

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

POST GRADO EN ENFERMERIA



PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR
POR EL ADULTO CON DIABETES

TESIS

QUE PARA EL GRADO DE

Maestria en Enfermería con Especialidad
en Salud Comunitaria

PRESENTA

ADRIANA GPE. GONZALEZ RODRIGUEZ

ASESOR:

LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES

MONTERREY, N. L.

MAYO 1995

TM

Z6675

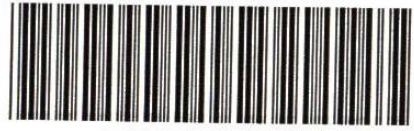
.N6

FEn

1995

G6

0095 - 83460



1020090159

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
POST GRADO EN ENFERMERIA**

**PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR
POR EL ADULTO CON DIABETES**

**TESIS QUE PARA EL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

P R E S E N T A

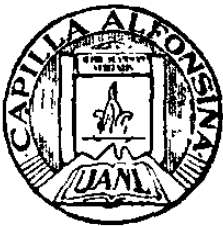
ADRIANA GPE. GONZALEZ RODRIGUEZ.

ASESOR: LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES.



MONTERREY, N.L. Mayo 1995.

TM
Z6675
.NG
FEn
1995
G6



FONDO TESIS

Decisión del Jurado

MIEMBROS DEL COMITE DE TESIS

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de tener ésta *gran* experiencia.

A mi hijo José Manuel porque él es el principal estímulo para superarme.

A Manuel y Socorro por ser como ellos son y tenderme la mano siempre.

A José quien me ha enseñado que nuestra función no termina nunca y quien me ha inculcado el espíritu de superación constante.

La vida es un acto
de elevación, conformarse
con lo que uno es, sin
tratar de superarse,
significa renunciar
al derecho de vivir
con plenitud.

Sra. Socorro Rodríguez U.

AGRADECIMIENTO

A la maestra Esther C. Gallegos Cabriales por enseñarme a comprender la trascendencia de la investigación y por la asesoría invaluable de la presente tesis.

A mis maestros de la Facultad de Enfermería de Post-Grado a todos ellos muchas gracias.

A la fundación Kellogg's por brindarme la oportunidad de cursar esta maestría.

Al Dr. Marco V. Gomez M. por el apoyo estadístico brindado para el procesamiento y análisis de datos.

Al personal administrativo del Hospital Metropolitano y de la Escuela de Enfermería de la Subsecretaría Estatal de Salud por todo el apoyo que me brindaron para el desarrollo de la Maestría.

Mil Gracias a todos.

INDICE GENERAL

<i>Dedicatoria</i>	i
<i>Agradecimiento</i>	ii
<i>Indice General</i>	iii
<i>Lista de Graficas</i>	v
CAPITULO I	
INTRODUCCION	
	1
<i>Planteamiento del Problema</i>	4
<i>Hipotesis</i>	6
<i>Objetivos</i>	7
<i>Importancia del Estudio</i>	7
<i>Limitaciones del Estudio</i>	9
<i>Definición de Términos</i>	9
CAPITULO II	
MARCO DE REFERENCIA	
	11
<i>Padecimientos Crónicos</i>	11
<i>Diabetes</i>	16
<i>Investigaciones sobre Familia</i>	18
<i>Síntesis</i>	19

CAPITULO III

METODOLOGIA 21

Sujetos 21

Material 22

Procedimiento 23

Etica del estudio 25

CAPITULO IV

RESULTADOS 27

Análisis de Datos 49

CAPITULO V

DISCUSION 53

Conclusiones 56

Recomendaciones 57

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 59

APENDICE A Encuesta a paciente diabético.

APENDICE B Encuesta a familiar de paciente diabético.

APENDICE C Codificación.

APENDICE D Instructivo.

LISTA DE GRAFICAS

Número		Página
1	Pacientes diabéticos por grupos de edad.	28
2	Pacientes diabéticos por sexo.	29
3	Pacientes diabeticos por estado civil.	30
4	Pacientes diabeticos por nivel de escolaridad.	31
5	Pacientes diabéticos por nivel de glucosa.	32
6	Pacientes diabéticos por años de diagnostico de D.M.	33
7	Pacientes diabeticos y apoyo familiar percibido por la ayuda material.	35
8	Pacientes diabeticos y apoyo familiar percibido por la retroalimentación.	36
9	Pacientes diabéticos y apoyo familiar percibido por tipo de asistecia	38
10	Pacientes diabéticos y apoyo familiar percibido por la interaccion familiar.	39
11	Pacientes diabéticos y apoyo familiar percibido por la guía-enseñanza.	41
12	Pacientes diabéticos y conocimiento sobre Demanda de Autocuidado Terapeutico.	42
13	Familiar del paciente diabético por grupos de edad.	43
14	Familiar del paciente diabético por sexo.	44
15	Parentesco del familiar con paciente diabético.	45
16	Familiar del paciente diabético por nivel de escolaridad.	46

17	Familiar del paciente diabético y conocimiento sobre demanda de autocuidado terapéutico.	48
----	--	----

CAPITULO I

INTRODUCCION.

Las enfermedades crónicas son un grave problema de salud en prácticamente todos los países del mundo ya que constituyen una de las principales causas de incapacidad. las que generan alteraciones en el desarrollo y funcionamiento del adulto. La economía de los países también se afecta ya que son los adultos económicamente activos quienes por los padecimientos crónico disminuyen sus días activos de trabajo, en consecuencia la economía de la familia también se altera.

La diabetes mellitus (DM) como enfermedad crónica es de interés de la salud pública por afectar a un grupo importante de la población. Como padecimiento crónico-degenerativo la DM puede abordarse bajo los criterios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno y y limitación de las complicaciones.

Desde este punto de vista, las personas que sufren o están en riesgo de sufrir la DM recurren a los servicios de atención primaria, secundaria o terciaria. La enfermera comunitaria, quien focaliza la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y sus complicaciones, desempeña un papel importante en el cuidado que requieren estos pacientes principalmente para disminuir los riesgos, mantener bajo control el padecimiento y disminuir las complicaciones. Todo esto con el principio de promover una mejor calidad de vida al diabético.

Es frecuente encontrar que la DM afecta el cumplimiento de las actividades de la vida

diaria de los pacientes quienes requieren de un apoyo constante por parte de un miembro de la familia o de un profesional de enfermera. El tipo y cantidad de ayuda que requiere el diabético dependerán del grado en que puede satisfacer las necesidades que se generan por el padecimiento, mas las necesidades básicas que como ser humano experimenta. Estas necesidades se agudizan conforme el padecimiento deteriora el funcionamiento del paciente, sobretodo cuando no se observa en forma estricta el tratamiento médico, apresurando los procesos degenerativos. Es entonces cuando la familia juega un papel decisivo en el control del paciente diabético.

Se conoce que la causa mas frecuente de ingreso del paciente diabético al segundo nivel de atención es por descompensación manifestada por cetoacidosis o necrobiosis diabética. En un hospital de segundo nivel de atención del área metropolitana de Monterrey se observó que de los pacientes que ingresan con diagnostico de DM tipo II el 20 porciento presentan complicaciones que los lleva a la amputación. En el 80 porciento de los casos la amputación fué por pie diabético (Pulido, 1992).

Esta situación es un grave problema que debe abordarse desde el primer nivel de atención donde se detecta, controla y educa al paciente. Aquí se debe de considerar a la familia quien juega un papel muy importante en su función del cuidado a la salud.

Para controlar en forma satisfactoria los padecimientos crónicos los pacientes deben generar cambios en aspectos que se determinan por el régimen terapéutico. Schmieder (1987), señala que el no llevar a cabo el tratamiento prescrito se presenta en un 30 a 50 porciento de los pacientes con enfermedades crónicas. En esta conducta influyen factores como: la complejidad, duración y magnitud del cambio impuesto por el régimen, las inconveniencias clínicas, la insatisfacción del paciente, las creencias de salud y la falta de

apoyo social o institucional.

La DM es un padecimiento crónico cuya prevalencia a nivel mundial se calcula en 1.2 por ciento; a nivel occidental la prevalencia es de seis por ciento, porcentaje que se eleva a 16 en personas mayores de 65 años (OPS, 1985). En el caso de México se sabe que 1.6 millones de personas son diagnosticadas con DM, y otros 2.4 millones no son diagnosticados (Rodríguez, 1991). Si se considera a los diagnosticados y no diagnosticados se estima que en más del 85 por ciento de los casos, la DM se inicia en la madurez y que además esta estrechamente vinculada con el estilo de vida sedentario, la reducción del ejercicio y la obesidad.

La alta incidencia de la DM hace necesario estudiar los factores que pueden influir para que el paciente cumpla con su régimen terapéutico. En esta forma se puede evitar que llegue a complicaciones que deterioren su estado de salud. Los factores que favorecen el desapego al tratamiento son múltiples. Sin embargo y de acuerdo a los estudios que hay en este campo, resulta importante valorar la educación del paciente diabético, la aceptación y conocimiento que tiene de la enfermedad, así como los aspectos económicos y disponibilidad de los servicios médicos como factores que favorecen el control. En estos aspectos hay influencia de la familia y en el apoyo que esta ofrece al paciente diabético.

El Programa Nacional de Detección y Control de Diabetes Mellitus de la Secretaría de Salud se centra en la orientación y educación que se le da al paciente para que se controle por él mismo. Este programa no considera a los miembros de la familia a pesar de que los hábitos y costumbres se adquieren dentro de la familia y se comparten por todos sus integrantes. Dichos hábitos influyen directamente para que el paciente cumpla con su régimen terapéutico, razón por la cual se justifica explorar la participación que la familia

tiene con el paciente diabético.

El problema de desapego del paciente al tratamiento se ha estudiado desde varios enfoques. Rusell (1988), estudió a 127 pacientes con D.M. tipo II y valoró la influencia del apoyo familiar en el seguimiento terapéutico del paciente diabético y encontró que existe una relación positiva entre el apoyo familiar y el seguimiento de la dieta y cumplimiento de la rutina de ejercicio.

Schafer, Mc. Caul y Glasgow (1986), estudiaron el apoyo familiar y su relación con los niveles de hemoglobina glucosilada en pacientes con D.M. tipo I con dos grupos uno de adolescentes y otro de adultos. Los autores encontraron que existe una relación positiva entre el apoyo familiar y el cumplimiento y control metabólico en el adulto.

Los resultados que muestran la mayoría de las investigaciones así como la experiencia en la práctica sugieren que la familia es un factor importante para el control de padecimientos crónicos, como es el caso de la D.M. tipo II. En función de ello se planteó la pregunta de investigación, base del presente estudio: ¿Qué influencia tiene el apoyo familiar percibido y el grado de conocimiento que posee el paciente diabético para que cumpla con su régimen manteniendo sus niveles de glucosa en límites normales y no presente complicaciones?. Para responder a ésta pregunta se aplicó cuestionario por entrevista directa a pacientes diabéticos en control ambulatorio y hospitalizados con amputación así como al familiar mas cercano se le aplicó otro cuestionario.

Planteamiento del problema.

El incremento en las tasas de morbi-mortalidad por D.M. es evidente, la enfermedad conlleva altos riesgos para que el paciente se complique, prueba de esta tendencia es el incremento de las hospitalizaciones por complicación de la diabetes en el hospital donde se

llevó a cabo este estudio. Como se dijo anteriormente del total de amputaciones que se registran, el 80 por ciento se deben a pie diabético y el 20 por ciento a insuficiencia arterial (Pulido, 1992). Algunos factores como la edad, obesidad, mal nutrición y trastornos vasculares pueden contribuir a que se presenten infecciones en las heridas y por consecuencia se incremente el riesgo de amputación.

García de Alba (1989), encontró que en el país de México la incidencia de D.M. se estima en 2 a 3 por ciento en la población general mientras que estudios en el área metropolitana de Nuevo Leon reportan cifras del 10.3 por ciento como en el caso de Cd. Guadalupe y del 5.6 por ciento en Apodaca (Subsecretaria Estatal de Salud en N.L., 1990).

Estos datos de incidencia sobre D.M. reflejan que el problema es de una magnitud importante que debe de abordarse en el primer nivel de atención, en donde el papel de la enfermera comunitaria es vital ya que como estrategia de atención mediante una orientación adecuada puede integrar a la familia en la atención al paciente diabético. La finalidad de integrar a la familia en el cuidado del diabético es que aprenda y participe en la satisfacción de necesidades, detección de signos de alarma y prevención de complicaciones; estas actividades darían cumplimiento a la función familiar del cuidado a la salud de sus miembros. Además dentro de las funciones de la familia se tiene la de iniciar y coordinar los servicios de salud que prestan los diversos profesionales (Friedman, 1986).

Existe poca investigación sobre la relación del paciente diabético y la familia, en algunas investigaciones se enfocan a el control y los cuidados realizados por el propio paciente (Cárdenas, 1988; García de Alba, 1988; Ramírez Gómez, 1986).

Las normas de atención al diabético formuladas por las instituciones de salud hacen que en un primer nivel de atención se brinde la orientación y educación al diabético hacia el

control por ellos mismos y no incluye a miembros de la familia. Las razones que se mencionaron anteriormente justifican plenamente explorar la participación que la familia tiene con el paciente diabético ya que los hábitos y costumbres son comunes en todos los integrantes e influyen directamente para que el paciente cumpla con su régimen terapéutico.

La finalidad del presente estudio es determinar el apoyo familiar percibido por el paciente y el nivel de conocimiento sobre demanda de autocuidado terapéutico y su relación con el control y complicaciones por diabetes.

Hipótesis.

Se plantearon dos hipótesis de investigación:

Hi = Existe relación entre el conocimiento de los miembros de la familia y del propio paciente sobre la demanda de autocuidado terapéutico y el riesgo de pie diabético.

Ho = No existe relación entre el conocimiento de los miembros de la familia y del propio paciente sobre la demanda de autocuidado terapéutico y el riesgo de pie diabético.

Hi = Existe relación del apoyo familiar percibido por el paciente diabético y el riesgo de pie diabético.

Ho = No existe relación entre el apoyo familiar percibido y el riesgo de pie diabético.

Variables.

Variable Dependiente .- Nivel de control según mediciones de niveles de glucosa sérica.

Variable Independiente .- Conocimiento sobre demanda de autocuidado terapéutico y apoyo familiar percibido.

Objetivos.

1. Identificar cuales son los aspectos del cuidado a la salud que el paciente percibe le brindan sus familiares para ayudar a mantener su nivel de glucosa normal.
2. Identificar si el conocimiento que posee el paciente y el familiar sobre demandas de autocuidado terapéutico por diabetes, influyen en la presencia de pie diabético.

