

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**ESTUDIO SOBRE FACTORES FAMILIARES QUE
INFLUYEN EN LA OBSERVANCIA DE MEDIDAS
PRESCRITAS PARA EL CONTROL DE LA
DIABETES TIPO II EN LOS PACIENTES DE
CLINICA NOVA DE MONTERREY, A. C.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

MARIA ZUNIGA CORONADO

DICIEMBRE DE 1998

TM

RC660

Z8

c.1



1080085713

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INDICIO EGAL E INEQUILIBRIO FAMILIARES QUE
EXISTEN EN LA OBSERVANCIA DE MEDIDAS
ESCRITAS PARA EL CONTROL DE LA
DEBILIDAD TIPO II EN LOS PACIENTES DE
GENICA NOVA DE MONTERREY, A. C.

T E S I S

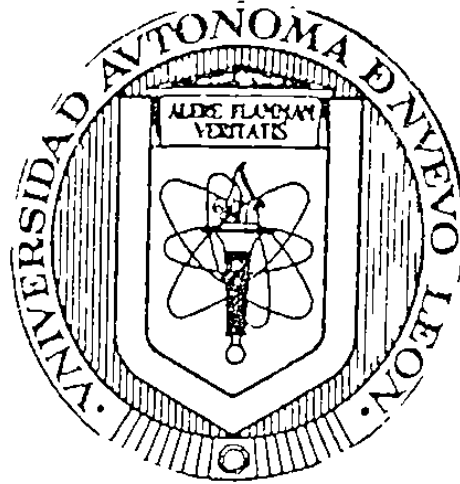
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

MARIA ZUÑIGA CORONADO

DICIEMBRE DE 1998

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



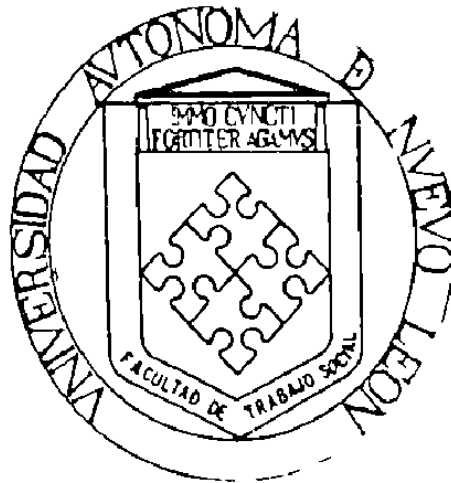
**ESTUDIO SOBRE FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA
OBSERVANCIA DE MEDIDAS PRESCRITAS PARA EL CONTROL DE LA
DIABETES TIPO II EN LOS PACIENTES DE CLINICA NOVA DE MONTERREY
A.C.**

**TESIS QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**

MARÍA ZÚÑIGA CORONADO

DICIEMBRE DE 1998

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**ESTUDIO SOBRE FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA
OBSERVANCIA DE MEDIDAS PRESCRITAS PARA EL CONTROL DE LA
DIABETES TIPO II EN LOS PACIENTES DE CLINICA NOVA DE MONTERREY
A.C.**

**TESIS QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE MAestrÍA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**

MARÍA ZÚÑIGA CORONADO

**ASESOR
M.T.S. EMA ADAME WELSH**

DICIEMBRE DE 1998



Dedicatoria:
A mi esposo, a mis hijos
y a todas las personas que hicieron posible
la realización de este estudio

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, quien en su afán de lograr la excelencia académica a través de la capacitación y preparación de sus docentes, me brindó el apoyo económico necesario para la realización de mis estudios de maestría y para la realización de la tesis.

A la Lic. María Irene Cantú Reyna, Directora de la Facultad de Trabajo Social por la comprensión y apoyo a la presente investigación.

A la M.T.S. Luz Amparo Silva Morín, Directora de estudios de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social, por su valioso apoyo.

A la M.T.S. Ema Adame Welsh, asesor principal de esta tesis, por compartir su vasto conocimiento y experiencia para la realización de esta tesis.

A mi esposo por su apoyo y comprensión

Al Dr. Manuel Barquet, Coordinador de Medicina Interna de Clínica Nova, por brindarme todo el apoyo y las facilidades necesarias para realizar la investigación.

A la Lic. Adriana Carreón, enfermera educadora de Clínica de la diabetes, quien con su valioso apoyo, nos permitió el acceso a la población estudiada, mi más sincero agradecimiento.

A la Srita. Mónica Bustillos Rangel, por su participación en la etapa de recolección de datos, por su responsabilidad y entrega demostrados en todo momento.

Mi más sincero agradecimiento a todas las personas y compañeras que me brindaron su ayuda para la realización de la presente tesis.



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

A QUIEN CORRESPONDA:

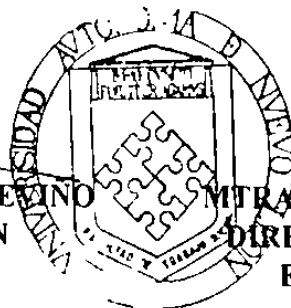
Los suscritos, Miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la
Lic. MARIA ZUÑIGA CORONADO

hacen constar que han evaluado y aprobado la Tesis "**ESTUDIO SOBRE FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA OBSERVANCIA DE MEDIDAS PRESCRITAS PARA EL CONTROL DE LA DIABETES TIPO II EN LOS PACIENTES DE CLINICA NOVA DE MONTERREY, A.C.**", en vista de lo cual extienden su autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Maestría en Trabajo Social.

MTS. EMMA ADAME WELSH
ASESOR DE LA TESIS

MTRO. JOSE MA. INFANTE BONFIGLIO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN
DE TESIS

DRA. GUILLERMINA GARZA TREVINO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN
DE TESIS



MTRA. LUZ AMPARO SILVA MORIN
DIRECTORA DE LA DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Diciembre 7 de 1998

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1:JUSTIFICACIÓN

1.1. Antecedentes y justificación.....	1
1.2. Objetivos de estudio.....	7

CAPÍTULO 2:MARCO TEÓRICO

2.1. El comportamiento humano.....	8
2.2. El comportamiento humano en la salud.....	9
2.3. Modelos de comportamiento.....	9
2.4 El comportamiento deseable en la diabetes tipo II.....	12
2.4.1. El tratamiento en la diabetes	12
2.4.2. Aspectos del comportamiento para el control de la diabetes tipo II... ..	18
2.5. El papel de la familia en la salud.....	20
2.5.1. Etapa y tamaño de la familia.....	22
2.5.2. Tipos de familia.....	23
2.6. La comunicación familiar.....	25

