%
Ninguna vez	30	32 %
1 vez	9	10 %
1 - 2 veces	9	10 %
2 - 4 veces	19	20 %
Cada Consulta	27	28 %
TOTAL	94	100 %

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 3

AÑOS QUE LLEVA EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO I Y II, TRATADO COMO TAL EN EL
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.
GUATEMALA 5 AL 19 DE MARZO 1993.

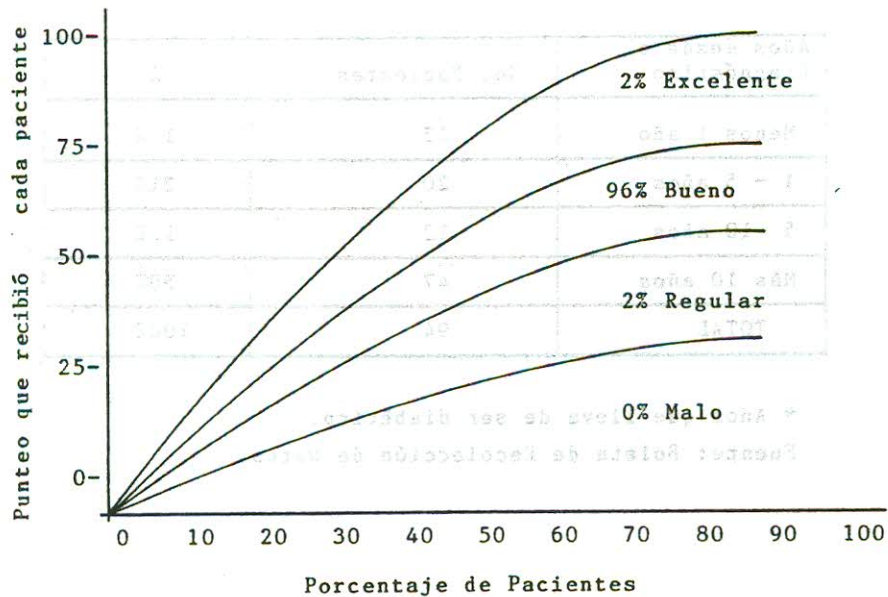
Años desde el Diagnóstico	No. Pacientes	%
Menos 1 año	15	16%
1 - 5 años	20	21%
5 -10 años	12	13%
Más 10 años	47	50%
TOTAL	94	100%

* Años que lleva de ser diabético.

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 1

GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO
DE DIABETES MELLITUS TIPO I-II SOBRE SU ENFERMEDAD.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS DEL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS.
GUATEMALA 5 AL 19 DE MARZO DE 1993.



Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación determinó los siguientes resultados: En el paciente con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II, al evaluar el Plan Educativo que reciben, de la muestra total de 94 pacientes (100%) se obtuvo que 77 (62%) correspondió al sexo femenino y 17 (18%) al sexo masculino (Cuadro No. 1), encontrándose la mayoría entre los 43-63 años de edad.

Se demuestra que 94 (100%) pacientes únicamente 30 (32%) nunca habían recibido Plan Educativo sobre su enfermedad; pero 64 (68%) recibieron por lo menos una vez información sobre su enfermedad. (Cuadro No. 2)

Respecto a los años que lleva el paciente de ser diabético desde su diagnóstico (Cuadro No. 3) se obtuvo que 47 (50%) de los pacientes llevan 10 años o más de ser diabéticos, 20 (21%) con 1-5 años, 15 (16%) con menos de un año y sólo 12 (13%) con 5 a 10 años; esto refleja que la mitad del grupo estudiado lleva el mayor tiempo de padecer su enfermedad.

Se determinó además que 92 (98%) sabían el nombre correcto de su enfermedad y 2 (2%) no sabían como se llamaba la enfermedad. Respecto a la etiología de la Diabetes Mellitus sólo 58 (62%) de los pacientes supo la causa de su diabetes y 36 (38%) nunca habían recibido información sobre esto.

El número de hospitalizaciones fue positivo en 50 (53%) de los pacientes y 44 (47%) nunca habían estado hospitalizados.

De estos 50 pacientes hospitalizados 47 (94%) les habían explicado la causa de estas y sólo 3 (6%) de los pacientes no sabían la causa.

En cuanto al tipo de complicaciones secundarias a la Diabetes Mellitus 41 (44%) de los pacientes conocían complicaciones agudas y crónicas a través del Plan Educativo y 53 (56%) no

habían recibido información sobre esto.