Importancia del estudio.

La frecuencia y la gravedad de las complicaciones por la DM se ha incrementado en los últimos años. Teóricamente si el paciente diabético se apega a las indicaciones médicas el riesgo de complicaciones es bajo. Por otro lado, se reconoce que para llevar a cabo los cambios que se requieren por dicho tratamiento, la familia como grupo primario debiera participar activamente en promover y mantener dichos cambios que implican integrar nuevas rutinas y desechar otras que son nocivas a la salud del diabético.

Hasta donde se tiene información en la actualidad, los procesos que experimentan las familias no son conocidos lo suficiente como para que la enfermera comunitaria intervenga para facilitarlos. De aquí que determinar el nivel de conocimiento del diabético sobre su padecimiento y las formas concretas de ayuda por parte de la familia es trascendental para que la enfermera comunitaria pueda proponer tecnologías de trabajo más efectivas.

La orientación o información que recibe el paciente diabético por parte del personal de la salud puede no ser suficiente o comprensible para modificar conductas y evitar así llegar a la amputación. Esto hace necesario ahondar el problema a nivel familiar y conocer mejor los procesos que siguen, paciente y familia para seguir el tratamiento y para disminuir los riesgos de complicación.

La DM se diagnostica cada vez más en personas de menor edad, esto hace que el grupo de diabéticos sea cada vez más numeroso con todas las implicaciones que ello conlleva, tanto para los servicios de salud como para las familias y para los propios individuos. En las comunidades urbano-marginadas del área metropolitana de Monterrey la captación de diabéticos se hace más en el grupo de ancianos y con menor frecuencia en el adulto joven y el maduro. Esta tendencia se explica por la incompatibilidad entre las formas de trabajo de la institución de salud y las rutinas de vida del adulto económicamente activo. Al conocer la forma en que la familia puede participar en el mantenimiento y control del diabético, estos grupos de adultos jóvenes y maduros se beneficiarán.

Con los resultados de esta investigación podrá darse apoyo para que la enfermera comunitaria defina una herramienta de trabajo que le permita tener un control más estricto del paciente diabético y del familiar que mejor pueda ayudar en mantener su control y así evitar complicaciones. Al establecer la enfermera comunitaria una metodología de trabajo para el paciente diabético podrá adaptar ésta a enfermos con otros padecimientos crónicos como la tuberculosis pulmonar y la hipertensión arterial.

Como se mencionó anteriormente existe alteración en el control de pacientes diabéticos económicamente activos que no asisten al control de su DM por el sistema propio de vida que tienen, en estos casos se podrá aprovechar más al recurso familia como elemento ideal para proveer el cuidado a la salud.

En resumen la presente investigación contribuye al conocimiento disciplinario de la enfermería en general y en particular a la especialidad en salud comunitaria en el aspecto del estudio del individuo diabético que constantemente se complica, incorporando a la familia como principal proveedor del cuidado a la salud.

Limitaciones del estudio.

La muestra fue de conveniencia por lo que se restringió a un grupo de pacientes que acudieron a un hospital de segundo nivel en un lapso de dos meses y medio por lo que no puede generalizarse a todos los pacientes que acuden a la consulta de control o que se encuentren hospitalizados por amputación, por no haberse hecho una selección de la muestra en forma aleatoria.

Los instrumentos se elaboraron por la autora específicamente para la investigación, por lo que no se establece validez ni confiabilidad, solo se prueba para comprensión de los ítems y verificar su practicidad en la aplicación.

Los sujetos del estudio corresponden a tres municipios del área metropolitana por lo que de ninguna manera se pueden generalizar los resultados al área metropolitana. El margen de error se puede atribuir a otro tipo de variables fuera de control del estudio.

Definición de términos.

Apoyo Familiar Percibido. Conjunto de acciones e intenciones que el paciente reconoce ejerce su familiar para mantener su diabetes en control y evitar complicaciones por pie diabético.

Demanda de Autocuidado Terapéutico (DAT). Cuidados que requiere el paciente diabético en base a los requisitos universales, del desarrollo y derivados de la desviación de la salud. La demanda de autocuidado terapéutico se determina por la diferencia entre lo que el enfermo requiere y lo que puede hacer por sí mismo (Orem, 1991).

Conocimiento sobre DAT. Capacidad de la persona (paciente y familiar) para identificar las demandas de atención del paciente y la posibilidad de que la satisfaga por él mismo o por el familiar.

Glucosa Plasmática. - Medición de los niveles de glucosa en plasma, (E.M.P., 1990). Se tomar como referencia los resultados de glucosa de menos de 24 horas previos a la entrevista. Para los pacientes hospitalizados se tomó como referencia la glucosa de su ingreso.

Buen control	80 a 150 mg/100 ml.
Regular control	151 a 199 mg/100 ml.
Mal control	Más de 200 mg/100 ml.

Paciente Diabético. Individuo diagnosticado medicamente con DM tipo II caracterizado por insuficiente producción de insulina (Coartan, 1984).

Pie Diabético. Manifestación de la neuropatía crónica en miembros inferiores que se agrava por la insuficiencia vascular y la infección. el diagnóstico se establece por el médico tratante (Salmat, 1990).

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

Introducción.

El marco teórico incluye conceptos sobre paciente crónico como son: cambios en la familia para adaptarse al estado en que se encuentra la enfermedad ya sea el inicio, el curso, el resultado y la incapacidad si éste fuera el caso. Así mismo incluye conceptos sobre la familia como es la función del cuidado a la salud en el paciente con DM tipo II (Friedman, 1986) Se considera también la teoría de Dorothea Orem, 1991 sobre la DAT en donde se establece que el individuo puede satisfacer algunas de sus necesidades, pero si existe desfase entre lo que sabe y/o puede hacer y lo que debe hacer requerir de apoyo a través de su familia o de personal profesional.

Padecimientos Crónicos. Rolland (1987), establece un modelo que se desarrolla en función de la interacción entre el curso de la enfermedad crónica, la familia y el paciente. Este autor define que existen características similares en el individuo con padecimientos crónicos como: pérdida de las funciones corporales y pérdida de la autoidentidad. La enfermedad tiene un curso constante y tanto el paciente como la familia enfrentan cambios en su sistema de vida. El modelo establecido por Rolland (1987), señala cuatro estadios: (a) Inicio de la enfermedad, (b) Curso, (c) Resultados y (d) Incapacidad.

Inicio de la enfermedad. El inicio de la enfermedad puede ser agudo o gradual según los síntomas que presenta el paciente y el grado de estrés con que reacciona la familia. Cuando

se presenta el inicio en forma aguda los ajustes que ante la enfermedad deben realizarse son en un tiempo mas corto lo que demanda de la familia un manejo mas rápido para asimilar la crisis. *El inicio gradual le permite a la familia mayor tiempo para asimilar la crisis pero conlleva un periodo mas largo de angustia.* En el caso del paciente diabético generalmente el inicio de la enfermedad es gradual, la enfermedad no se detecta inmediatamente. Una vez que se diagnostica la enfermedad, la familia asimila poco a poco la realidad de que el paciente es diabético, *la angustia se debe a la inquietud de lo que puede pasarle al miembro de la familia enfermo.*

Curso de la enfermedad. El desarrollo de la enfermedad puede ser: progresiva, constante o remitente. La enfermedad progresiva se caracteriza por sintomatología continua, progresiva y severa que puede generar rápidamente invalidez. En enfermedades con desarrollo progresivo hay adaptación continua y cambio de roles por lo que se agregan mas responsabilidades a los miembros de la familia para satisfacer las necesidades del paciente. Las enfermedades de desarrollo constante se caracterizan por mantenerse aparentemente en control por periodos largos. Sin embargo, después de un periodo de convalecencia puede ocurrir una pérdida corporal. El individuo y la familia responden a un cambio semipermanente. La enfermedad remitente se caracteriza por recaídas episódicas, alternándose periodos de estabilidad con periodos de exacerbación que genera en la familia una continua readaptación de roles.

La D.M. se considera de desarrollo progresivo, ya que la enfermedad puede progresar a una situación severa como la cetoacidosis o a una amputación lo que genera en el individuo invalidez. Esto ocasionaria cambio de roles en la familia para tratar de satisfacer las necesidades del paciente por su incapacidad.

Resultados. Existen enfermedades que pueden causar la muerte y otras que acortan la vida. En esta última categoría las enfermedades progresan en forma lenta y con frecuencia sus consecuencias son fatales. Estas enfermedades que se prolongan pueden ocasionar desequilibrio en la familia y un aislamiento emocional y físico del paciente. En el caso de la D.M., la enfermedad puede acortar la vida si genera complicaciones como el coma diabético.

Incapacidad. Las enfermedades pueden desencadenar limitaciones motoras o sensoriales en el individuo. Estas ocasionan en la familia algunas alteraciones de acuerdo al tipo de incapacidad y al rol que jugaba el miembro enfermo antes del padecimiento. En el caso del paciente diabético pueden surgir complicaciones como neuropatías lo que ocasiona amputación total o parcial de un miembro. En estos casos el individuo se enfrenta a la pérdida de una función resultante de la amputación del miembro, esto genera restricción de las actividades y cambios en el rol de los integrantes de la familia.

Familia. La familia desde el punto de vista de la sociedad se considera como el sistema básico en el cual se realizan, organizan y aseguran las conductas y el cuidado a la salud. Es la familia quien procura un cuidado preventivo y comparte la atención mayor en caso de enfermedad de alguno de sus miembros. Mas aún, tiene la responsabilidad de iniciar y coordinar los servicios de salud que brindan los profesionales (Friedman, 1986).

En algunas ocasiones la familia descuida la función del cuidado de la salud, en esos casos la función se transfiere al consultorio o en situaciones severas, a un hospital. Es importante reforzar el rol de la familia en el cuidado a la salud, al hacer de su conocimiento que puede haber mejores resultados con el enfermo si ellos participan activamente con los profesionales de la salud. Es en estos momentos cuando el personal de enfermería educar y

orientar a la familia para mejorar el autocuidado de sus integrantes.

Al paciente diabetico se le establece un control terapéutico, consistente en: medicamentos, consumo de una dieta equilibrada, realización de ejercicio y control médico periodico. La familia deber participar al fomentar la adopción de conductas de salud positivas y/o realizando acciones en el paciente diabético que directamente requiere ayuda. La familia puede ser la principal fuente de apoyo para ayudar al paciente a iniciar y mantener los requisitos para el autocuidado y así el diabético conserve el control de su enfermedad.

Los miembros de la familia pueden intervenir como recursos importantes. de motivación o refuerzo para comportamientos especificos de salud. pero debe establecerse en la familia una relacion de ayuda que involucre a cada uno de los integrantes de la familia a que contribuyan con el paciente que sufre diabetes a enfrentar en forma positiva su enfermedad crónica. La percepcion juega un papel importante ya que el paciente percibe en forma diferente el apoyo que le brinda su familia. La percepción depende de las características del sujeto que percibe. de sus necesidades, experiencias y de sus intereses. El paciente diabetico tiene necesidades especificas de acuerdo al grado de avance de la enfermedad, los conocimientos sobre la misma y los cuidados que se requieren para mantenerse en control; por lo que la percepción de cada paciente resulta diferente.

En la percepción influyen los conocimientos y experiencias previas, aquello que no se conoce o no se relaciona con experiencias anteriores se percibe como algo indeterminado. algo sin valor y que no puede percibirse como una necesidad. Con el paciente diabético y su familia puede suceder que tengan la experiencia mas no el conocimiento. por lo que deberá buscarse que tengan ambos elementos.

Autocuidado. El concepto de autocuidado se define por Orem (1991), como la "acción de las personas maduras o en proceso de maduración, que desarrollan la habilidad para cuidar de sí mismas, en sus respectivos ambientes: las personas que se comprometen en su autocuidado tienen capacidades para actuar deliberadamente y regular los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo".

Algunas técnicas para cuidar a los enfermos o preservar la salud forman parte de un patrimonio cultural y otras se conocen por las familias de acuerdo a su experiencia práctica. Orem (1991), establece que el interés especial de la enfermera es el cuidado terapéutico continuo del paciente. Para la autora las demandas de autocuidado terapéutico son todas aquellas acciones que requiere un individuo en base a su estado físico, funcional y de desarrollo para satisfacer los requisitos de autocuidado. Entre los requisitos de autocuidado se encuentran los siguientes: (a) universales, son las necesidades básicas de desarrollo y subsistencia; (b) del desarrollo, se refiere a los procesos de desarrollo en cada una de las etapas de la vida y (c) requisitos derivados de desviaciones de la salud, surgen de las incapacidades, desviaciones o defectos de la estructura y funcionamiento humano.

Orem, (1991) establece que el autocuidado terapéutico tiene ciertos fines. Estos fines son de acuerdo al estado de salud en que se encuentra el enfermo: (1) Apoyar los procesos vitales y promover el funcionamiento normal, (2) Mantener el funcionamiento normal, el desarrollo y la maduración, (3) Prevenir, controlar o curar los procesos de enfermedad o lesiones traumáticas, (4) Prevenir o compensar limitaciones o minusvalías, y (5) Promover el bienestar.

El diabético manifiesta demandas de autocuidado terapéutico que se generan por las desviaciones de su estado de salud: por ser un enfermo crónico requiere cambios en su

dieta, cuidado especial de los pies, control metabólico periódico. Este padecimiento también lo hace susceptible a infecciones y/o complicaciones severas. El paciente diabético con amputación, además de lo anterior se le agrega una limitación que le genera cambios en su rol de vida y a nivel familiar, ya que la familia tiene que sustituir o participar en las actividades que el enfermo realizaba. El autocuidado terapéutico implica acciones que controlen su enfermedad y prevengan o compensen limitaciones o minusvalías además promover el bienestar.

Orem establece tres sistemas de cuidados de enfermería:

1. *Sistema Compensatorio Total (SCT)*. El paciente no participa en su autocuidado y la enfermera o la familia toma la función del paciente.
2. *Sistema Compensatorio Parcial (SCP)*. La enfermera, la familia y el paciente participan en los cuidados que este requiere. El grado de participación varía de acuerdo a las limitaciones físicas o psíquicas y del conocimiento del paciente.
3. *Sistema de Apoyo Educativo (SAE)*. El paciente es capaz de aprender y de llevar a cabo algunas medidas de autocuidado, en donde el personal de enfermería participe como apoyo o guía al crear un entorno armonioso y propicio para el aprendizaje.

Para fines de éste estudio no se tomarán en cuenta los sistemas de enfermería establecidos por Orem. solo se mencionan para clarificar mejor su teoría.

Diabetes.