CAPÍTULO 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS GENERALES

3.1. Modelo rector.....	28
3.2. Hipótesis.....	29
3.3. Descripción de las variables.....	30
3.4. Institución donde se realizó la recolección de datos.....	36
3.5. Diseño del instrumento de recolección de datos.....	37
3.6. Prueba piloto.....	38
3.7. Selección de la muestra.....	38
3.8. Selección y adiestramiento de los encuestadores.....	39
3.9. Recopilación de los datos.....	40
3.10. Codificación, captura y procesamiento de los datos.....	40
3.11. Análisis estadístico de los datos.....	40

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

4.1. Características sociodemográficas de la población entrevistada.....	45
4.2. Variables independientes.....	46
4.2.1.Variables familiares.....	47
4.2.2.Variables tiempo de tener diabetes y antecedentes.....	47
4.2.3.Variables conducta de apoyo de la familia en las medidas prescritas	48
4.2.4.Variable comunicación familiar.....	53
4.3. Variable dependiente:conducta del paciente en las medidas prescritas.....	56

4.4. Variable satisfacción del apoyo familiar recibido en el tratamiento..... 61

CAPÍTULO 5:ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LOS DATOS

5.1. Variable asistencia al médico y su relación con las variables..... 63
5.2. Variable seguimiento de la dieta y su relación con las variables..... 64
5.3. Variable ejercicio y su relación con las variables..... 69
5.4. Variable asistencia a pláticas educativas y su relación con las variables..... 75

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS..... 85

BIBLIOGRAFÍA..... 89

ANEXOS

LISTA DE CUADROS

CUADRO No. 1.....	46
Distribución de la población según el tipo de familia	
CUADRO No.2.....	46
Distribución de la población según tamaño de la familia	
CUADRO No.3.....	47
Distribución de la población de acuerdo a los años de casado	
CUADRO No. 4.....	47
Distribución de la población según tiempo de tener diabetes	
CUADRO No.5.....	48
Distribución de la población según antecedentes de diabetes.	
CUADRO No.6.....	53
Frecuencia de comunicación pareja sobre el estado de salud, la dieta, el tratamiento y el ejercicio.	
CUADRO No.7.....	54
Frecuencia de comunicación con hijos casados sobre el estado de salud, la dieta, el tratamiento y el ejercicio.	
CUADRO No.8.....	55
Frecuencia de comunicación con hijos solteros sobre el estado de salud, la dieta, el tratamiento y el ejercicio.	
CUADRO No.9.....	56
Regularidad de asistencia al médico	
CUADRO No.10.....	57
Regularidad de asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.11.....	58
Frecuencia de observancia de la dieta	
CUADRO No.12.....	61
Satisfacción por el apoyo recibido de la pareja, de los hijos casados y de los hijos solteros para el control de la diabetes	
CUADRO No.13.....	63
La variable asistencia al médico y su relación con las variables	
CUADRO No.14.....	64
La variable seguimiento de la dieta y su relación con las variables	
CUADRO No.15.....	65
Frecuencia de preparación de la dieta y su relación con el seguimiento de la dieta	
CUADRO No.16.....	66
Comunicación con pareja sobre dieta y su relación con el seguimiento de la dieta.	
CUADRO No.17.....	67
Comunicación con hijos casados sobre dieta y su relación con el seguimiento de la dieta.	
CUADRO No.18.....	68
Comunicación con pareja sobre el tratamiento y su relación con	

el seguimiento de la dieta.	
CUADRO No.19	69
La variable ejercicio y su relación con las variables	
CUADRO No.20	70
El sexo y su relación con la realización del ejercicio	
CUADRO No.21	71
La ocupación y su relación con la realización del ejercicio	
CUADRO No.22	72
Comunicación con pareja sobre el ejercicio y su relación con la realización del ejercicio.	
CUADRO No.23	73
Comunicación con hijos casados sobre el ejercicio y su relación con la realización del ejercicio.	
CUADRO No.24	74
Comunicación con hijos solteros sobre el ejercicio y su relación con la realización del ejercicio.	
CUADRO No.25	75
La variable asistencia a pláticas educativas y su relación con las variables	
CUADRO No.26	76
El estado civil y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.27	77
Observancia de la dieta y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.28	78
Realización de ejercicio y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.29	79
Comunicación con pareja sobre dieta y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.30	80
Comunicación con pareja sobre ejercicio y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.31	81
Comunicación con hijos solteros sobre ejercicio y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.32	82
Comunicación con pareja sobre el tratamiento y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.33	83
Etapas del ciclo familiar y su relación con la asistencia a pláticas educativas	
CUADRO No.34	84
El tipo de familia y su relación con la asistencia a pláticas educativas	

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

La promoción a la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por lo que, el individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de modificar o adaptarse al medio ambiente, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social (carta de Ottawa, 1986).

La promoción y protección a la salud, representa un movimiento renovador de la salud pública, que implica acciones educativas, y cambios ambientales capaces de aumentar el bienestar y de modificar comportamientos y condiciones de riesgo, asociados con las incidencias de enfermedades crónicas no transmisibles; cáncer de pulmón, cáncer hepático, diabetes, entre otros (Ruiz, 1989).

El análisis de la mortalidad de México desde 1950, señala un proceso de transición, debido al incremento de la proporción de muertes atribuidas a enfermedades crónicas, representando este grupo de patologías el 10% en 1950, y para 1991 aumenta al 45%.

Las enfermedades crónicas que tienen mayor impacto en la mortalidad de la población mexicana, son las enfermedades cardiovasculares, nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico, que representaron el 38.7% del total de las causas de mortalidad para 1991, con 159,214 defunciones (Secretaría Estatal de Salud, 1997).

Para 1996, según el Instituto de Geografía, Estadística e Informática (INEGI, 1996), las principales enfermedades crónicas de mayor impacto en la mortalidad son las enfermedades de corazón, con 65,693 defunciones, los tumores malignos, con 49,916 casos, la diabetes mellitus con 34,865, las enfermedades cardiovasculares, con 24,344 y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, con 21,753, la nefritis, el síndrome nefrótico y nefrosis, con 10,286 casos.

En lo que respecta a la morbilidad en el país, la encuesta nacional de enfermedades crónicas realizada en 1993 por la Dirección General de Epidemiología del Instituto Nacional "Salvador Zubirán" a la población de 20 a 69 años reporta que los principales padecimientos crónicos y los factores de riesgo detectados fueron: la

corporal, con predominio en la región abdominal. La encuesta nacional de enfermedades crónicas realizada en 1993, expresa que en el país, el 21.4% de la población de 20 a 69 años tiene obesidad.

Entre las causas de la diabetes se encuentra la herencia, ya que la predisposición a ésta, se adquiere a través de los genes que transmiten todos los rasgos hereditarios.

Dolger y Seeman (1994:31), expresan: "una persona proveniente de una familia diabética tiene más probabilidad de contraer la enfermedad que una persona de una familia no diabética".