De 94 (100%) sólo 30 (32%) presentaban alguna complicación secundaria de la Diabetes Mellitus y 64 (68%) no tenían ninguna complicación al momento de pasar el cuestionario.

En relación con el tratamiento farmacológico 49 (52%) usaban Insulina, 36 (38%) Hipoglucemiante Oral y 9 (10%) se controlaban con dieta.

De los 85 pacientes con tratamiento farmacológico 84 (99%) sabían como usar su tratamiento y 1 (1%) no le habían explicado. Asimismo se encontró que 67 (79%) no sabían efectos secundarios del fármaco y únicamente 18 (21%) habían recibido esta información.

La Dieta, solo 52 (55%) pacientes la llevaban y 42 (45%) no sabían que debían llevar dieta y además no podían llevarla. Además 86 (91%) de los pacientes sabían que alimentos no se recomendaban en la dieta de diabético y 8 (9%) no sabían esto.

En cuanto a la actividad, los resultados fueron 61 (65%) de diabéticos tenían actividad moderada, 15 (16%) libre, 17 (18%) poca actividad y sólo 1 (1%) era sedentaria.

74 (79%) de los pacientes habían recibido información sobre higiene y cuidados de los pies y sólo 20 (22%) no la habían recibido. Estos 20 pacientes llevaban de diagnóstico de 1-5 años.

Se determinó que 39 (41%) de los pacientes tienen control en Consulta Externa cada dos meses, 27 (29%) cada tres, 26 (28%) son citados cada 15 días a 1 mes y únicamente 2 (2%) son citados cada semana.

Del total de pacientes entrevistados, 61 (65%) de los pacientes la familia conoce y ha recibido Plan Educativo sobre la enfermedad y 33 (35%) ningún familiar sabe sobre la enfermedad. Asimismo sólo 28 (30%) de los pacientes reciben cuidado por algún familiar y 66 (70%) se controlan ellos solos sin re-

querir de algún familiar.

54 (57%) de los pacientes referían padecer otra enfermedad de estos 22 (41%) sabían si había relación con Diabetes y 32 (59%) no sabían si existía relación; 40 (43%) del total de la muestra no presentaban ninguna otra enfermedad al momento del estudio.

El uso de otros fármacos sólo 4 (4%) pacientes sabían que no debían tomar nada sin prescripción médica y 90 (96%) nunca les habían informado nada sobre el uso de cualquier otro fármaco.

Los datos obtenidos de la pregunta No. 25 fueron que, 84 (90%) de los pacientes consideraban a la Diabetes Mellitus una enfermedad Mala pero controlable con medicina y la dieta, 7 (7%) de los pacientes dijeron que era muy Mala aún con un control estricto y 3 (3%) de los pacientes contestaron que no sabían que decir de la enfermedad.

Al obtener el punteo final de cada paciente se encontró que 2 (2%) de los pacientes tenían un conocimiento Regular, 2 (2%) un conocimiento excelente y 90 (96%) de los pacientes que fue la mayoría, habían obtenido un conocimiento Bueno de la enfermedad (Gráfica No. 1).

Los datos obtenidos en este estudio dan una idea cualitativa del conocimiento que el paciente con Diagnóstico de Diabetes Mellitus ha adquirido por medio del Plan Educativo que recibe en Consulta Externa.

IX. CONCLUSIONES

1. Se determinó que el Plan Educativo que recibe el paciente con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II es Bueno
2. Se determinó que el paciente con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II tiene el conocimiento básico de su enfermedad y principalmente de su tratamiento, así como en la prevención de complicaciones.
3. Se determinó que el tiempo más frecuente desde el Diagnóstico es de 10 años y más.
4. El grupo de pacientes que llevan 10 años o más desde su Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I-II son los que mejor conocen su enfermedad y quienes presentaban menos complicaciones.
5. Se determinó que el paciente diabético aprende a llevar un autocontrol de su enfermedad independientemente si la familia tiene o no el conocimiento de esta, el tratamiento y la propia evolución de la enfermedad no mejoró en los casos que la familia se encarga del paciente diabético.