Antecedentes. La (DM), es un trastorno metabólico crónico que se caracteriza por hiperglicemia y falta absoluta o relativa de insulina. lo que trae por consecuencia trastornos en la utilización de carbohidratos y alteración en el metabolismo de las proteínas y grasas. En la República Mexicana 1.6 millones de individuos se diagnostican con esta enfermedad.

(Rodríguez, 1991).

En la DM tipo II no insulino-dependiente donde el páncreas produce insulina pero en cantidad insuficiente lo que no permite regular los niveles de glucosa en sangre, la gran mayoría de pacientes diabéticos tienen sobrepeso y un deficiente empleo de la insulina (Coatran, 1989). Las tasas de incidencia de DM, frecuentemente se incrementan y con ellas las complicaciones como son: el riesgo de cirugía o alteraciones metabólicas.

Algunos factores tales como la edad, obesidad, malnutrición y trastornos vasculares pueden contribuir a infecciones en las heridas. Dentro de las principales complicaciones que presenta el paciente diabético se encuentran: retinopatía diabética, neuropatía diabética, nefropatía diabética, enfermedades vasculares, angina de pecho y pie diabético (Salmat, 1990). Se enfocará en este caso al pie diabético, que es una manifestación de la neuropatía crónica avanzada debido a la insuficiencia vascular y la infección. La pérdida de la sensibilidad posibilita los traumatismos repetidos, lo que puede llevar a ulceración cutánea y necrosis de tejido.

Programa de DM. Conscientes de esta problemática la Secretaría de Salud en México establece el Programa Nacional de Detección y Control de la D.M., definiendo las normas técnicas para la prevención y control de la diabetes. Son de particular interés dentro de lo normativo las medidas preventivas y de control que comprenden la identificación de la enfermedad, tratamiento del paciente a través de la educación, control de la dieta, ejercicio físico y toma de medicamentos (S.E.S., 1991).

Investigaciones sobre Apoyo Familiar.

En un estudio realizado por Russel (1988), 127 pacientes con DM tipo II fueron

valorados, para determinar si había influencia del apoyo familiar en el seguimiento del régimen terapéutico. El autor utilizó cuestionarios, listas de chequeo y entrevista estructurada con pacientes y sus familiares en dos períodos (al inicio del estudio y a los seis meses). Los resultados mostraron que el apoyo familiar influía en el seguimiento de la dieta y en el cumplimiento del ejercicio ($r=.27$ $p<.01$).

Aaronson (1989), realizó una investigación en 529 mujeres embarazadas para valorar a través de cuestionario y entrevista telefónicas, si el apoyo que recibía la paciente por parte de la familia facilitaba el cumplimiento de conductas de salud positivas durante el embarazo. Los resultados mostraron que sí existe relación aunque muy débil entre el apoyo percibido y la suspensión del consumo del cigarro ($t= 2.23$, $p<.05$).

Schafer y Glasgow (1986), llevaron a cabo una investigación con 18 pacientes adolescentes con DM tipo I y 54 pacientes adultos con DM tipo II. Ellos valoraron si el apoyo o falta de apoyo de la familia tiene relación con los niveles de hemoglobina glucosilada (H.G.). Aplicaron para ello dos encuestas en el hogar, una en el inicio del estudio y otra en un intervalo de 6 meses, al medir los niveles de hemoglobina glucosilada, encontraron lo siguiente: la H.G. al inicio fue de 11.4 mg en los adolescentes y 10.1 mg en el adulto ($t= 2.1$, $p <0.05$) y a los 6 meses, 12.3 mg en los adolescentes y 10.3 en los adultos. ($t=2.27$, $p <0.01$). El autor concluyó que no hubo relación entre el apoyo de la familia y el control metabólico en el adolescente ($r= .15$, $p < 0.05$), pero sí se obtuvo relación significativa entre el cumplimiento y el control metabólico en el adulto ($r= .34$, $p < 0.05$). Los autores consideraron que esta diferencia entre adolescentes y adultos se debió a que la interacción familiar del adolescente es más variable por la etapa de desarrollo que les toca vivir.

En un estudio que realizó con 36 pacientes adultos con hipertensión, Ronquillo (1992), valoró a través de un cuestionario si el apoyo percibido influía en que el paciente hipertenso realizara actividades de autocuidado. La autora encontró una relación muy leve pero significativa entre el apoyo percibido y la realización de acciones de autocuidado ($r = .09$, $p < .05$) por parte del hipertenso.

Sáenz (1992), valoró a través de un cuestionario y el apgar familiar si la funcionalidad de la familia influía para que el paciente *diabético* mantuviera un control de su padecimiento. La autora obtuvo como resultado que el tipo de funcionalidad de la familia no influía en el seguimiento de su control (V Cramer's = 0.33025, covarianza 0.1, $p < 0.05$).

White (1986), realizó un estudio en 41 pacientes adultos obesos y formó dos grupos para comparar a través de los niveles de hemoglobina glucosilada qué tenía más influencia, si el grupo que se había manejado con empleo de mensajes educativos o el grupo que se manejó con la interacción de experiencias entre los pacientes y obtuvo los siguientes resultados: en el grupo que se empleo mensaje educativo se tuvo una hemoglobina glucosilada de 10.9 mg y el de interacción de experiencias una de 9.4 mg. Por lo tanto se concluyó que la interacción de los pacientes favorece la disminución de los niveles de hemoglobina glucosilada ($r = .39$, $p < .05$). Comprobando que la interacción de los grupos influye en el control de los pacientes.

Síntesis.

De las teorías, conceptos y datos incluidos en el marco de referencia se puede concluir que las enfermedades crónicas como la DM son influenciadas por el apoyo familiar. Estos padecimientos generan tanto en el individuo como en la familia cambio de actitudes y de roles debido a los trastornos que produce la enfermedad. Se estudia su relación con la

familia ya que ésta interactúa directamente con el enfermo crónico y tiene la responsabilidad del cuidado a la salud. El individuo con padecimiento crónico como la DM deber llevar a cabo acciones de autocuidado terapéutico, que se afirman en el contexto familiar.

CAPITULO III

METODOLOGIA.

El presente estudio se realizo en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en el área metropolitana de Monterrey, a donde acuden individuos de comunidades urbano-marginadas con un nivel socioeconomico bajo. De la consulta de medicina interna y del servicio de cirugía se seleccionaron pacientes con diagnóstico de DM tipo II para valorar la influencia que el conocimiento y apoyo familiar tenían en el control del paciente.

El diseño del estudio es de tipo descriptivo, comparativo, correlacional y transversal. Se formaron dos grupos: uno de pacientes complicados con amputacion y otro grupo de pacientes sin complicaciones. Se compararon los datos correspondientes y se consideró que la no complicación se puede atribuir a la percepcion de apoyo familiar positivo de la familia y la complicacion a la percepcion de no apoyo familiar.

Sujetos.

Los sujetos del estudio pertenecen a comunidades suburbanas, se formaron dos grupos conformados por 30 pacientes hospitalizados con amputación y 30 pacientes que acudieron a la consulta de medicina interna, para control de su D.M. tipo II. Además se seleccionó a un miembro de familia de cada paciente sobre el conocimiento sobre DAT. Los sujetos que se seleccionaron son adultos de ambos sexos, con diagnóstico de DM tipo II, que acuden al hospital, 30 de ellos para control de su DM en la consulta de medicina interna y los otros 30 son diabeticos hospitalizados por amputación con un promedio de ocho años de haber sido

diagnosticados con D.M.

Muestra. La muestra fué de 30 sujetos para cada grupo lo cual fué lo mínimo que indican los autores (Polit, 1985) siendo esta además de conveniencia, además se seleccionó a un miembro de cada familia para ser entrevistado. Se trabajó con la estadística no paramétrico, para muestras independientes, se empleo la ji cuadrada. Se realizó agrupación de las frecuencias en las celdas y se presentaron casos en que las frecuencias fueron menores que cinco, lo que originó que se reagruparan las preguntas para realizar el análisis de los datos.

Material.

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de la información los cuales se diseñaron por la autora en base a las variables de estudio: apoyo familiar percibido por el paciente diabético, conocimiento sobre DAT (tanto del paciente como del familiar), amputación y nivel de glucosa. El apoyo familiar percibido se operacionalizó por los indicadores: ayuda material, retroalimentación, interacción familiar, asistencia y guía-enseñanza. El conocimiento fué medido por el conocimiento del paciente y del familiar sobre la DAT en la diabetes.

La Encuesta a Paciente Diabético se conformo por 33 ítems: 20 de ellos valoran el apoyo familiar percibido y 13 valoran el grado de conocimiento sobre DAT (Anexo A). La Encuesta a Familiar de Paciente Diabético se conformo por 13 ítems que corresponden al conocimiento sobre DAT. (Anexo B)

La escala que se utilizo considero tres niveles para el conocimiento y para el apoyo familiar percibido; para asignar valores a las respuestas se codificaron. Con respecto al apoyo familiar percibido fué el siguiente: (a) cero cuando el apoyo era malo, (b) uno

cuando el apoyo fué regular y (c) dos cuando el apoyo resultó bueno. Con respecto al conocimiento sobre DAT se otorgaron los siguientes valores: (a) cero cuando el conocimiento se calificó como ausente, (b) uno cuando el conocimiento fué deficiente y (c) dos cuando el conocimiento fué suficiente (Anexo C).

El tiempo que se requirió para la aplicación de la entrevista fué de aproximadamente de 20 minutos cuando la encuesta se aplicó en el hospital y se empleó aproximadamente un promedio de tres horas cuando se requirió de aplicar la encuesta en el domicilio del paciente, por el desplazamiento que implica llegar al domicilio. Previo a la aplicación definitiva los instrumentos, estos se probaron con 15 pacientes diabéticos y un familiar de cada uno de ellos, quienes reunían características similares a las del grupo a estudiar. Con los resultados se realizaron ajustes en la estructura y escala de todas las preguntas que median el apoyo familiar percibido y el conocimiento sobre DAT. (ejemplo en las preguntas sobre la variable apoyo familiar percibido la respuesta vario de siempre algunas veces y nunca).

En cuanto a los indicadores de la variable dependiente, se registraron por cada uno de los pacientes las cifras de glucosa sérica en mgs./100 ml. y el diagnóstico médico de diabético en control (código 1) y paciente diabético con amputación (código 2).

Procedimiento.

Se seleccionaron 30 pacientes que se encontraban internados en el departamento de cirugía por problemas de amputación y que tenían no más de 48 horas de ingreso. Se verificó en el expediente el diagnóstico médico de DM, los niveles de glucosa de su ingreso, ya que al hospitalizarse el paciente se somete a tratamiento farmacológico para tratar de mantener la glucosa dentro de los niveles normales. Para formar el grupo número

dos se seleccionaron 30 pacientes según los criterios de inclusión de aquellos que acudían a la consulta de medicina interna para su control.

Se verificó en el expediente, el diagnóstico médico de DM, años de diagnóstico y niveles de glucosa. Esta cifra corresponde a la toma de exámenes de 24 horas antes de acudir a la consulta, lo cual es normativo de la institución. Cuando los sujetos reunían los criterios establecidos se solicitó su participación y se tuvo la anuencia de todos ellos. En ambos grupos se entrevistó un familiar de cada paciente, en los casos en el que el familiar que se seleccionó no acudía al hospital, se visitó en el domicilio; se realizaron un total de 13 visitas para pacientes diabéticos en control.

Se requería entrevistar al familiar que de acuerdo al paciente era quien más participaba en su cuidado. Para los pacientes diabéticos con amputación solo se realizaron 8 visitas:

5 cuando el familiar que se seleccionó no acudía a la hora de visita reglamentaria. Las encuestas se aplicaron durante dos meses y medio.

Una vez que se seleccionó el paciente y después que aceptó participar, se aplicaron las encuestas a los pacientes diabéticos amputados y en control, así como al miembro de la familia. La entrevista al paciente se llevó a cabo por una encuestadora que se entrenó y la investigadora, para lo que se elaboró un instructivo (Apendice D). Dicha entrevista se inició con la apertura donde se interesó por la situación especial del paciente y su padecimiento, después se hizo mención del estudio y la importancia de los resultados para tratar de mejorar las condiciones de vida del paciente con DM, al final se realizó el interrogatorio. Se obtuvo una participación total de los pacientes seleccionados, la situación con el familiar de cada paciente fue similar, pero se realizó visita domiciliaria en 21 casos porque el familiar que se seleccionó no acudió en el momento de la consulta médica de control o cuando el familiar no

asistía a la hora de visita reglamentada por la institución.

Tratamiento de los Datos. La captura y procesamiento de los datos se realizó a través de medios electrónicos, se emplearon los programas De Base y Statistics Analysis System (S.A.S.); se obtuvieron frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia, análisis de varianza, calculo de minimos cuadrados ponderados y ji cuadrada.

La variable de apoyo familiar percibido se correlacionó con amputación, además el conocimiento sobre demanda de autocuidado terapéutico con amputación. En ambos casos se trabajó con un nivel de significancia estadística de 0.05. El paquete de "Harvard Graphic" se utilizó para la elaboración de gráficas para la presentación de resultados

Etica del estudio. Se solicitó la autorización de la Dirección del Hospital donde se llevó a cabo la investigación así como la anuencia del jefe del área de cirugía y consulta externa para la revisión de expedientes y aplicación de encuestas. Con los jefes de estos departamentos se hizo el compromiso de entregar los resultados de la investigación a fin de que se prosigan otros posibles estudios.

En el desarrollo de la aplicación de la entrevista y las visitas domiciliarias se solicitó a los sujetos del estudio su participación voluntaria, explicándoles el objetivo de la investigación así como la confidencialidad de los datos y la libertad de aceptar o no aceptar participar en ésta investigación.

Se le aseguro que en ningún momento se le modificaria el tratamiento de no aceptar participar en el estudio; lo anterior de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo 1.

Artículo 17, Fracción 1.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados corresponden a 60 pacientes con D.M. tipo II, 30 de ellos hospitalizados y 30 que acuden a la consulta de medicina interna para su control. Tambien se presentan resultados del miembro de la familia que participa en la atención del paciente.

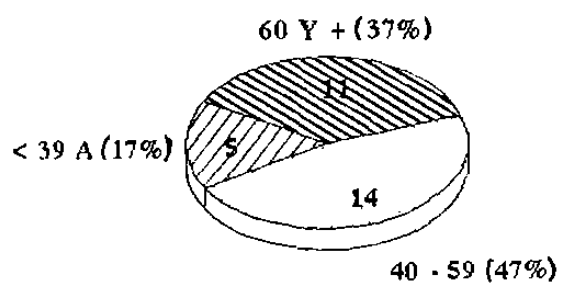
Primero se describen los resultados de los aspectos demograficos de pacientes y miembros de la familia: después los resultados en base a las frecuencias que se obtuvieron en las variables independientes. apoyo familiar percibido y conocimiento sobre demanda de autocuidado terapeutico.