También, ciertas drogas, tales como diuréticos para la alta presión, hormonas, pastillas para el control natal y esteroides, como la cortisona, utilizados para muchas enfermedades, incluyendo la artritis pueden, ocasionalmente, desatar diabetes en una persona predispuesta. La destrucción del páncreas por ciertas enfermedades como la cirrosis, tiroides, hipófisis, también pueden causar diabetes.

Otro factor asociado a la diabetes es la obesidad. Dolger y Seeman (1994:28), señalan: "que las personas obesas son más propensas a la diabetes que aquellas de peso normal. Cuando el consumo de alimentos es mayor que los requerimientos metabólicos, se incrementa la posibilidad de la diabetes".

La diabetes mellitus es considerada causa importante de invalidez debido a complicaciones derivadas de la propia enfermedad. Las complicaciones a largo plazo incluyen: retinopatía periférica, riesgo de úlceras en los pies, amputación, articulación de Chercot y neuropatía automática causante de disfunciones gastrointestinales, genitourinarias, cardiovasculares y sexuales. Las complicaciones de mayor incidencia son la cardioateroesclerosis, enfermedad vascular periférica y cerebrovascular.

La Secretaría Estatal de Salud (1997), establece que la cardiopatía isquémica se presenta en los sujetos con diabetes, de 2.0 y 3.0 veces más que el de la población no diabética. En lo que respecta a las enfermedades cerebrovascular, los riesgos son de 3.1 por varones y de 2.6 por mujeres. La insuficiencia arterial periférica también es un padecimiento que se presenta de 4 a 5 veces más en diabéticos, que en la población en general. Así mismo, la diabetes mellitus constituye la primera causa de amputación no traumática y la primera causa de ceguera en México.

Entre los factores por los cuales la diabetes mellitus es considerada uno de los principales problemas de salud de la población mexicana, se debe a que es una de las enfermedades crónicas que ha presentado las elevaciones de mayor importancia, como causa directa y subyacente de la mortalidad. En 1922, la tasa de diabetes por 100 mil habitantes, fue de 2.5%, en 1930 de 2.7%, en 1940 de 4.2%, en 1950 de 4.8%, para 1960 se incrementa a 8.0%, en 1970 asciende a 15.5%, en 1980 a 21.9% y para 1990 se registra el 30.8%, ascendiendo a 36.4 para 1995 (INEGI 1995).

En 1995, según la fuente indicada anteriormente, la diabetes ocupó el cuarto lugar de muerte de la población mexicana, con un total de 33,316 defunciones, ocupando los hombres el 5o. lugar, con 14,674 decesos, y las mujeres el 3er lugar, con 18,641 fallecimientos.

En cuanto a la morbilidad, encontramos que en el mismo año, en las Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud: Secretaría de Salud, Institutos Nacionales, IMSS, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos y el Departamento del D.F., estuvieron hospitalizados con diagnóstico de diabetes mellitus, un total de 92,562 personas, de los cuales 38,915 fueron hombres y 53,644 eran mujeres (INEGI 1995).

En 1996, la diabetes continuó ocupando el cuarto lugar de causa de muerte en los mexicanos, presentándose 34,865 defunciones, de las cuales 15,459 eran hombres y 19,402 mujeres. Las edades en que se presentó el mayor número de defunciones fue de 65 años y más, con 20,424 casos y de 45 a 64 años con 12,171 casos (INEGI 1998).

En cuanto a la morbilidad hospitalaria por diagnóstico principal de egreso en el Sistema Nacional de Salud, se presentaron 94,308 casos por diabetes mellitus.

La encuesta nacional de enfermedades crónico-degenerativas realizada en 1993, estima que existen en el país de 3 a 4 millones de personas con diabetes, de 7 a 8 millones con deficiente tolerancia a la glucosa y de 35 a 37 millones de personas sin, diabetes expuestas a factores de riesgo.

En el Estado de Nuevo León, en 1993, la diabetes mellitus ocupó el cuarto lugar como causa de muerte general y de 1994 a 1997, ocupa el tercer lugar.

El promedio anual de casos nuevos registrados por la Secretaría Estatal de Salud en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud es de 9,157 casos en el período de 1990 a 1997. La tasa de mortalidad por esta enfermedad en 1996 fue de 35.0% y en 1997 de 36.7%.

Así, pese al importante camino que se ha recorrido y pese a los esfuerzos realizados por el personal médico y paramédico, tanto en las instituciones del sector público como del privado, para disminuir los índices de morbi-mortalidad de la diabetes, los resultados no han sido muy alentadores, pues los datos indican que dicho padecimiento va en ascenso, siendo precisamente la región del norte del país la que presenta la tasa de prevalencia mayor de dicho padecimiento (9.9%).ya que la región centro presenta una prevalencia de 6.9% y la región sur, un 6.6%. (Encuesta nacional de enfermedades crónicas,1993).

Dentro de las instituciones privadas de salud que existen en nuestra entidad, se encuentra Clínica Nova de Monterrey, A.C., la cual, al mes de mayo de 1998, tenía registrados 1,313 pacientes con diagnóstico de diabetes, lo que representa un 5% de

la población atendida. Del total de pacientes, el 1% tiene diabetes tipo I y el resto, presenta diabetes tipo II. (Clínica de la Diabetes, 1998).

Clínica Nova de Monterrey, A.C., es uno de los campos de práctica profesional de la Facultad de Trabajo Social de la U.A.N.L. Dentro de ésta, se encuentra la clínica de la diabetes, la cual tiene por objetivo prevenir las enfermedades y fomentar la salud a través de la implementación de programas tendientes a lograr la sensibilización y la educación del paciente y su familia, a fin de lograr un óptimo control de su padecimiento y evitar la aparición de complicaciones.

Sin embargo, los resultados logrados no han sido muy alentadores, pues tan solo en 1996, se presentaron 565 casos de diabetes que tuvieron complicaciones, las neuropatías registraron 177 casos, la retinopatía 211, la nefropatía 52, el pie diabético 11 y las amputaciones 14. Así mismo, de 1997 a 1998, se registraron 20 casos nuevos y del total de la población diabética, solo un 23.6% acude a educación para la diabetes. (Clínica de la Diabetes, 1989).

Se ha definido al trabajo social, como una tecnología que aplica los conocimientos de las ciencias sociales para lograr el cambio de valores, actitudes y comportamiento de las personas, a fin de que prevengan y/o resuelvan los problemas que se les presentan.

Para lograr el control de la diabetes, se torna indispensable que el paciente esté consciente de su situación y del papel que debe desempeñar en el tratamiento, lo que implica la adopción de una conducta favorable hacia éste. Es aquí, donde la labor del trabajador social cobra su máxima importancia, ya que ésta se dirige a crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas, así como de los recursos disponibles, con el fin de que las personas asuman una acción organizada y preventiva transformadora, que los lleve a superar los problemas que les afectan.