X. RECOMENDACIONES

Después de haber analizado los resultados del presente trabajo se recomienda:

- A. Integrar un grupo Multidisciplinario (médico, nutricionista, psicólogo, etc.) que proporcione información 1 vez al mes mínimo al grupo de pacientes diabéticos.
- B. Proporcionar información verbal y/o escrita (de fácil comprensión para el paciente alfabeto y analfabeto) en el momento que se haga el diagnóstico, o en la primera consulta
- C. Involucrar al propio paciente concientizandolo sobre su enfermedad para que busque información y pueda adquirir el conocimiento que le ayude, principalmente a prevenir complicaciones propias de la enfermedad pero que se pueden retardar.
- D. Al médico no olvidar mantener una relación médico paciente y especialmente su parte fundamental como educador o informador en salud.

II. RESUMEN

El presente estudio de investigación se llevó a cabo con 94 pacientes ya Diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo I-II que asistieron a su control al Departamento de Consulta Externa de Adultos de Hospital General San Juan de Dios.

Se hizo una serie de 25 preguntas a cada paciente que incluía el cuestionario.

El objetivo principal de este estudio era determinar, al evaluar el Plan Educativo que recibe el paciente diabético sobre su enfermedad si es adecuado o no, esto en base a que toda enfermedad y muy especialmente la Diabetes Mellitus por su evolución crónica se pueden prevenir muchas complicaciones únicamente con que el paciente conozca mejor su enfermedad, tratamiento y como retardar cierto tipo de complicaciones. Pero principalmente darle al paciente a través de la orientación que recibe por medio del Plan Educativo una expectativa de vida con una mejor calidad de esta y un mejor autocontrol y aceptación de su enfermedad.

Después de obtenidos los resultados se hizo una relación con el total de la muestra (94 pacientes = 100%) y se concluyó en que 90 (96%) de los pacientes presentaban un conocimiento Bueno sobre su enfermedad, 2 (2%) el conocimiento es Regular y 2 (2%) el conocimiento es excelente, esto indica que la mayoría de pacientes han recibido un Plan Educativo adecuado.

XII. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. Bernal, Matilde et. al. Manual de Normas y técnicas administrativas del programa de Diabetes Mellitus. Organización Panamericana de La Salud. Serie Paltex, No. 2, Washigton, D.C. 1988, págs. 1,3,23,39,42,50,60,83.
2. Bernard, N. et. al. Diabetes Mellitus and Obesity. Editorial Williams & Wilkins. Baltimore/London 1982. Págs. 48, 185, 400, 462, 508, 712, 722.
3. Braunwald, et. al. Principios de Medicina Interna. Editorial Interamericana, Mc. Graw-Hill. México, 1990. 7a. edición español, Volumen II. Págs. 2167-2189.
4. Claiborne D.W., et. al. Manual de Terapeutica Médica. Editorial Salvat, S.A. 7a. edición, Barcelona España 1990 Págs. 4-59, 479.
5. Chávez M, Albin. Diseño, desarrollo, implantación y difusión de un programa de Educación Continua en Farmacoterapia y Prescripción Racional de Medicamentos. Editorial Caja Costarricense del Seguro Social Departamento de Farmacoterapia. San José Costa Rica 1990. Págs. 17, 70.
6. Dubach, v.c., et.al. Comprensión de la Enfermedad por parte del Paciente en los Consultorios Externos. Med. Alem (Buenos Aires) 18 (12): 2515-2526, 1,977.
7. Duncan, Garfield. Principles and Tratment Diabetes Mellitus. Ed. W.B. Saunder Company, 1951 Págs. 22-27, 92-111 176-210.

8. Editorial. Qué Debemos Decirle a los Enfermos sobre sus Medicamentos. Bol. Med. Ter. (Bogotá) 19 (19): 15-16; 1981.
9. Ferrara, F. et.al. Medicina de la Comunidad. Ed. Interamericana, Buenos Aires Argentina, 1972. Págs. 299-300.
10. Ferraz, L. et.al. Statement on Medical Education in Europe. Medical Education. 24 (1): 78-89; January 1990.
11. Floran, Monribot L. Estado Mental del Paciente Hospitalizado. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas. U.S.A.C. Nov. 1973. 60 páginas.
12. Gale. J. The Role of the Routine Clinical History. Medical Education. 18 (2): 96-100; March 1984.
13. Goodman, A. et.al. Las bases Farmacológicas de la Terapéutica. Ed. Panamericana, 7a. edición, Págs. 1412-1430.
14. Guilbert, J.J. How to devise Educación Objetives. Medical Education. 18 (3): 134-141; May 1984.
15. Guillauseau, Pierre J. Hipoglucemias del Adulto. Problemas Cotidianos de la Diabetes. Folleto, Laboratorio, Laboratories Servier-Francia, Guatemala, 1990. Págs. 3-11.
16. Lain, Entralgo. La Relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría. Ed. Castilla, Madrid. 1964. Págs. 410-415, 422, 442.
17. Maya, Juan Carlos. El Médico Informa Adecuadamente a sus Pacientes. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 97 (1): 26-31; Julio 1984.