Finalmente se reporta el analisis de datos correspondientes a los dos grupos: el número uno de pacientes diabeticos en control y número dos de pacientes diabeticos con amputación la finalidad fue comprobar las hipotesis que relacionan el conocimiento de la DAT y el apoyo familiar con las cifras de glucosa en sangre y la amputación.

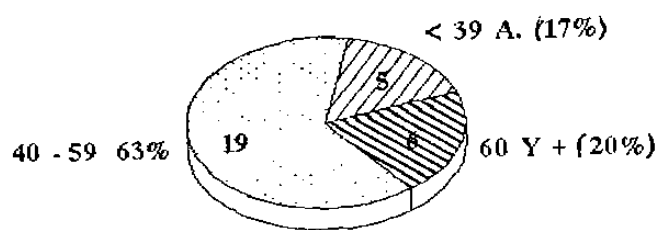
De las características demograficas de la población de estudio se encontró lo siguiente : con respecto a la edad del paciente diabético en control se encontró que 46 porciento son adultos maduros, con edad entre los 40 y 59 años (media=52.9, DS=11.2). Con respecto al grupo de pacientes amputados se encontró que el 63 porciento son adultos maduros, con edad entre 40 y 59 años (media=52.9, DS=12.1) (GRAFICA 1)

GRAFICA 1

PACIENTES DIABETICOS POR GRUPOS DE EDAD.



PAC. EN CONTROL $n=30$
MEDIA = 52.9 D.S. = 11.2

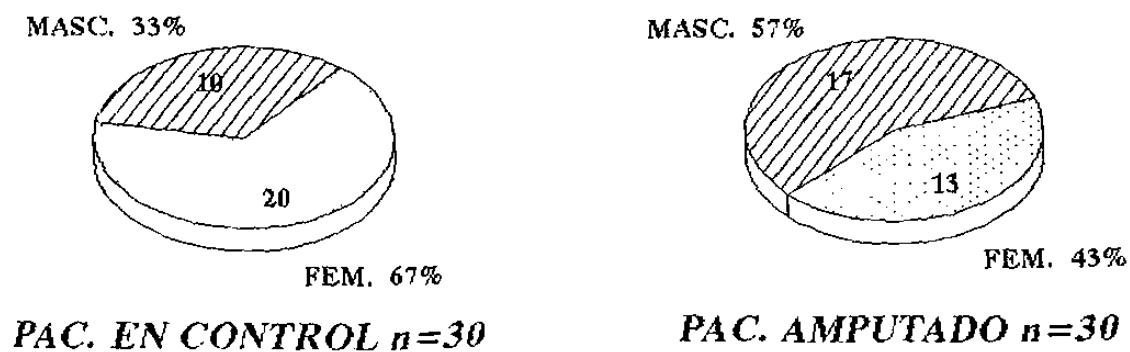


PAC. AMPUTADO $n=30$
MEDIA = 52.9 D.S. = 12.1

ENTREVISTA DIRECTA A
 PAC. DIABETICOS, (1994)

Con respecto al sexo se encontró que para los diabéticos en control predominó el sexo femenino con un 66.7 por ciento y para los diabéticos con amputación predominó el sexo masculino con un 57 por ciento (GRAFICA 2).

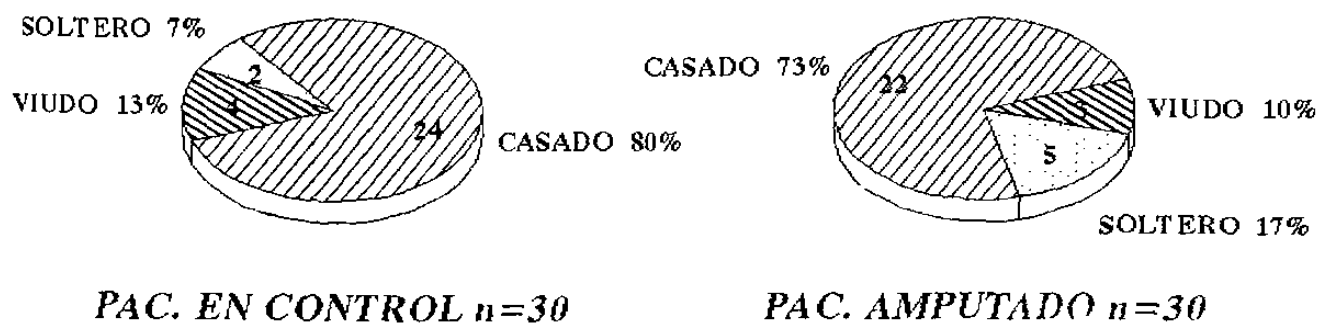
GRAFICA 2 PACIENTES DIABETICOS POR SEXO.



ENTREVISTA DIRECTA A
IAC. DIABETICOS, (1994)

Con respecto al estado civil para el grupo de pacientes diabéticos en control el 80 por ciento están casados y el 13 por ciento son viudos. Para los diabéticos con amputación el 73 por ciento son casados y el 17 por ciento solteros (GRAFICA 3).

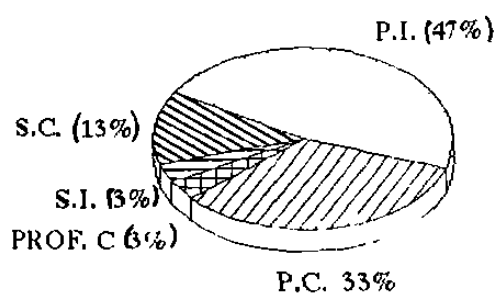
GRAFICA 3 PACIENTES DIABETICOS POR ESTADO CIVIL.



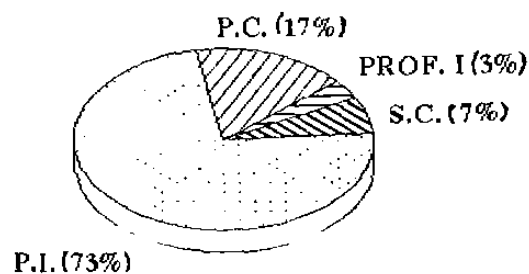
ENTREVISTA DIRECTA A
PAC. DIABETICOS, (1994)

En escolaridad se observa en la gráfica número 4 que para el grupo de diabéticos el 47 por ciento tiene estudios de primaria completa y un 33 por ciento estudios de primaria incompleta. Con respecto al grupo de diabéticos con amputación se encontró que el 73 por ciento tienen primaria completa y un 17 por ciento primaria incompleta.

GRAFICA 4 PACIENTES DIABETICOS POR GRADO DE ESCOLARIDAD.



PAC. EN CONTROL n=30



PAC. AMPUTADO n=30

P.I. primaria incomp

P.C. primaria comp.

S.I. secundaria incomp.

S.C. secundaria comp.

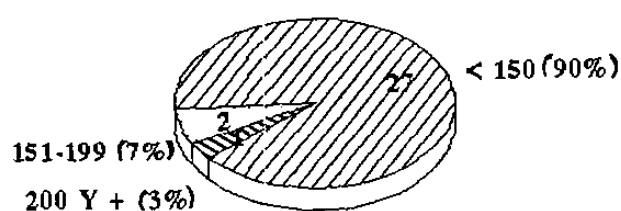
P.I. prof.incomp.

P.C. prof.comp.

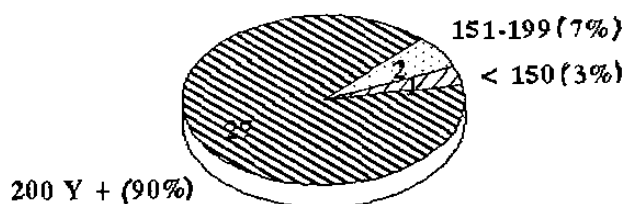
ENTREVISTA DIRECTA A
PAC. DIABETICOS, (1994)

Con respecto al nivel de glucosa para el grupo de diabéticos en control el 90 por ciento tuvo su glucosa menor o igual a 150 mg/ 100 ml. sin tener valores de glucosa menores de 80 mgs/100 ml. y el grupo de pacientes diabéticos con amputación su glucosa fué en un 90 por ciento de más de 200 mg/100 ml. (GRAFICA 5).

GRAFICA 5 PACIENTES DIABETICOS POR NIVEL DE GLUCOSA.



PAC. EN CONTROL $n=30$
MEDIA = 112.9 D.S. = 26.1



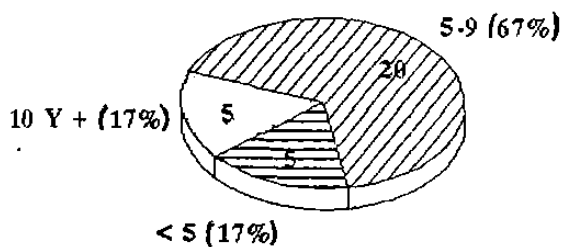
PAC. AMPUTADO $n=30$
MEDIA = 337.7 D.S. = 106.8

DATOS EN mg/100 ml.

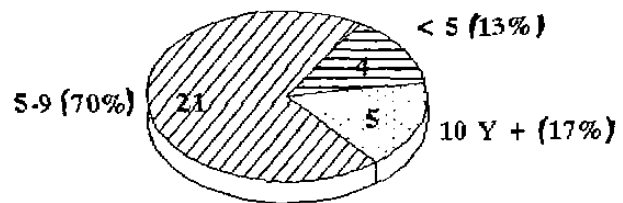
ENTREVISTA DIRECTA A
PAC. DIABETICOS, (1994)

De los años que tiene el paciente de habersele hecho el diagnóstico con D.M. tipo II en el grupo de pacientes diabéticos en control el 66 por ciento tienen entre cinco y nueve años (media= 7. DS= 2.6), y en el grupo de diabéticos con amputación el 70 por ciento tienen de cinco a nueve años de diagnóstico (media=6.9, DS= 2.2) (GRAFICA 6).

GRAFICA 6 PACIENTES DIABETICOS POR AÑOS DE DIAGNOSTICO



PAC. EN CONTROL $n=30$
MEDIA= 7 D.S.= 2.6



PAC. AMPUTADO $n=30$
MEDIA= 6.9 D.S.= 2.2

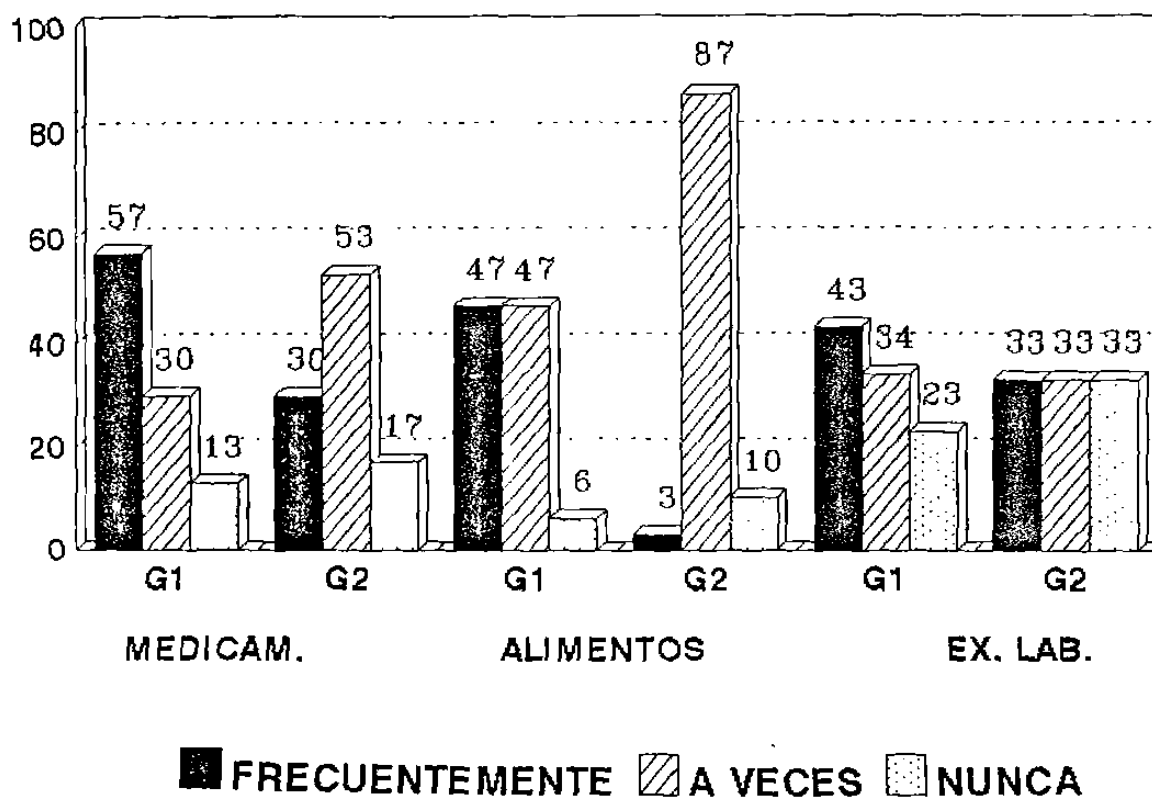
ENTREVISTA DIRECTA A
PAC. DIABETICOS, (1994)

Del apoyo familiar se valoró el apoyo material que percibe el paciente, la retroalimentación, la asistencia conductual, la interacción familiar y la conducta de guía-enseñanza. Con respecto a la ayuda material se valoró la compra de medicamento, compra de alimentos de la dieta para diabético y pago de exámenes de laboratorio. Para el grupo de diabéticos en control se encontró que al 57 por ciento siempre le compran el medicamento, al 47 por ciento siempre le compran sus alimentos y al 43 por ciento siempre le pagan los exámenes de laboratorio. Con respecto a los diabéticos con amputación se obtuvo que al 17 por ciento de los pacientes nunca le compran su medicamento, al 10 por ciento nunca compran los alimentos y al 33 por ciento nunca le pagan los exámenes de laboratorio. (GRAFICA 7).