Conscientes de este compromiso que se tiene, y de la necesidad imperiosa de reducir el índice de la diabetes así como el de las complicaciones en los pacientes que la padecen, es que nace la inquietud de realizar la presente investigación, a fin de conocer la relación que algunos factores, principalmente familiares, pueden guardar con el comportamiento del paciente hacia las medidas indicadas por el médico para el control de la diabetes. Así mismo, se pretende conocer los principales obstáculos que los pacientes tienen para seguir dichas medidas.

El interés del estudio por los aspectos familiares, es por que se considera que la familia constituye uno de los recursos principales que el paciente tiene a su alcance para lograr la prevención, curación y/o control de las enfermedades que le aquejan. Los resultados de esta investigación, permitirán la implementación de programas dirigidos a lograr la adopción de valores hacia la salud, el cambio de actitudes y de comportamiento, tanto de los pacientes, como de sus familias, para controlar la diabetes y evitar o retardar las complicaciones.

Consideramos que los aportes que el trabajador social puede hacer en el campo de la salud, en lo concerniente a la realización de investigaciones sobre las variables sociales que inciden en las enfermedades, le permitirán mejorar su intervención. En tal sentido, la realización de estudios científicos en el campo de la salud, le permite a la profesión actuar con bases sólidas, dando respuesta a las necesidades reales de la población, superando así, el activismo profesional.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL.

Conocer como se relacionan algunas variables sociodemográficas del paciente, las variables familiares, la variable apoyo familiar y comunicación, con las variables asistencia al médico, asistencia a pláticas educativas, observancia de la dieta y del ejercicio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Conocer la relación que tiene el sexo, la ocupación, la escolaridad y el estado civil del paciente con la asistencia al médico, la observancia de la dieta, la realización de ejercicio y la asistencia a pláticas educativas.
- 2.- Conocer de qué manera se relaciona el tipo y etapa cíclica de la familia con la asistencia al médico, la observancia de la dieta, la realización de ejercicio y la asistencia a pláticas educativas.
- 3.- Identificar de qué manera se relaciona la comunicación con el cónyuge y los hijos con la observancia de medidas prescritas para el control de la diabetes.
- 4.- Establecer la relación que existe entre la asistencia a pláticas educativas y la observancia de medidas indicadas para el control de la diabetes.
- 5.- Determinar si existe relación entre el apoyo que la familia brinda en las medidas indicadas para el control de la diabetes y la observancia de éstas, por parte del paciente.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. EL COMPORTAMIENTO HUMANO

La etología, ciencia del comportamiento de los seres vivos, ha realizado importantes progresos en el análisis del comportamiento de los animales, incluyendo al hombre. Una de las cosas que ha demostrado, es que la conducta del hombre es muy variada y creadora, situándose al mismo tiempo en cinco sistemas; ecológico, biológico, psíquico, social y cultural, los cuales están interrelacionados e interdependientes (San Martín, 1983).

De igual manera, Dicarpio (1981) establece que la conducta de las personas está determinada por factores genéticos, ambientales-situacionales y por la propia personalidad del individuo.

La herencia influye en la conducta, ya que se hereda una estructura constitucional específica, que influye en gran medida sobre los estilos de vida que se pueden desarrollar. No se puede entender las causas de la conducta, sin considerar también las influencias orgánicas. La fatiga puede provocar depresión, irritabilidad y apatía. Un malestar físico puede incapacitar temporalmente a la persona, de tal manera que la inquietud primordial para él, es el aliviarse.

El medio físico y cultural, juega un papel importante y continuo en la determinación de la forma y funcionamiento de la conducta. Se nace dentro de una cultura, lo cual impone demandas y presiones, además de que prescribe las soluciones aceptables a los problemas que se plantean.

La personalidad, en sí misma, representa una fuente de conducta, ésta es algo que se puede describir, que se desarrolla, que cambia y tiene principios de funcionamiento que se pueden conocer. Cuando la conducta no se puede explicar por causas externas, se puede recurrir a las variables de la personalidad, como los sentimientos, los impulsos y las ansiedades, las cuales se infieren de la conducta.

San Martín (1981), establece tres premisas básicas para analizar el comportamiento humano, en primera instancia, expresa que el comportamiento se adquiere y se desarrolla por aprendizaje social. En la segunda premisa, establece que el comportamiento es un proceso muy complejo y variable debido a que está condicionado por factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales. Finalmente,

en la tercera premisa, expresa que lo ya conocido permite considerar a la conducta humana como un sistema organizado, con estructura, funciones e historia.

2.2. EL COMPORTAMIENTO HUMANO EN LA SALUD

Es evidente que existen variaciones del comportamiento humano en la salud, ya que el nivel de salud de una comunidad está condicionado por factores económicos, biológicos, físicos-químicos, políticos y culturales y aunque el comportamiento del hombre está encaminado a satisfacer sus instintos y necesidades biológicas, el ambiente sociocultural condiciona el comportamiento (Sánchez,1983).

Así, la relación del hombre con los conceptos sobre la vida, la salud-enfermedad, la muerte, están medidos por el conjunto de creencias, valores y signos que han apropiado de la cultura a la que pertenecen (López, 1990).

Por lo tanto, la forma en que las personas perciben, experimentan y enfrentan a la salud-enfermedad, depende de sus creencias, valores y metas (Michel, 1988).

Sin embargo, los conceptos sobre salud y sobre los problemas de enfermedad que las personas tienen, pueden ser erróneas o apropiadas, lo que los lleva a la adopción de ciertas actitudes hacia la salud o la enfermedad (Vega y García, 1984).

La población mexicana se caracteriza por su alto sentido religioso y de superstición, lo cual es reforzado por el analfabetismo y la baja escolaridad en muchas comunidades. Los conocimientos sobre salud y enfermedad, basados en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación, atribuyen a castigos divinos o a fenómenos sobrenaturales o mágicos las causas de las enfermedades, influyendo en la conducta de los diabéticos (Sánchez,1983).

2.3. MODELOS DE COMPORTAMIENTO

El origen de los modelos y de las normas del comportamiento del hombre, residen en la estructura específica de la sociedad y en los tipos de cultura que predominan en esa sociedad, de tal manera que las motivaciones que impulsan a las personas a actuar en determinada forma, reflejan las actitudes, creencias, mitos, costumbres, tradiciones, normas, leyes, conocimientos y valores acumulados por la sociedad (Sa Martín,1983).

Este enfoque de comportamiento basado en la influencia de la cultura, permite la incorporación de modelos de comportamiento que suplantán a los genéticos.

Arredondo y Meléndez (1992), expresan que existen diversos modelos que explican el motivo por el cual la población hace uso o no, de los servicios de salud de atención médica. Entre éstos modelos, se encuentra el epidemiológico, el cual

pretende abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud. El modelo psicosocial y social que intenta abordarlo en la etapa de deseo y búsqueda de la atención, y el modelo económico que aborda el problema en la etapa de inicio y continuación de la atención.