18. Morales N., Humberto. La Formación del Médico para Acciones en los Sistemas Locales de Salud. Educación Médica y Salud. 24 (4) : 363-375; Oct-Dic 1990.
19. Olson, O.C. Diagnosis and Mangement of Diabetes Mellitus Lea & Febiger. Philadelphia, 1981. Págs. 54-55, 76-78, 86-91.
20. Paradiso, Juan Carlos. Grupos Operativos en Educación Para la Salud, Experiencia en el Hospital "A. Zatti", Viedma Argentina. Educación Médica y Salud. 24 (4): 404-411; Oct - Dic. 1988.
21. Reyes C., Alfonso. Neuropatías Periféricas. Boehringer Pro meco. 1 (3) : 13-14; México D.F. Págs. 850-857.
22. San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad. Ed. Copilco, S.A. México D.F., 4a. edición, 1981. Págs. 850-857.
23. Sobral. D.T. Learning the Educador Role. Medical Education 23 (1): 70-76; Nov. 1992.
24. Sleeman, M. et. al. Effects of Acute and Chronic Infusions on Glucose Tolerance and Insulin Sensitivity in Diabetic. Diabetes. 41 (11) : 1446-1462; Nov. 1992.
25. Waitzkin, H. et. al. Comunicación de Información acerca de la Enfermedad. Consideraciones Clínicas, sociológicas metodológicas. Actual Psicol. (La Habana). 2 (2): 3-59; 1980.
26. Wyngaarden, J. et. al. Cecil, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, México, D.F., 1987. 17a. edición, Tomo II, Págs. 1471-1495.

XIII. ANEXO

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
 CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS

ANEXO NO. 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS:

Fecha: _____ Hora: _____ No. Historia Clínica: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M F

1. Cuantas veces le han explicado su enfermedad:
 Ninguna 1 1-2 2-4 cada vez que consulta
2. Sabe como se llama su enfermedad: Sí No Como _____
3. Sabe o le han explicado porqué se produce: Sí No
4. Donde le Diagnosticaron por primera vez su enfermedad:
 Hosp. Nac. Cuál _____ Médico Particular No sabe
5. Cuantos años lleva de ser diabético: Menos de 1 año
 1-5 años 5-10 años Más de 10 años
6. Ha tenido que hospitalizarse alguna vez: Si No Cuantas _____

7. Le explicaron la causa de las hospitalizaciones: Si No
 Porque _____
8. Sabe que tipo de complicaciones puede tener por su enfermedad: Si No Cuales _____
9. Padece actualmente usted de alguna complicación: Si No
 Cual _____
10. Qué medicamento utiliza para controlar su Diabetes Mellitus:
 A.HO B.INSULINA C.LOS DOS D.NINGUNO
11. Le han explicado algún(os) efectos secundarios que produce su medicamento: Sí No Cuales _____

12. Sabe como debe tomar su medicamento: Sí No Cómo _____
13. Le han dicho porqué tiene que tomar este tipo de medicamento
Sí No Porqué _____
14. Lleva alguna dieta: Sí No
15. Le han explicado que alimentos no debe incluir en su dieta:
Sí No Cuales _____
16. Qué tipo de actividad lleva: Sedentaria Poca actividad
Moderada actividad Actividad Libre
17. Sabe que debe hacer si cambia de actividad: Sí No Qué-

18. Le han explicado sobre su higiene personal y el cuidado de
los pies: Sí Cuales _____
No
19. Con que frecuencia asiste a controles:
Cada semana cada 15 días cada 2 meses
más de 3 meses
20. Le han explicado a sus familiares sobre su enfermedad:
Sí No
21. Influye directamente algún miembro de su familia en el cuida-
do de su tratamiento: Sí No.
22. Padece de alguna otra enfermedad: Sí No Cual _____
23. Sabe usted si existe relación con su diabetes: Sí No
Cuál _____
24. Le han dicho en alguna ocasión que medicamentos no puede to-
mar por su diabétes: Sí No Cuales _____
25. Cómo considera usted su enfermedad:

OBSERVACIONES: _____