Referente a la retroalimentación se valoró el estímulo que el paciente recibe de su familiar para realizar ejercicio y si recibe felicitaciones cuando su peso y resultados de exámenes de laboratorio están normales, al respecto se obtuvo para el grupo de diabéticos en control que al 80 por ciento nunca lo animan a realizar ejercicio, el 30 por ciento frecuentemente lo felicitan por su control de peso y que al 60 por ciento frecuentemente lo felicitan por mantener normales sus cifras de glucosa. Con respecto a los diabéticos con amputación se encontró que al 100 por ciento nunca lo animan a realizar ejercicio, que al 90 por ciento nunca lo felicitan por su control de peso y que al 90 por ciento nunca lo felicitan por tener normales los niveles de glucosa, lo que refiere que el diabético con amputación tiene un estímulo para su control de enfermedad deficiente. (GRAFICA 8)

GRAFICA 7

PACIENTES DIABETICOS Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR AYUDA MATERIAL

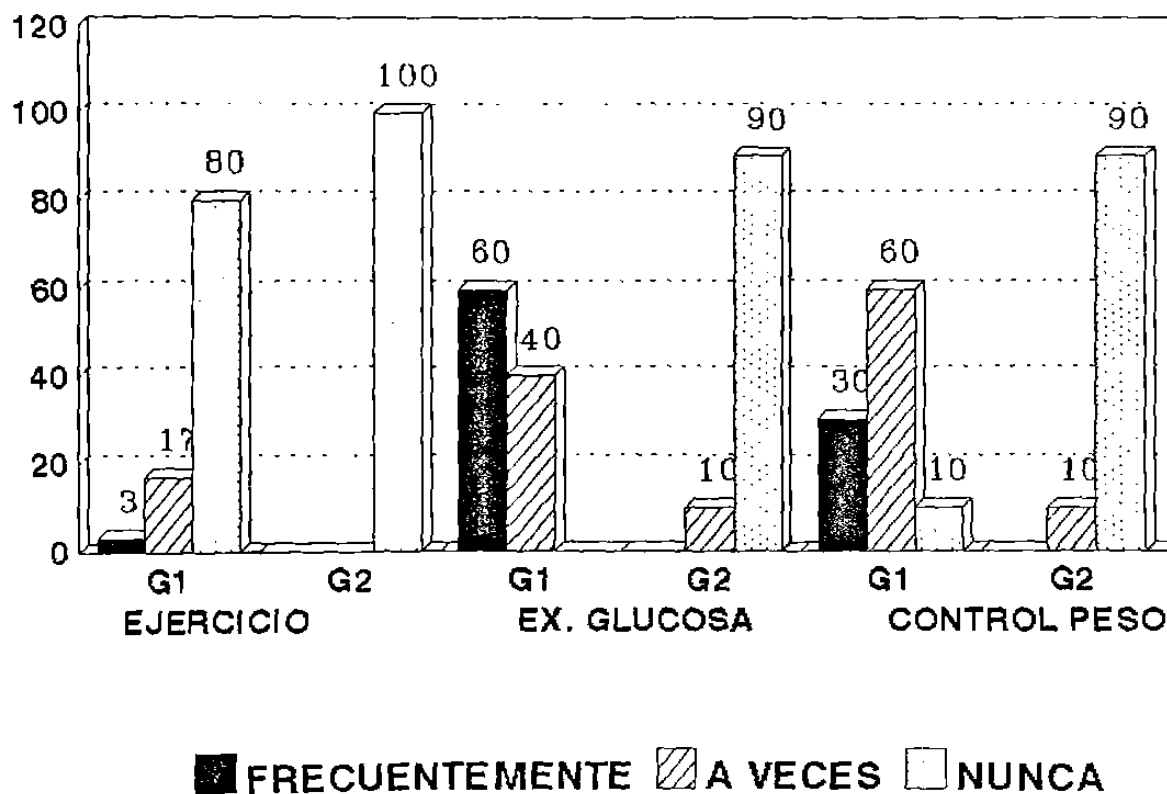


ENTREVISTA DIRECTA A
PACIENTES DIABETICOS, (1994)

n = 30 C/GRUPO

GRAFICA 8

PACIENTES DIABETICOS Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR RETROALIMENTACION.



ENTREVISTA DIRECTA A
PACIENTES DIABETICOS, (1994)

n=30 C/GRUPO

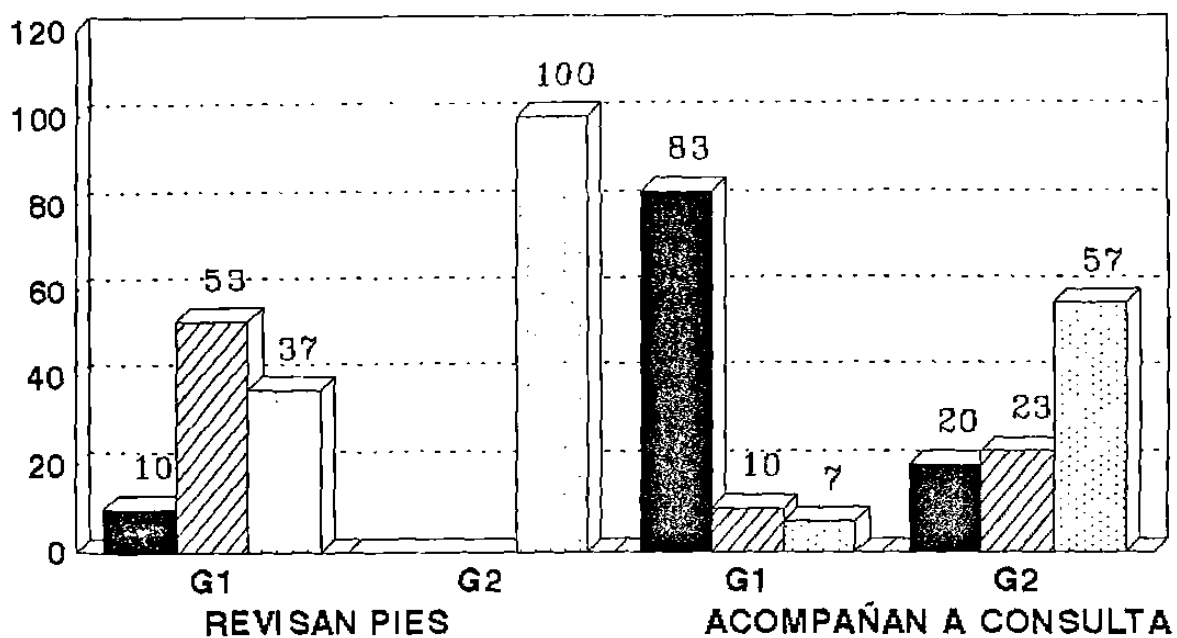
La asistencia se valoro por la forma en que el familiar asiste al paciente diabético para detectar lesiones en sus pies y la frecuencia con que lo acompañan a consulta de control. Con respecto a los diabéticos en control se encontró que solo al 10 porciento sus familiares les revisan los pies para detectar lesiones, que al 80 porciento lo acompañan a la consulta de control. Referente a los diabéticos con amputación se obtuvo que al 100 porciento nunca le revisan sus pies para detectar lesiones y que al 57 porciento nunca lo acompañan sus familiares a la visita de control (GRAFICA 9).

Referente a la interacción familiar, se manifestó por la frecuencia con que su familia ingiere los mismos alimentos que comprenden la dieta para diabetico y la frecuencia con que le recuerdan la hora para que tome su medicamento. se encontro que en el grupo de diabéticos en control el 60 porciento de los familiares ingieren frecuentemente los mismos alimentos de dieta para diabético y que al 47 por ciento de los pacientes su familiar le recuerda frecuentemente la hora para que tome sus medicamentos.

En el grupo de pacientes diabéticos con amputación se encontro que solo en el 37 porciento de los pacientes su familiar ingiere los mismos alimentos de dieta para diabetico y solo a un tres porciento de los pacientes su familiar les recuerda que es hora de tomar su medicamento (GRAFICA 10).

GRAFICA 9

PACIENTES DIABETICOS Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR TIPO DE ASISTENCIA.



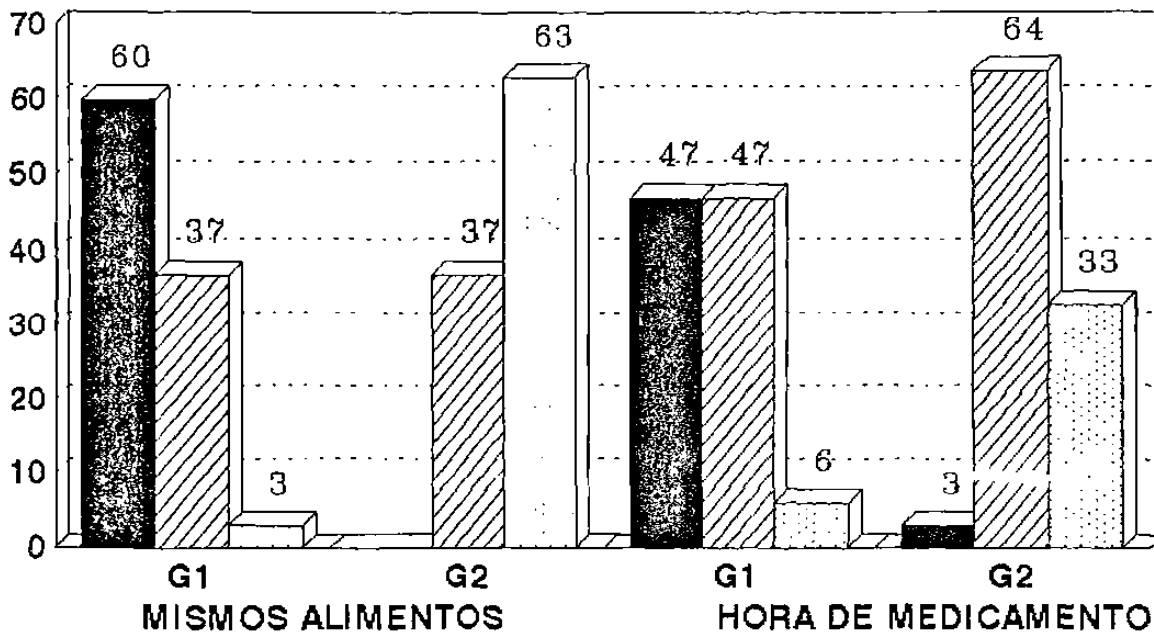
FRECUENTEMENTE
 A VECES
 NUNCA

ENTREVISTA DIRECTA A
PACIENTES DIABETICOS, (1994)

n = 30 C/GRUPO

GRAFICA 10

PACIENTES DIABETICOS Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR INTERACCION FAMILIAR.



FRECUENTEMENTE
 A VECES
 NUNCA

ENTREVISTA DIRECTA A
PACIENTES DIABETICOS, (1994)

n = 30 C/GRUPO

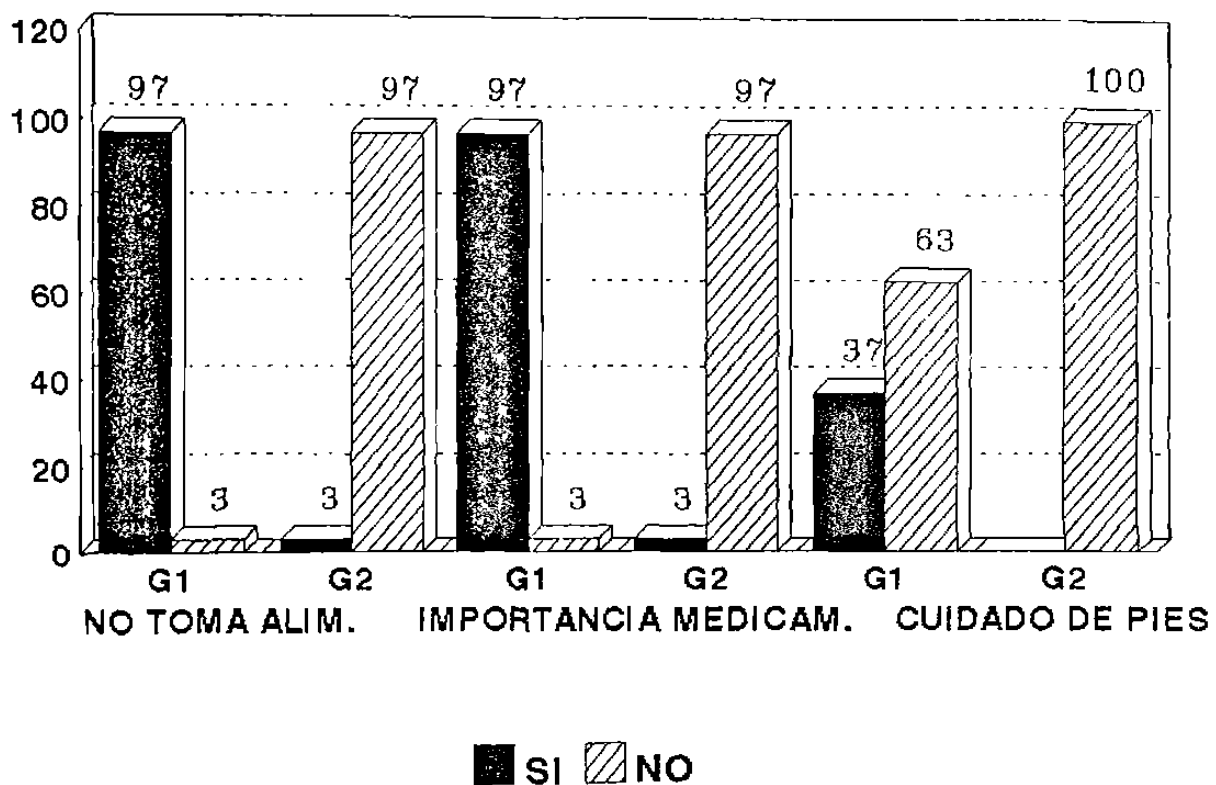
En cuanto a la guía-enseñanza que percibe el paciente de sus familiares se valoró por la indicación que se le da para: no consumir alimentos fuera de su dieta, los cuidados que debe tener con sus pies y la importancia de tomar sus medicamentos. En el grupo de pacientes diabéticos en control al 47 por ciento siempre le recuerdan que no consuma alimentos fuera de su dieta, al 97 por ciento si le recuerdan la importancia de tomar su medicamento y solo al 37 por ciento su familiar le señala la importancia del cuidado de los pies. Con respecto a los diabéticos con amputación, al 90 por ciento nunca le indican sus familiares que no consuma alimentos fuera de la dieta, al 97 por ciento nunca le indican la importancia de tomar los medicamentos y al 100 por ciento su familiar nunca le señala la importancia del cuidado de los pies (GRAFICA 11).

El grado de conocimiento sobre demanda de autocuidado terapéutico se determinó por el conocimiento que el paciente tiene sobre el tipo de alimentos que no debe consumir, cuidado de los pies, características de los zapatos y molestias que se presentan cuando la glucosa aumenta, obteniéndose los siguientes resultados.