El modelo psicosocial, fue propuesto por Irown M. Rosenstock (1974) en los años 50 y se basa en el concepto de "health behavior", es decir, la actividad que realiza una persona que cree estar sana, con el propósito de prevenir la enfermedad. Este modelo es visto potencialmente útil para predecir conductas preventivas que llevan a cabo los individuos, así como la ejecución de intervenciones que aumentan la práctica de conductas preventivas o protectoras de la salud. Otro aspecto, en el cual es utilizado el modelo, es para conocer la conducta del paciente en los tratamientos y recomendaciones médicas.

Este modelo, llamado también modelo de creencias de la salud, especifica las siguientes variables que contribuyen a entender el comportamiento de las personas en el área de salud(Rosenstock y Becker, 1984).

1.- Percepciones Individuales.

En esta variable, se contempla el estado psicológico de alerta o aprehensión para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad.

La susceptibilidad percibida, es la probabilidad estimada de los individuos de encontrarse con un problema específico de salud. La seriedad percibida incluye amplias y severas implicaciones clínicas como la muerte, o implicaciones sociales como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la escuela, la vida familiar y las relaciones sociales.

2.- Variables Modificadoras.

Estas variables son las que pueden afectar las creencias del individuo y por lo tanto, pueden influenciar de manera directa la predisposición a emprender una acción preventiva. Estas variables se clasifican en:

-Variables Demográficas: Son los factores inherentes de la persona, como son: sexo, edad, raza, estado civil, ocupación y escolaridad.

-Variables Socio-Psicológicas: Entre estas variables, está la clase social, influencias y apoyo de grupos sociales, familiares y presión de amigos, parientes y conocidos.

-Variables Estructurales: Como el conocimiento acerca de la enfermedad, previo al contacto con ésta.

-Variables que Afectan la Probabilidad de Acción:Estas variables hacen referencia a las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar los servicios.

Los beneficios percibidos, son las creencias sobre la efectividad de las diversas acciones preventivas recomendadas y evaluadas por el paciente, como el potencial de la intervención de salud para reducir la susceptibilidad o severidad de la enfermedad a la cual se siente sujeto.

Las barreras percibidas, son los obstáculos reales o percibidos para llevar a cabo la conducta preventiva, medidos por la estimación del paciente del costo financiero, de lo desagradable, del dolor, etc.

5.-Variables precipitantes o Detonantes: El nivel de alerta o aprehensión provee la energía o fuerza de actuar, y la percepción de beneficios, proporciona un patrón preferente de acción. Los factores detonantes pueden ser internos (percepción del estado corporal) o externos (interacción interpersonal , impacto de medios de comunicación, etc.).

APLICACIÓN DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

De este modelo, se retoman algunas componentes que se considera son de utilidad para conocer la relación que algunas variables pueden tener con la observancia de medidas para el control de la diabetes.

Del componente formado por variables modificadoras, son consideradas las variables demográficas del paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente: edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

De las variables socio-psicológicas propuestas por el modelo, se retoma la variable de apoyo de la familia, en los aspectos que conforman el tratamiento para el control de la diabetes y la variable comunicación familiar.

En cuanto a las variables de acción, se consideran las acciones realizadas por el paciente para el control de la diabetes, en lo relacionado a seguimiento del régimen dietético, asistencia a pláticas educativas, realización de ejercicio y asistencia al médico.

Retomando estos aspectos planteados por el modelo de creencias de la salud, se conforma el modelo rector de la investigación (ver modelo rector) en donde se clasifican las variables en sociodemográficas, interviniente, precipitantes y dependiente.

2.4. COMPORTAMIENTO DESEABLE EN LA DIABETES TIPO II.

2.4.1. EI TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

La búsqueda de una curación para la diabetes, ha sido una de las más largas investigaciones en la historia del ser humano, iniciándose hace aproximadamente tres mil quinientos años, y hasta la fecha, todavía está fuera de alcance la curación.

Dolger y Seeman (1994:46), mencionan que los progresos logrados, consisten en un medio para tratar el principal síntoma de la diabetes: el que se refiere a la incapacidad de metabolizar el azúcar.

El diabético no puede curarse del padecimiento, pero puede someterse a un tratamiento que le permite reducir sus efectos, manteniéndola controlada.

El gran problema que los investigadores han afrontado para poder encontrar una curación a la diabetes, es que no se conoce la causa o causas de la enfermedad, sólo se conoce que hay algo que se descompone en el mecanismo insulínico, lo cual interfiere con el metabolismo de los carbohidratos.

El objetivo de la medicina moderna, es hacer que la enfermedad y su tratamiento, sean de lo más simple posible, tratando de que el diabético lleve una vida normal.

Solano (1994:67), expresa que la dieta, al igual que el ejercicio, la insulina, los medicamentos orales y la educación, son importantes en el control de la diabetes, ya que permiten la reducción y mantenimiento del nivel de glucosa, tan cerca como sea posible a lo normal.

Por su parte, García (1994) establece que el tratamiento de la diabetes mellitus se basa en medidas no farmacológicas que incluye dieta, ejercicio y la educación del paciente y la terapia farmacológica que se realiza con agentes conocidos como hipoglucemiantes orales.

La American Diabetes Association (1994), establece que el tratamiento para el control de la diabetes incluye, entre otros aspectos, a la alimentación, el ejercicio, la toma de medicamentos y la educación para la diabetes.

Medicamentos.

Bischoff (1993), expresa que todas las asociaciones de diabetes del mundo, recomiendan la dieta como elemento básico para el tratamiento del control de la diabetes.

Sin embargo, aunque ésta sea considerada como el tratamiento ideal, muy pocos pacientes se apegan a las indicaciones dietéticas, por lo que ha sido necesario desarrollar una serie de medicamentos que ayuden al control del padecimiento.

Después de usar la insulina, se empezaron a emplear las biguanidas, después de la segunda guerra mundial, operaron las sulfonilureas y, en los años ochenta, se comenzaron a emplear los inhibidores de alfa-glucosidasas. Estos tratamientos tienden a disminuir los niveles de glucosa, una vez que ésta ya se ha absorbido en el intestino, permitiendo disminuir la resistencia a la insulina, mejorando los niveles de la misma.

Recientemente, se han realizado estudios para encontrar la forma de controlar el metabolismo, no después de haberse absorbido la glucosa, sino en pasos anteriores, lográndose crear una sustancia conocida como acarbose, la cual es un pseudotetracárido similar a la glucosa, que tiene una elevada afinidad con las enzimas alfa-glucosidasas y al unirse a ellas, les impide su actividad, retrasando la absorción de la glucosa.

Estudios realizados en distintas partes del mundo, sobre la eficacia del acarbose fueron presentados en el Simposio Internacional sobre avances en el manejo de la diabetes, en noviembre de 1993.

En Alemania, el Dr. Bischoff realizó estudios en animales, demostrando que desde el punto de vista farmacológico, el acarbose optimiza el retraso de la absorción de hidratos de carbono y retarda o previene las complicaciones diabéticas crónicas.

En Canadá, en septiembre de 1993, fueron publicados los resultados de los estudios realizados en seres humanos por el Dr. Ross, demostrándose que el acarbose es efectivo para disminuir los valores de hemoglobina glicosilada y para disminuir la glucemia postprandial. Se demostró también que se puede prevenir complicaciones.

Los mismos resultados se encontraron en los estudios realizados por el Dr. Splenger, en Alemania. En México, son pocos los resultados realizados al respecto. El Dr. García (1994), expresa que los datos de la única experiencia del uso de acarbose demostraron que éste mejoraba el perfil glucémico de los diabéticos; no obstante su uso, se debe insistir en la dieta y el ejercicio, además de que puede ser utilizado con otros medicamentos orales como la sulfanilurea, la biguanida e incluso, con la insulina. Entre los efectos indeseables, se encontraron los que se relacionan con el aparato gastrointestinal; flatulencia, meteorismo, diarrea, gas y dolor abdominal.

Asistencia al médico

La American Diabetes Association (1994), establece la asistencia regular del paciente a las citas médicas, como un aspecto del tratamiento para el control de la diabetes.

Dolger y Seeman (1994:191), señalan "es vital el contacto estrecho con el doctor en todas las etapas de la diabetes, y especialmente importante para el paciente anciano".

La dieta en los pacientes con diabetes.

Desde 1923, con el descubrimiento de la insulina y posteriormente con la aparición de medicamentos hipoglucemiantes eficaces, la dieta dejó de ser el único recurso

terapéutico; no obstante, continúa siendo una parte fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus (Fratini y Araiza, 1993).

La American Diabetes Association (1994), establece que el tratamiento médico nutricional, es el elemento más importante para individuos con diabetes tipo II, siendo para mucha gente con diabetes leve moderada, la combinación de nutrición y ejercicio, lo único que se necesita para controlar las anormalidades metabólicas asociadas con dicha enfermedad.

Los primeros tratamientos nutricionales para diabéticos, eran difíciles y algunas veces insoportables; sin embargo, en muchos casos, permitieron que el paciente sobreviviera más tiempo. Actualmente se acepta que la dieta del paciente diabético, debe aproximarse a los márgenes nutritivos recomendados para las personas normales, a menos que el paciente esté excedido de peso, o sufra alguna complicación, como el hipertiroidismo. En tales casos, puede haber un incremento o disminución en las necesidades nutritivas.

A los pacientes que son tratados sin insulina, se les prescribe una dieta que proporcione una limitación de carbohidratos, que varía desde leve a moderada. Los pacientes obesos, deben reducir su peso para llegar al normal. Por lo general, basta una dieta de mil doscientas calorías. Para los diabéticos que no son obesos, y que muestran muy poca azúcar en la orina, pueden controlar su padecimiento reduciendo el consumo diario de carbohidratos y comiendo las grasas y proteínas adecuadas: carne, huevo, pescado y queso.

Las personas con diabetes juvenil, especialmente los niños, no deben someterse a dietas limitantes, sólo deben eliminarse los azúcares concentrados, bebidas gaseosas, caramelos, jaleas y mermeladas, esto debido a que los niños requieren de una nutrición adecuada para crecer.

Los diabéticos que tienen peso normal y que toman insulina o medicamentos orales, no deben comer en exceso. En lo posible, la dieta del diabético, debe mantenerse dentro del patrón normal de sus hábitos de alimentación y comer en los horarios prescritos, no retardando ni perdiendo comida alguna. (Dolger y Seeman,1994:70-73).

La dieta para los pacientes con diabetes, tiene como objetivos: lograr cifras normales de glucosa y lípidos sanguíneos, alcanzar y mantener el peso normal, ya que el 80-90% de los pacientes con diabetes tipo II son obesos, y contribuir a evitar o retardar complicaciones agudas y crónicas (American Diabetes Association,1994).

Ejercicio.

El ejercicio y el plan de alimentación, son desde siempre, los elementos básicos en el tratamiento de la diabetes mellitus. Ya antes de que Banting descubriera la insulina en 1921, y de que estuvieran disponibles las sulfonilureas en los años cincuenta, el plan de alimentación y el ejercicio, eran la piedra angular en la atención de estos pacientes, y lo son en la actualidad.

El ejercicio no es sólo de beneficio para los pacientes con diabetes, es recomendable también que lo practique la población en general, ya que están comprobados sus efectos sobre la función cardiovascular, tensión arterial, concentración de lípidos y da mayor sensación de bienestar en las personas que lo realizan en forma regular.

Después de iniciada la era de la insulina, Lawrence, evidenció la importancia del ejercicio, al describir cómo se potencializaba la disminución de la glucosa que producía la inyección de insulina exógena, con lo cual, disminuían los requerimientos de ésta; desde entonces, se utiliza el ejercicio para mejorar el control de la glucemia y con ello, lograr un control metabólico más adecuado (Zúñiga, 1994).

Teóricamente, en un paciente diabético cuyo control es excelente y, por lo tanto, su balance entre hormonas y sustratos energéticos es normal, la actividad física produce los mismos cambios que en una persona normal. En cambio, si el control diabético es malo o deficiente, los cambios que produce el ejercicio pueden ser adversos y hasta ocasionar algunas complicaciones.

Tanto la obesidad como la inactividad, contribuyen al desarrollo de intolerancia a la glucosa, en individuos genéticamente predispuestos, el ejercicio puede retrasar o prevenir la diabetes tipo II, en esas poblaciones de alto riesgo (American Diabetes Association, 1994).

El ejercicio ha demostrado que mejora la sensibilidad a la insulina, ayuda a disminuir de peso, y el control de la glucemia es mejor. Se ha demostrado también, una mejoría significativa del riesgo cardiovascular, a través de una disminución de riesgos, comúnmente asociados al desarrollo de enfermedad coronaria. En la población general, así como en personas con diabetes, se ha comprobado que el ejercicio regular y constante, disminuye el riesgo, e incluso puede mejorar la enfermedad coronaria (American Diabetes Association, 1994).

Otro de los beneficios del ejercicio, es utilizarlo en la prevención o retardo de la aparición de la resistencia a la insulina, enfermedad cardiovascular, o diabetes mellitus, en personas con un alto riesgo de desarrollarlas, sobre todo, aquéllos individuos con historia familiar de diabetes mellitus o enfermedades cardíacas, mujeres que tuvieron diabetes gestacional, mujeres multíparas, o que tuvieron productos de más de 4 kilos al nacer, o individuos obesos (Zúñiga, 1994).