En el grupo de pacientes diabéticos en control se encontró que el 100 por ciento tiene conocimiento suficiente del tipo de alimentos que no debe consumir, el 43 por ciento conoce el cuidado que debe tener con sus pies, el 40 por ciento conoce las características que deben tener los zapatos para el diabético y el 53 por ciento conoce las molestias que se presentan cuando aumenta la glucosa. Respecto al grupo de pacientes diabéticos con amputación se encontró que al 50 por ciento de los pacientes tienen un conocimiento suficiente sobre los alimentos que no debe consumir, el siete por ciento conoce el cuidado que debe tener con sus pies y las características que deben tener sus zapatos y solo el 10 por ciento conoce las molestias cuando la glucosa aumenta (GRAFICA 12).

GRAFICA 11

PACIENTES DIABETICOS Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR GUIA-ENSEÑANZA.

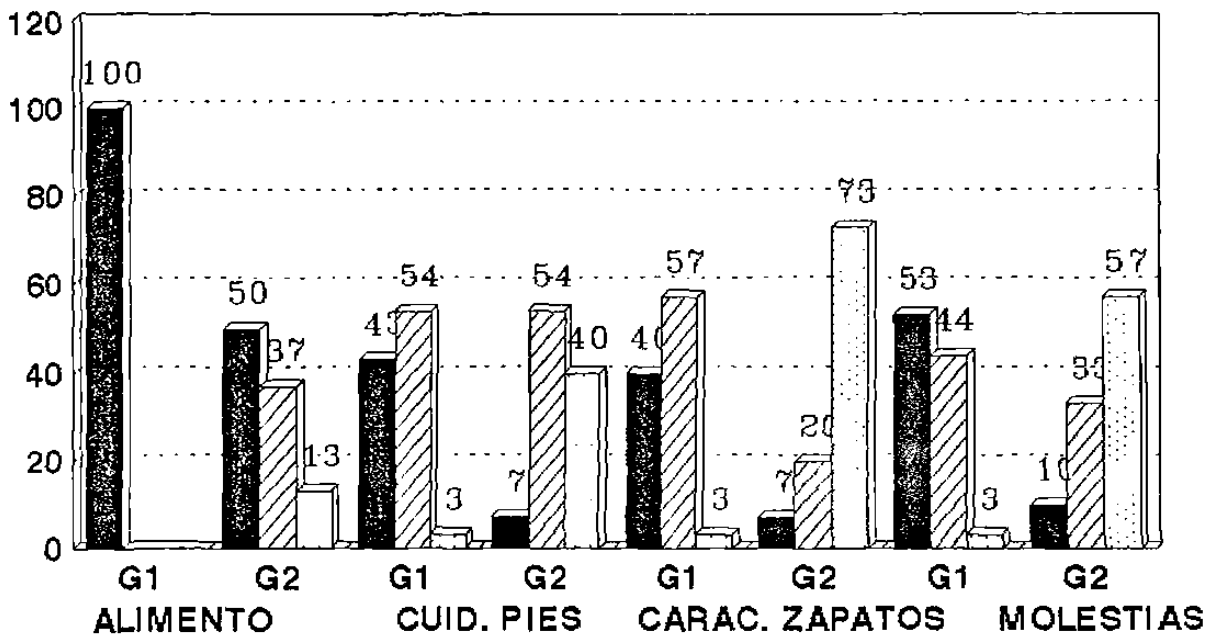


ENTREVISTA DIRECTA A
PACIENTES DIABETICOS, (1994)

n= 30 C/GRUPO

GRAFICA 12

PACIENTES DIABETICOS Y CONOCIMIENTO SOBRE D.A.T.



SUFICIENTE

 ESCASO

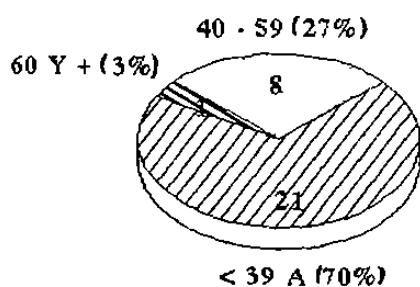
 AUSENTE

ENTREVISTA DIRECTA A
PACIENTES DIABETICOS, (1994)

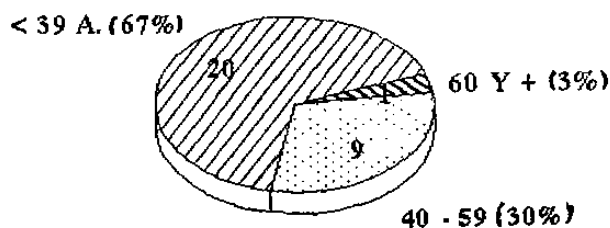
n = 30 C/GRUPO

En relación con la edad del miembro de la familia que participa en la atención, se encontró en el grupo de pacientes diabéticos en control que el 70 por ciento son adultos jóvenes, (media = 35.1 DS= 12.9). Para el grupo de pacientes diabéticos con amputación se encontró que el 67 por ciento son adultos jóvenes (media= 37.1, DS= 10.2)(GRAFICA 13).

GRAFICA 13 FAMILIAR DEL PAC. DIABETICO POR GRUPOS DE EDAD.



PAC. EN CONTROL n=30
MEDIA= 35.1 D.S.= 12.9

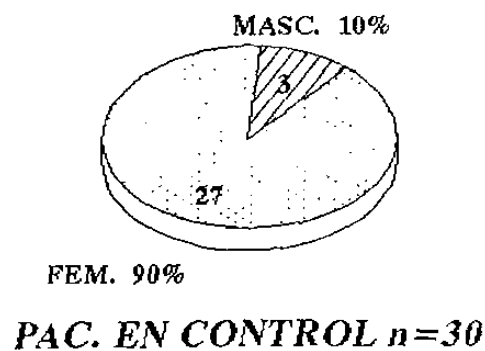


PAC. AMPUTADO n=30
MEDIA= 37.1 D.S.= 10.2

ENTREVISTA DIRECTA A FAMILIAR
DE PAC. DIABETICO, (1994)

En cuanto al sexo de los miembros de la familia que se entrevistó se encontró, para el grupo de pacientes diabéticos en control que el 90 por ciento de los familiares son mujeres y para el grupo de pacientes diabéticos con amputación su familiar en un 100 por ciento fueron mujeres (GRAFICA 14).

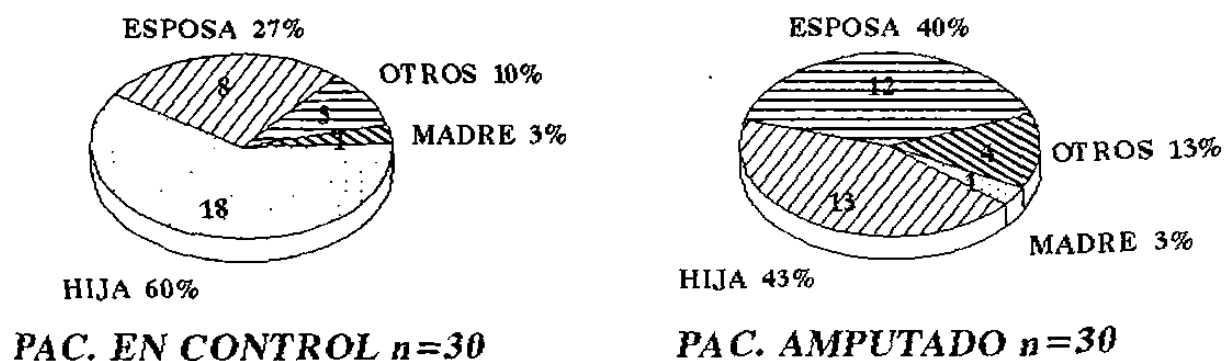
GRAFICA 14 FAMILIAR DEL PACIENTE DIABETICO POR SEXO.



ENTREVISTA DIRECTA A FAMILIAR
DE PAC. DIABETICO, (1994)

Con referencia al parentesco que tiene el miembro de la familia que se cuestionó se encontró, para el grupo de pacientes diabéticos en control que el 60 por ciento de los familiares son hijas y el 27 por ciento son esposas. Con respecto al grupo de pacientes diabéticos con amputación el 43 por ciento de los familiares que se entrevistaron son hijas y el 40 por ciento son esposas (GRAFICA 15).

GRAFICA 15 PARENTESCO DEL FAMILIAR CON EL PAC. DIABETICO.

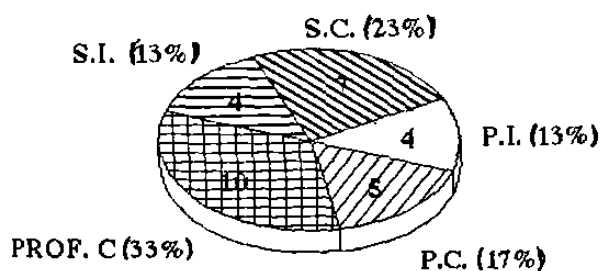


ENTREVISTA DIRECTA A FAMILIAR
DE PAC. DIABETICO, (1994)

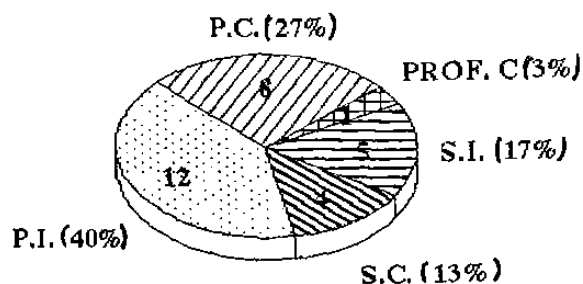
Con respecto al nivel de escolaridad del miembro de la familia que se cuestionó se encontró, que en el grupo de pacientes diabéticos en control el 33 por ciento de los familiares tienen estudios profesionales y el 23 por ciento secundaria completa. Para el grupo de pacientes diabéticos con amputación el miembro de la familia cuestionado tiene en un 27 por ciento estudios de primaria completa y en un 40 por ciento estudios de primaria incompleta (GRAFICA 16).

GRAFICA 16

FAMILIAR DEL PACIENTE DIABETICO POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.



PAC. EN CONTROL n=30



PAC. AMPUTADO n=30

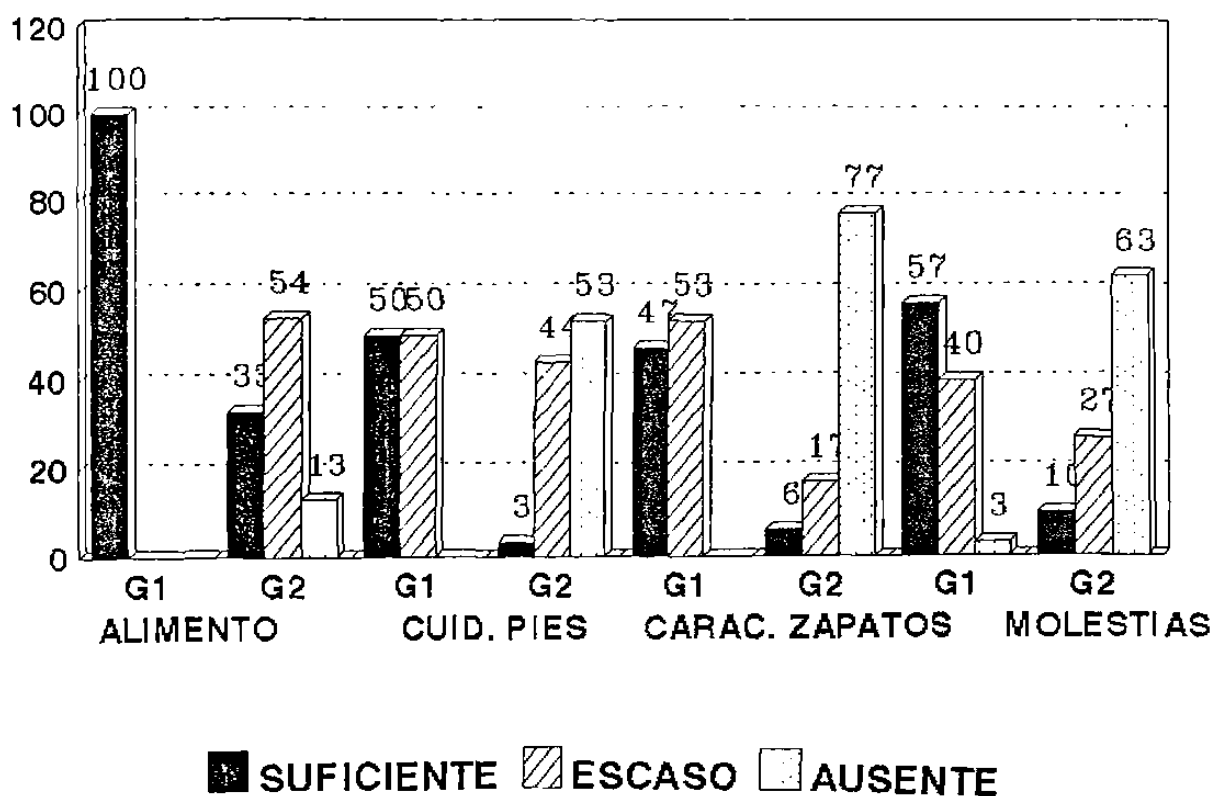
ENTREVISTA DIRECTA A FAMILIAR
DEL PAC. DIABETICO, (1994)

Los resultados que se obtuvieron del conocimiento sobre DAT que tiene el familiar del paciente diabético se encontro para el grupo de pacientes diabéticos en control que el 100 por ciento de los familiares cuestionados tienen conocimiento suficiente sobre los alimentos que no debe de consumir, el 50 por ciento tiene un conocimiento suficiente sobre los cuidados de los pies, el 53 por ciento tiene un conocimiento escaso sobre las características de los zapatos y el 57 por ciento tiene un conocimiento suficiente sobre las molestias que se presentan cuando aumenta la glucosa en el paciente.

Con respecto al miembro de la familia que se cuestionó del grupo de pacientes diabéticos con amputacion se encontro que el 54 por ciento de los familiares tienen un conocimiento escaso sobre los alimentos que no deben de consumir los diabeticos el 53 por ciento desconoce el cuidado que debe de tener con los pies el paciente diabético, el 77 por ciento desconoce las características que deben de tener los zapatos y el 63 por ciento desconoce las molestias que se presentan cuando aumenta la glucosa en el paciente (GRAFICA 17).

GRAFICA 17

FAMILIAR DEL PACIENTE DIABETICO Y CONOCIMIENTO SOBRE D.A.T.