Los riesgos del ejercicio pueden ser mínimos, cuando se realiza un cuidadoso examen médico, para asegurar una función cardiovascular adecuada y ausencia de complicaciones crónicas de la diabetes, que pueden agravarse al realizar ejercicio, sobre todo si es intenso, por lo que es muy importante determinar si están presentes, antes de involucrar al paciente en un programa de ejercicio.

Hay dos tipos de programas de ejercicio: aeróbico y anaeróbico. El primero utiliza grupos musculares grandes, con movimientos alternos y por períodos prolongados, gasta gran cantidad de energía, pero proporciona acondicionamiento muscular, pulmonar y cardíaco. El ejercicio anaeróbico o de fuerza, utiliza sólo algunos grupos

musculares, son actividades breves y se les aplica gran resistencia (levantamiento de pesas), sin un gasto muy alto de energía y sin proporcionar acondicionamiento cardiovascular efectivo.

La mayoría de los especialistas y fisiólogos, recomiendan el ejercicio aeróbico como el que más beneficios presenta. Un buen programa de ejercicio, debe ser recomendado en personas con diabetes, como parte del tratamiento, junto con el plan de alimentación y los medicamentos.

Para el desarrollo del ejercicio, se deben seguir las siguientes indicaciones: Realizar una evaluación inicial, y en base a ello, elaborar un programa de ejercicio para el paciente, motivar y educar al paciente y tomar precauciones especiales.

El programa de ejercicio debe ser individualizado, tomando en cuenta las preferencias de la persona para realizarlo.

Para que se produzcan los cambios que se pretende conseguir con el ejercicio, cada sesión debe durar de 20 a 45 minutos, al 50 a 70% de la capacidad máxima, pero depende de la edad, el tiempo disponible y el nivel de entrenamiento físico (Zúñiga,1994).

El ejercicio debe realizarse como mínimo tres sesiones por semana, o alternando un día sí y otro no, para lograr que mejore la capacidad cardiovascular, el control glucémico y metabólico, así como la sensibilidad a la insulina. Si al mismo tiempo se desea perder peso (Diabetes insulinoindependiente), es necesario realizar las sesiones a diario, cinco veces por semana (American Diabetes Association,1994).

Con frecuencia, todas las personas necesitan motivación para realizar el ejercicio, ya que el entusiasmo inicial puede ser de corta duración, por ello, el ejercicio debe resultar divertido y disfrutado por quien lo realiza. La familia y amistades cercanas, deben de estar enteradas de que el paciente está iniciando un programa de ejercicio para que lo ayuden, apoyen y animen a seguirlo, recomendando hacer el ejercicio acompañado de alguien.

Lo anterior es más fácil de llevar a cabo, si el paciente sabe y conoce los beneficios del ejercicio, la fisiología de la actividad física, los cambios que va a desarrollar y las complicaciones que puede evitar (Zúñiga,1994).

Educación para la salud

El derecho a la salud, incluye acciones dirigidas a la población en general, pues los individuos están frecuentemente expuestos a contraer enfermedades, que les impiden el desarrollo adecuado de sus actividades.

La Ley General de la Salud (1993), considera la importancia de realizar acciones para proteger, promover y restaurar la salud, pretendiendo a través de la promoción, crear, conservar y mejorar las condiciones deseables para toda la población, y propiciar en el individuo, las actitudes, valores y conductas adecuadas, para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo con sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el de aquella, así como la capacidad para contribuir de manera consciente y constructiva, con el proceso de desarrollo. Es aquí, en donde la educación para la salud juega un papel importante en el cambio de actitudes y de conducta en el individuo, tanto hacia la salud, como hacia la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1954), define la educación para la salud, como "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella".

Se puede dar en dos niveles:

- 1) Para los que no tienen los conocimientos adecuados.
- 2) Para quienes tienen los conocimientos, pero no los practican.

Vega (1979:90), menciona que las metas de la educación, son la comprensión de las características de la conducta, en relación con los problemas de salud y la posibilidad de influir en ella, con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud.

Griffiths (1972), señala que los esfuerzos en educación para la salud, deben de ser enfocados, en primer lugar, al individuo que carece de los elementos adecuados para mantenerla, y en segundo lugar, al individuo, que teniendo los conocimientos, no los practica por diversas razones.

Menciona además, que la educación para la salud, le concierne al individuo, a la familia, a las instituciones sociales y a las condiciones económicas que facilitan o impiden al individuo, obtener el máximo nivel de salud posible.

En la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades y en la prolongación de la vida, no sólo intervienen factores relacionados con el ambiente físico y biológico, sino también los relacionados con las creencias y formas de conducta del individuo, por lo tanto, el educador en salud debe considerar las características sociales, culturales y económicas de la población, las motivaciones y las barreras hacia los cambios de conducta (Vega,1979).

Educación para la diabetes

Ovalle (1994), señala que el control adecuado de la diabetes, permite tener una vida prácticamente normal sin embargo, muchos pacientes con diabetes, sufren múltiples molestias y desarrollan complicaciones que son causa de incapacidad física y/o mental, a la larga o, inclusive, de muerte prematura.

En tal sentido, la información completa y veraz, se torna indispensable para que sea transformada en acciones que modifiquen la conducta y hasta el estilo de vida de las personas con diabetes.

Para dicho autor, el tratamiento de la diabetes principia y termina con la educación, siendo la pieza clave, en el equipo de control del padecimiento, el propio paciente. Así, la educación continua en el tratamiento de la diabetes, es la piedra angular que permite seguir el camino hacia una vida mejor y más prolongada de dichas personas.

La educación es entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje que permite la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades y destrezas, y la modificación de las actitudes sobre el estado de salud (López y otros,1993).

Así, el campo de la educación en diabetes, ha ido más allá de la enseñanza de los aspectos teóricos y prácticos de la enfermedad, agregándose la modificación de la conducta o el comportamiento, así como la reducción de la ansiedad y el estrés.

Por su parte, San Martín (1990), menciona que la educación, es uno de los pilares de la medicina preventiva y del fomento a la salud, y que la finalidad es ayudar a los individuos a alcanzar la salud, mediante su propio comportamiento y esfuerzo.

El autor señala que para obtener mejores resultados en el cambio de conducta, es necesario conocer tanto los intereses del individuo, como del grupo al que pertenece, ya que la mayoría de las personas tienen inclinación de adoptar las normas ya adoptadas por la familia, los amigos, o los compañeros de trabajo.

Para él, la educación cambiará la conducta de la persona, en la medida que ésta comprenda lo que deba hacer y cuando vea que el hacerlo le produce ventajas.