ENTREVISTA DIRECTA A FAMILIAR
DE DIABETICO, (1994)

n= 30 C/GRUPO

Análisis de datos.

Las escalas que se emplearon fueron nominal para datos demográficos y ordinal para las variables de estudio. Para realizar el análisis de los datos la información se agrupó en torno a las preguntas correspondientes a las variables independientes. El número de preguntas de cada variable se agrupó para formar variables categóricas (al agrupar las frecuencias se producen menos celdas), de esta forma de la agrupación de las preguntas resultó una variable total, en donde las frecuencias que se observaron en cada celda fueron suficientes para poder predecir el comportamiento de cada variable.

Las variables independientes fueron: conocimiento sobre DAT del paciente y del familiar y el apoyo familiar percibido. La variable dependiente fue el riesgo de amputación.

Para conocer si existía influencia del apoyo familiar percibido y el conocimiento sobre DAT sobre la amputación se formaron variables compuestas. Entonces se aplicó la prueba estadística no paramétrica de ji cuadrada para muestras independientes y probar así las hipótesis.

CUADRO NUMERO 1

APOYO FAMILIAR Y GRADO DE CONOCIMIENTO CONTRA
AMPUTACION POR PIE DIABETICO.

INDICADORES	Ji CUADRADA OBTENIDA	TEORICA	VALOR "p"	HIPOTESIS ALTERNA	GRADOS DE LIB.
GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PAC SOBRE D.A.T.	11.01	3.84	0.0009	SE ACEPTA	4
GRADO DE CONOCIMIENTO DEL FAM.SOBRE D.A.T	5.92	3.84	0.0001	SE ACEPTA	4
AYUDA MATERIAL	3.68	3.84	0.05		3
AYUDA ASISTENCIAL	77.01	3.84	0.000		3
INTERACCION FAMILIAR	197.4	3.84	0.001		3
RETROALIMEN.	48.65	3.84	0.000		3
GUIA- ENSEÑANZA	52.27	3.84	0.000		3
APOYO FAM. PERCIBIDO.	241.5	3.84	0.000	SE ACEPTA	5

Resultado de Hipótesis. Los resultados obtenidos de las hipótesis fueron los siguientes:

Para la hipótesis número uno: A mayor conocimiento de los miembros de la familia y del propio paciente sobre la DAT menor riesgo de pie diabético. Los resultados fueron: para el conocimiento del paciente, ji cuadrada = 11.01, $p = 0.0009$ y para el conocimiento del

familiar, ji cuadrada = 5.92, $p= 0.0001$ por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

Para la hipótesis dos: a mayor apoyo familiar percibido menor riesgo de amputación, se obtuvo una ji cuadrada de 241.54, $p< 0.0000$ por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

Los niveles de glucosa sérica fueron representativos de cada grupo obteniendo una media de 112.90 mgs por 100 mls. para los diabéticos en control y 337.66 mgs por 100 mls. para los diabéticos amputados.

En relación con los años de diagnóstico el promedio en ambos grupos fue de 7.2 años con una desviación estandar de 2.4; para el grupo de diabéticos en control y un promedio de 6.8 años con una desviación estandar de 2.2, para el grupo de diabéticos amputados.

Con respecto al promedio de la edad del paciente la media fue de 52.68 años para ambos grupos, con una desviación estandar de 11.18 para los controlados y de 12.06 para los amputados por lo que estos datos muestran similitud en ambos grupos y no causan diferencia en los resultados.

Resultados de los objetivos. En relación con la identificación de los aspectos del cuidado a la salud que el paciente percibe le brindan sus familiares para mantener sus niveles de glucosa normales, se identificó que la ayuda material, la retroalimentación, la ayuda asistencial, la asistencia conductual y la interacción son algunos de los aspectos que el paciente percibe le son brindados por su familiar para el control de su enfermedad.

Con respecto a si el conocimiento que posee el paciente y el familiar que se cuestionó sobre la DAT en la diabetes influye en la presencia de pie diabético, se encontró que existe relación, ya que los pacientes que tenían mayor conocimiento sobre DAT fueron también quienes no presentaban amputación. Así como los familiares cuestionados que resultaron

con mayor conocimiento sobre DAT fueron los familiares de los pacientes diabéticos en control.

CAPITULO V

DISCUSION

Los resultados que se obtuvieron al aplicar la prueba estadística de Ji cuadrada fueron los siguientes (cuadro 1). Con respecto al conocimiento del paciente sobre DAT se aceptó que a mayor conocimiento menor riesgo de amputación, ji cuadrada 11.01, $p= 0.0009$ con 4 grados de libertad.

El conocimiento del familiar sobre demanda de autocuidado terapéutico resultó también ser significativo lo que indica que a mayor grado de conocimiento que tenga el familiar sobre diabetes, menor es el riesgo de que el paciente presente complicaciones por amputación (Ji cuadrada = 5.92, $p=0.0149$, con 4 grados de libertad). Relacionando esto con la hipótesis que se planteó de que a mayor conocimiento de los miembros de la familia y del propio paciente sobre la demanda de autocuidado terapéutico al diabético, menor es el riesgo de amputación y se aceptó la hipótesis de investigación.

Al obtener resultados positivos en la investigación sobre la influencia del conocimiento sobre el control en la DM puede esto hacer incapié en los aspectos que menciona Orem (1991), en su teoría donde menciona que el individuo por tener desviaciones en el estado de salud demanda autocuidado terapéutico, lo que le obliga a tener conocimiento sobre las características de su dieta, cuidado especial de sus pies, control de peso, realización de ejercicio y control de la glucosa con la finalidad de mantenerse en control.

Al valorar el apoyo familiar en cuanto al cuidado a la salud, se encontró que el apoyo material, el cual consiste en proveer objetos materiales tangibles, este resultó no ser significativo, (χ^2 cuadrada 0 3.60, $p= 0.0576$, con 3 grados de libertad), lo que significa que el apoyo que brinda económicamente la familia al paciente no influye tan significativamente para que el paciente se controle sin complicaciones.

La participación de la familia en la atención del paciente también resultó ser significativa, lo que indica que al paciente que su familiar lo asiste en algunas tareas para el cuidado de su diabetes tiene menos riesgo de sufrir amputación, (χ^2 cuadrada =77.01, $p < 0.000$ con 3 grados de libertad).

La interacción familiar al valorarse también resultó significativa ya que se encontró que los pacientes cuyos familiares ingieren los mismos alimentos que ellos y les recuerdan los horarios de tomar sus medicamentos, se traduce en un buen control, de aquí se deduce que la falta de interacción entre la familia y el diabético favorece que el paciente se complique y llegue hasta la amputación (χ^2 cuadrada= 197.43, ($p= <0.000$ con 3 grados de libertad).

Con respecto a la retroalimentación que implica las situaciones en las que el paciente recibe estímulo de su familiar para cumplir con su régimen terapéutico, se encontró que esto influye significativamente para que el paciente evite complicaciones por amputación (χ^2 cuadrada = 48.654, $p= < 0.000$ con 3 grados de libertad).

La asesoría o instrucción que recibe el paciente de sus familiares para que lleve a cabo su dieta, cuidado de los pies y tome su medicamento influyó también en forma significativa, para que el paciente evite complicaciones por amputación (χ^2 cuadrada= 52.267, $p= <0.000$ con 3 grados de libertad).

Estos resultados comprueban la hipótesis de que a mayor apoyo familiar percibido por el

paciente diabético menor frecuencia de pie diabético. Además los resultados concuerdan con los estudios que realizó Rusell (1988), que señala que existe influencia del apoyo familiar en el seguimiento de la dieta y en el cumplimiento del ejercicio. Además los resultados son similares a los que encontró Aaranson (1989), que existe relación entre el apoyo percibido que tienen las mujeres embarazadas y el cumplimiento de conductas de salud positivas como era la suspensión en el consumo de cigarrillos.

Los resultados que obtuvo Ronquillo (1992), no concuerdan con los de esta investigación, ya que ella no encontró relación del apoyo familiar y la realización de acciones de autocuidado en pacientes hipertensas, quizá porque el cuidado del paciente diabético implica más actividades por las diferentes complicaciones secundarias a su enfermedad, esto genera tanto en el paciente como en la familia cambio de actitudes y roles, y además la autora realizó el estudio a una población sometida a un programa de salud en una colonia específica.

Al ser la DM un padecimiento crónico que a la larga genera incapacidad, obliga a la familia a participar en su cuidado y como reportan los resultados de este estudio el apoyo que percibe el paciente diabético de su familiar influye directamente para que el paciente se mantenga en control. Ya que en el desarrollo de los padecimientos crónicos existe una interacción entre el paciente, la familia y el estadio de la enfermedad enfermedad en que se encuentra el paciente y esto nos puede dar una pauta para nuevas estrategias de trabajo en donde se involucre pa participación de la familia.

Los niveles de glucosa en el grupo de pacientes diabéticos en control resultó dentro de los niveles normales con una media de 112.90 mgs./100 mls. y para el grupo de pacientes diabéticos amputados la media fué de 337.66 lo que permite asegurar que el grado de apoyo

familiar percibido y grado de conocimiento, influyen para que el paciente diabético se encuentre controlado; esto concuerda con los estudios realizados por Schafer y Glasgow (1986), quienes al estudiar dos grupos de diabéticos, uno de adolescentes y otro de adultos, encontraron que hay relación positiva entre el control metabólico en el adulto que recibe apoyo, medido a través de los niveles de hemoglobina glucosilada.

Finalmente al agrupar los subconceptos de la variable categorica apoyo familiar percibido se obtuvo un valor de ji cuadrada ≈ 241.54 , $p < 0.000$, con 5 grados de libertad lo que significa que el apoyo que percibe el paciente de su familiar, con respecto a los cuidados en la diabetes, influye para que el paciente no requiera amputación.

Conclusiones.

Aun y cuando existen programas para el control de la diabetes en todas las unidades de primer nivel del Sistema Nacional de Salud por ser este un padecimiento crónico no se han disminuido los índices de complicación por amputación. La búsqueda de los factores que influyen para que estos pacientes logren controlarse a través de este estudio formal enriquece los conocimientos existentes, tal como lo realiza en este caso el investigador, tratando de explicar si hay una influencia entre el conocimiento que el paciente y el miembro de la familia tienen sobre la demanda de autocuidado terapéutico, para que el paciente se mantenga en control y no se evite una amputación.

Otro aspecto también que se valoró fue la influencia que el apoyo familiar percibido tiene para que el paciente se mantenga en control y evite así una situación de complicación por amputación. A este respecto se concluyó que: Al valorar el conocimiento del paciente y miembro de la familia sobre demanda de autocuidado terapéutico, se obtuvo que los pacientes diabéticos en control tienen mayor conocimiento sobre las demanda de

autocuidado terapéutico al igual que sus familiares y por consecuencia menor riesgo de amputación. con lo que se acepta la hipótesis de existe relación entre el conocimiento sobre demanda de autocuidado terapéutico menor riesgo de amputación.

Con respecto al apoyo familiar percibido resultó tener una influencia significativa para que el paciente diabético se mantenga controlado y no requiera de una amputación por complicación. por lo que se aprueba la hipótesis de que existe relación entre el apoyo familiar percibido y el riesgo de amputación.

Los resultados positivos acerca del apoyo familiar percibido refuerzan la importancia del rol de la familia en cuanto al cuidado a la salud, y puede este enfatizarse en el autocuidado terapéutico en los aspectos de: control de la enfermedad, prevenir y compensar limitaciones y minusvalías y promover el bienestar.

Se cuenta con la norma que se establece en el programa Nacional de Prevención y control de Diabetes, pero se puede reenfocar el apoyo de la familia para lograr una cobertura más eficaz. Además es congruente decir que la familia puede ser una fuente principal de apoyo para ayudar al paciente para cumplir con las demandas de autocuidado terapéutico que le genera su enfermedad y de este modo aprovechar este recurso tan importante para el cuidado a la salud ya que como se mencionó tiene los mismos hábitos y costumbres que su familiar enfermo. La familia puede lograr una mejor respuesta en el paciente sobre su tratamiento.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda incrementar el tamaño de la muestra para evitar realizar ajustes por falta de datos en casillas para aplicación de la prueba de ji cuadrada y poder generalizar los resultados a una población mayor. Además se sugiere la validación del instrumento de

recolección y confiabilidad de la información que se obtuvo.

Sugerir como estrategia de trabajo para el rol de la enfermera comunitaria y de la clínica el abordaje de la familia como miembro activo en el cuidado a la salud para que participe directamente en el cuidado del paciente y/o supervisión del mismo, con el apoyo del conocimiento, que en éste caso se otorgaría por la enfermera responsable del programa o del cuidado de todo paciente con diagnóstico de D.M.

Proponer en las instituciones de salud acerca de los servicios de atención y educación a pacientes diabéticos. Y estudiar estas variables en una población con características demográficas diferentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Aaronson, L. S. (1989), Perceived and received support: effects on health behavior during pregnancy Apoyo percibido y recibido efectos en la conducta de la salud durante el embarazo Nursing Research, 38 (1), 4-8.
- Coatran Robbin, J. L. (1984) Patología estructural y funcional. (5a edición). México: Interamericana.
- Cardenas Villarreal, V., Galindo Cruz, A. (1989) La conducta del paciente diabético hacia su control" 2o Seminario de Investigación. Artículo inédito. Fac. Enf. U.A.N.L. Monterrey, N. L. Mexico.
- Editorial Médica Panamericana (1990)., Diabetes Mellitus., (primera edición)., Espana Autor.
- Fawcett, J. (1986) "Analysis and Evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia F.A. (3a edición). (7) 308.
- Friedman, M. (1986) "Theory and Assesment. (The care function)" Norwalk, Connecticut. (2a. ed.). (16). Appleton Century Crafts.
- Garcia de Alba, J., Rios González, J., Castaneda Parra, R. (1989) Algunos aspectos clínicos epidemiológicos de la diabetes mellitus. Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública. 31 , 669-673.
- George, J. (1985) Nursing Theories, (La Teoría de Enfermería Dorothea E. Orem) Prentice Hall Int. 249-256. Glasgow Rusell. Deborah, J., Toabert, Ma. (1989). Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. Diabetes Care. 2 (5), 377-386.
- Gzyk, M.D. and Miroslow, Wysocki, M.D. (1983), Education and motivation of the diabetic patient. Bulletin International Diabetes Federation. 26. D.F.
- Orem, D. (1979). Nursing Concept and practice. Mosby Year Book. (4a. edición). (3) (7)
- OPS/OMS. La enfermera clave de la atención primaria de salud. Consejo Consultivo de la OMS. Educación Médica y Salud. 19, (1) 1985.

- Polit, D., Hungler, B. (1985). "Investigación Clínica en Ciencias de la Salud". México: Interamericana.
- Prado Jimenez. (1987), La educación al paciente diabético en Costa Rica. Boletín de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, 9 (41), 18-29.
- Pulido Rodríguez, J. (1992). "La Incidencia de pie diabético Reporte de investigación. S.E.S. Monterrey, Nuevo León.
- Ramirez Aranda. J.M., Gomez. C. (1986). "Análisis de los Factores que influyen en el Apoyo al Régimen Terapéutico de Enfermos Crónicos en el Primer Nivel de Atención". - Reporte de Investigación Monterrey, N.L.- Medicina Familiar.- Fac. de Medicina.- U.A.N.L.
- Rodríguez Régis, F. (1991). Autocontrol de diabetes. Diabetes en las Noticias. 1.
- Rolland, J. (1987), enfermedades crónicas y la familia. Serie de enfermedades y familia". E.U.A. 33-51.
- Ronquillo Guedea, R. (1992). Apoyo Percibido. Efectos Sobre el Paciente Hipertenso para que realice acciones de autocuidado Tesis Inedita. Fac. de Enfermería. U.A.N.L. Monterrey, N.L. Mexico
- Schmieder Redeker, N. (s.f.). Creencias y adherencias a la salud en enfermedades crónicas.
- Saenz López, E. (1992), Función Familiar en el Seguimiento y Control del Paciente Diabético". Tesis Inedita. Fac. de Enfermería. U.A.N.L. Monterrey, N.L. México.
- Salmat, J.R. (1990). Enfermedades Endocrinas. Manual de Terapéutica Médica. Salvat. (19)
- Schafer Lorraine, C., Mc Caul, Kevin, Glasgow, Russell. (1986). Supportive and nonsupportive family behaviors: relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes Diabetes Care. 9. (2). 179-185.
- Secretaría Estatal de Salud. (1990), "Manual de Normas de educación para la Salud". México. D.F. 37-40.
- Secretaría Estatal de Salud. (1990), Estadísticas Vitales. Dirección de Planeación. Nuevo León.
- White, N., Carnahan, J. (1986). Management of obese patients with Diabetes Mellitus: comparison of advice education with group management. Diabetes Care. 9. (5), 490-496.

APENDICES

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON.
FACULTAD DE ENFERMERIA.
MAESTRIA EN ENFERMERIA.

ENCUESTA A PACIENTE DIABETICO.

- I. DATOS DE IDENTIFICACION. NO _____
1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ 1er. NOMBRE 2º NOMBRE _____
2. EDAD _____ 3. SEXO _____ 4. EDO. CIVIL _____
Años cump. Masc/Fem. Solt/Casado/Viudo/Otro.
5. AÑO DE DIAGNOSTICO DE LA DIABETES _____
6. DIAGNOSTICO ACTUAL _____ 7. CIFRA ULTIMA GLICEMIA _____
mgs/100 ml.
8. FECHA DE ULTIMA AMPUTACION _____
9. ESCOLARIDAD _____
Primaria Comp/Incomp, Secundaria Comp/Incomp, Otra Comp/Incomp.
10. ¿TRABAJA ACTUALMENTE? SI NO NO DA LUGAR
11. ¿HA TENIDO QUE CAMBIAR SU FORMA DE TRABAJO DEBIDO A LA DIABETES? SI NO NO DA LUGAR
12. ¿EN QUE CONSISTIO EL CAMBIO? _____
13. ¿LA DIABETES HA CAUSADO ALGUNA LIMITACION DE SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA? SI NO NO DA LUGAR
- SI CONTESTO QUE "SI" HACER LA SIGUIENTE PREGUNTA:
- 13.1 ASEO PERSONAL SI NO NO DA LUGAR
- 13.2 ELABORACION DE ALIMENTOS A LA FAMILIA
SI NO NO DA LUGAR
- 13.3 REALIZACION DE EJERCICIO
SI NO NO DA LUGAR
- 13.4 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CON AMIGOS
SI NO NO DA LUGAR
14. ¿SABE CUALES ALIMENTOS NO DEBE INGERIR O INGERIR CON MEDIDA?

(Registrar literalmente lo que dice el paciente)

15. MENCIONE AL MENOS TRES CUIDADOS QUE DEBE DE TENER CON SUS PIES

16. ¿SUS ZAPATOS DEBEN TENER ALGUNA CARACTERISTICA ESPECIAL?
MENCIONE DOS. -----

17. MENCIONE AL MENOS TRES MOLESTIAS QUE SE PRESENTAN CUANDO EL AZUCAR ESTA ELEVADA.

18. ¿CON QUE FRECUENCIA LE COMPRA ALGUNO DE SUS FAMILIARES MEDICAMENTO PARA SU DIABETES?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

19. ¿CON QUE FRECUENCIA LE COMPRAN SUS FAMILIARES ALIMENTOS QUE ESTAN INCLUIDOS EN LA DIETA DE DIABETICO?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

20. ¿CON QUE FRECUENCIA PAGAN SUS FAMILIARES EL COSTO DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO QUE UD. REQUIERE PARA CONTROL?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

21. ¿CON QUE FRECUENCIA SUS FAMILIARES LE HACEN OBSERVACIONES RESPECTO A SU CONTROL DE PESO?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

22. ¿CON QUE FRECUENCIA LO ANIMAN SUS FAMILIARES A QUE REALICE EJERCICIO?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

23. ¿LE FELICITAN SUS FAMILIARES CUANDO SUS NIVELES DE GLUCOSA ESTAN NORMALES?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

24. ¿CON QUE FRECUENCIA LO ANIMAN SUS FAMILIARES PARA QUE TOME LOS ALIMENTOS INDICADOS EN SU DIETA?

FRECUENTEMENTE ALGUNAS VECES. NUNCA.

25. ¿CON QUE FRECUENCIA LE REVISAN LOS PIES SUS FAMILIARES PARA DETECTAR LESIONES?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES NUNCA.

26. ¿CON QUE FRECUENCIA LE ACOMPAÑAN SUS FAMILIARES A LA CONSULTA DE CONTROL?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

27. ¿REALIZA UD. ALGUN TIPO DE EJERCICIO?

SI NO NO DA LUGAR

SI CONTESTO QUE "SI" HACER LA SIGUIENTE PREGUNTA.

27.1 ¿LE ACOMPAÑAN SUS FAMILIARES A REALIZAR EL EJERCICIO?

SI NO NO DA LUGAR

27.2 ¿LES AGRADA A SUS FAMILIARES HACER EJERCICIO CON UD.?

SI NO NO DA LUGAR

28. ¿ESTA LLEVANDO LA DIETA DE DIABETICO PRESCRITA POR EL MEDICO O NUTRICIONISTA?

SI NO NO DA LUGAR

29. ¿CON QUE FRECUENCIA SU FAMILIA TOMA LOS MISMOS ALIMENTOS QUE USTED?

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

30. ¿CON QUE FRECUENCIA SUS FAMILIARES LE RECUERDAN QUE ES HORA DE TOMAR SU MEDICAMENTO.

FRECUENTEMENTE. ALGUNAS VECES. NUNCA.

31. ¿LE INDICAN SUS FAMILIARES EL PORQUE NO DEBE DE TOMAR ALIMENTOS FUERA DE SU DIETA?

SI NO

32. ¿LE DICEN SUS FAMILIARES LA IMPORTANCIA DE TOMAR SUS MEDICAMENTOS?

SI NO

33. ¿LE SEÑALAN SUS FAMILIARES QUE DEBE DE CUIDAR SUS PIES?

SI NO

OBSERVACIONES: _____

APLICO _____ FECHA DE APLICACION _____

APENDICE B

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON.
FACULTAD DE ENFERMERIA.
MAESTRIA EN ENFERMERIA.

ENCUESTA A FAMILIAR DE PACIENTE DIABETICO.

NO _____

1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____
2. EDAD _____ 3. SEXO _____ 4. PARENTESCO _____
Anos cumplidos M/F Hijo(a)/esposo(a)/nuera/otros.
5. ESCOLARIDAD _____
Primaria Comp/Incomp, Secundaria Comp/Incomp, Otra Comp/Incomp.
6. ¿SU FAMILIAR TRABAJA ACTUALMENTE? SI NO NO DA LUGAR
7. ¿SU FAMILIAR HA TENIDO QUE CAMBIAR SU FORMA DE TRABAJO DEBIDO A LA DIABETES? SI NO NO DA LUGAR
8. ¿EN QUE CONSISTIO EL CAMBIO? _____
9. LA DIABETES HA CAUSADO ALGUNA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN SU FAMILIAR? SI NO NO DA LUGAR
SI CONTESTO QUE "SI" HACER LA SIGUIENTE PREGUNTA:
9.1 ASEO PERSONAL
SI NO NO DA LUGAR
9.2 ELABORACION DE ALIMENTOS A LA FAMILIA
SI NO NO DA LUGAR
9.3 REALIZACION DE EJERCICIO
SI NO NO DA LUGAR
9.4 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CON AMIGOS.
SI NO NO DA LUGAR
10. ¿SABE SU FAMILIAR CUALES ALIMENTOS NO DEBE DE INGERIR O INGERIR CON _____ MEDIDA?

11. MENCIONE AL MENOS TRES CUIDADOS QUE DEBE TENER SU FAMILIAR EN LOS PIES.

12. ¿LOS ZAPATOS DE SU FAMILIAR DEBEN DE TENER ALGUNA CARACTERÍSTICA EN ESPECIAL? MENCIONE DOS.

13. MENCIONE AL MENOS TRES MOLESTIAS QUE PUEDEN PRESENTARSE EN SU FAMILIAR CUANDO LA AZUCAR ESTÁ ELEVADA.

OBSERVACIONES:

APLICO:

FECHA DE APLICACION: _____

APENDICE C

CODIFICACION DE ENCUESTAS.

ENCUESTA A PACIENTE DIABETICO.

I DATOS DE IDENTIFICACION

Años de Diagnóstico	de 0 a 5	1
	de 6 a 10	2
	mas de 10	3
Escolaridad	Primaria completa	1
	Primaria incompleta	2
	Secundaria completa	3
	Secundaria incompleta	4
	Profesional completa	5
	Profesional incompleta	6
trabaja actualmente	Si	2
	No	1
	No da lugar	0
Cambio de trabajo	Si	2
	No	1
	No da lugar	0
En que consistió el cambio	Cambio por limitación	1
	Suspensión total	2
Limitación de las actividades de la vida diaria	Si	2
	No	1
	No da lugar	0
Cambio en el Aseo Personal	Si	2
	No	1
	No da lugar	0

Elaboracion de alimentos a la familia	Si	2
	No	1
	No da lugar	0
Realizacion del ejercicio	Si	2
	No	1
	No da lugar	0
Consumo de bebidas alcoholicas con amigos.	Si	2
	No	1
	No da lugar	0
Sabe cuales lim to no debe ingerir o ingerir con m ca	Bien (Menciona tres alimentos)	2
	Escaso (Menciona uno o dos alim)	1
	Ausente (No sabe o menciona alimentos que se pueden ingerir)	0
Conoce los cuidados que deben tener or los pies.	Bien (Menciona tres cuidados)	2
	Escaso (Menciona uno o dos cuidados)	1
	Ausente (No menciona nada)	0
Conoce la tecnica de zapatos	Bien (Menciona dos)	2
	Escaso (Menciona na)	1
	Ausente (No menciona nada)	0
Conoce las molestias que puede presentar cuando aumenta la glucosa.	Bien (Menciona tres molestias)	2
	Escaso (Menciona dos o una mol)	1
	Ausente (No menciona nada o lo hace en forma incorrecta)	0
Compre el medicamento para la D.M. por los familiares.	Frecuentemente	2
	Algunas veces	1
	Nunca	0
Compra de medicamentos para la D.M por los familiares	Frecuentemente	2
	Algunas veces	1
	Nunca	0
Pago de costos de los exámenes de laboratorio por los familiares.	Frecuentemente	2
	Algunas veces	1
	Nunca	0
Observacion de los familiares con respecto al control de peso.	Frecuentemente	2
	Algunas veces	1
	Nunca	0
Incentivan lo familia res para la realizacion del ejercicio.	Frecuentemente	2
	Algunas veces	1
	Nunca	0
Lo felicitan los familiares por los niveles de glucosa normal.	Frecuentemente	2
	Algunas veces	1
	Nunca	0

Lo animan sus familiares para que tome alimentos incluidos en la dieta para DM	Frecuentemente Algunas veces Nunca	2 1 0
Le revisan sus familiares los pies para detectar lesiones.	Frecuentemente Algunas veces Nunca	2 1 0
Frecuencia con que lo acompañan sus familiares a consulta de control.	Frecuentemente Algunas veces Nunca	2 1 0
Realiza ejercicio.	Si No No da lugar	2 1 0
Lo acompañan sus familiares a realizar ejercicio	Si No No da lugar	2 1 0
Se ayuda a su familiar en el cuidado de los pies con usted	Si No No da lugar	2 1 0
Está en el año de la dieta para DM prescrita	Si No No da lugar	2 1 0
Frecuencia con que su familia toma los mismos alimentos que usted.	Frecuentemente Algunas veces Nunca	2 1 0
Frecuencia con que le recuerda su familiar la hora de tomar los medicamentos.	Frecuentemente Algunas veces Nunca	2 1 0
Le indica su familiar porque no debe tomar alimentos fuera de la dieta para DM	Si No	2 1
Le indica su familiar importancia de tomar los medicamentos	Si No	2 1
Le indica su familiar importancia de cuidar los pies.	Si No	2 1

APENDICE D

INSTRUCCIONES PARA EL DESARROLLO DE LA ENCUESTA.

1. Acudir a la aplicacion de las encuestas con uniforme e identificacion para proporcionar confianza al entrevistado.
2. Identificarse como personal del equipo de salud y explicar el motivo de la entrevista.
3. En caso de no encontrar al familiar cuando se acude al domicilio dejar un mensaje escrito en el domicilio o con el vecino sobre el dia y hora de la proxima visita.
4. Al finalizar la entrevista informar al entrevistado que todos los datos son confidenciales y solicitar su participacion.
5. Poner en marcha el cuestionario y llenado de la entrevista, realizando las preguntas con claridad y sin cambiar el sentido de las mismas.
6. Aclarar cualquier duda que surja durante la encuesta con el proposito de que las respuestas sean lo mas objetivas posibles.
7. Al terminar la encuesta despedirse y dar las gracias por la atencion prestada.
8. Si no se encuentra al familiar del paciente en su domicilio por tres ocasiones eliminar la encuesta y seleccionar otro paciente.