Pérez y otros (1993), expresan que debido a la complejidad cada vez mayor de la diabetes mellitus, la educación ha dejado de ser una actividad improvisada para tomar un carácter formal, con la finalidad de que el paciente logre el óptimo estado de salud mediante un eficiente control metabólico de la enfermedad.

2.4.2.ASPECTOS DEL COMPORTAMIENTO PARA EL CONTROL DE LA DIABETES TIPO II.

La diabetes tipo II, generalmente ocurre en la etapa de la vida en que ya se han establecido firmemente comportamientos existentes; la modificación del comportamiento en este tipo de diabetes, comprende la adopción de un estilo de vida sano y el desempeño de las actividades implicadas en el manejo de ésta.

La American Diabetes Association (1994), establece que los comportamientos deseables para el control de la diabetes tipo II, difieren en cada individuo, pero generalmente incluyen los siguientes aspectos:

1.-Alimentación sana.

Para la mayoría de los pacientes que son obesos, deben tener una restricción calórica moderada y modificar los hábitos de alimentación para lograr una mínima reducción de peso (10% del peso original).

2.-Ejercicio regular.

Los beneficios del ejercicio son grandes, lo que convierte al ejercicio regular en comportamiento deseable. El control de la glucosa sanguínea, de los lípidos séricos y el condicionamiento general, mejoran con una rutina de ejercicio regular practicando como mínimo 3 veces por semana para reducir el peso. Las personas obesas requieren de 5 veces por semana. El ejercicio debe ser tanto aeróbico como de fortaleza.

3.-Toma de medicamento para la diabetes.

Los medicamentos se deben tomar en forma segura, regular y en el tiempo indicado.

4.-Auto-monitorización de la glucosa sanguínea.

El paciente debe ser capaz de practicarse el automonitoreo sanguíneo y utilizar la información obtenida para modificar la alimentación, el ejercicio y los medicamentos.

5.-Cuidado de los pies.

Se debe realizar el cuidado rutinario de los pies. Los comportamientos para el cuidado de éstos incluyen: dejar de fumar, usar calzado cómodo, conservar limpios los pies, evitar traumatismos y tener conocimiento de los problemas que requieren atención.

6.-Manejar adecuadamente la enfermedad.

Para manejar la diabetes, es importante saber cómo mantener una nutrición e hidratación adecuada y saber evitar complicaciones graves.

7.-Desarrollar un sistema de apoyo y habilidades para enfrentar problemas.

El contar con el apoyo de los miembros de la familia, hace más sencillo enfrentar los retos del cuidado personal de la diabetes. Desarrollar habilidades para resolver problemas, ingresar a grupos de apoyo y educar a los miembros de la familia para lograr el apoyo en el tratamiento, son los comportamientos deseables de este aspecto.

8.-Utilizar el sistema de atención a la salud.

Esto incluye asistir frecuentemente a las consultas con el médico, a las citas con especialistas, realización de exámenes periódicos dentales y oculares, y la obtención de educación de acuerdo a sus necesidades.

La modificación del comportamiento, generalmente ocurre en forma gradual, recidiendo el éxito de la modificación de ésta, en la educación individualizada para lograr el desarrollo de las habilidades necesarias para que el paciente desempeñe el comportamiento deseable. Involucrar a los miembros de la familia en la educación, favorece la modificación del comportamiento incrementando la red de ayuda disponible (American Diabetes Association, 1994).

2.5. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA SALUD

El avance de la epidemiología en este siglo, ha demostrado que muchas de las enfermedades prevalentes en el mundo, están relacionadas con estructuras sociales determinadas y con el comportamiento individual. Horwitz y otros (1985), señalan que durante muchos siglos, el interés prioritario en salud, se centró en la prolongación de la vida, dejando en un plano secundario a las consideraciones psicosociales de la persona enferma.

Dentro de los esfuerzos actuales de la atención médica por otorgar un enfoque más humanista y personalizado, la familia adquiere un papel destacado.

Horwitz (1982), establece que los factores familiares entran en la solución de los problemas de salud del individuo, pues considera que la familia es el ambiente social más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad.

Por su parte, San Martín (1990) expresa que las funciones mismas de la medicina son de carácter social, el fenómeno de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de la salud, la rehabilitación del inválido, requieren actividades de grupo y métodos sociales, además de técnicas médicas. Dentro de los grupos en los que se realizan actividades tendientes a restaurar la salud, se encuentra la familia.

Así mismo, Leñero (1987) establece que la familia es la unidad social más inmediata y más significativa de la conducta demográfica: la natalidad, la mortalidad y los fenómenos concomitantes, nupcialidad, parto, enfermedad y muerte, ocurren dentro de ésta.

Las decisiones, pautas y conductas demográficas, se ventilan mediante acuerdos, desacuerdos, conflictos, consensos, dependencias, etc., entre los miembros del grupo familiar (Leñero, 1987).

Por ello, no se puede desconocer la importancia de la participación real, central y activa de la familia, en busca de soluciones a su problemática cotidiana. Más aun, en el caso de los programas de salud, pues la familia es su mejor agente, ya que los valores de ayuda mutua, de solidaridad de las relaciones familiares e interfamiliares, permiten mejorarla.

Horwitz y otros (1985), señalan que la consideración de la familia en el campo de la salud, ha permitido que las diversas disciplinas estudien las relaciones entre la organización familiar y el desarrollo biológico de sus miembros. Entre los aportes de las ciencias de la conducta se encuentran los siguientes:

La familia como unidad biopsicosocial.

Este enfoque establece que en cada familia se transmiten creencias y hábitos, así como percepciones de riesgo para la salud, las cuales condicionan las actitudes y conductas de los miembros, frente a la enfermedad y a la utilización de los servicios médicos.

La familia como unidad de salud y atención médica

Esta concepción, plantea la necesidad de visualizar a la familia también como unidad de salud y atención médica, no sólo por la transmisión de pautas familiares, sino porque el proceso que se inicia con la definición de la enfermedad hasta su curación, está lleno de decisiones sociales que toma el grupo familiar, acuda o no a las instituciones de salud oficiales.

Algunas de las decisiones, se relacionan con la percepción de una alteración de la normalidad como enfermedad, la validación preliminar del papel del enfermo, los pasos iniciales para buscar ayuda, la determinación de a quién hay que acudir y el cumplimiento de las indicaciones recibidas, Horwitz (1982).

La familia como grupo

En el lenguaje cotidiano, la familia suele designar un grupo social concreto con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio, o la red de relaciones interpersonales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro.

Sin embargo, la definición funcional de la familia como unidad de atención médica, incluye en el núcleo familiar a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial, entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y que, por lo general, pero no siempre, están ligadas por lazos de parentesco.

El manejo de pacientes con enfermedades crónicas, la existencia de problemas de tipo emocional o de conflictos interpersonales, o las crisis familiares causadas por una enfermedad mortal o por la muerte, son casos en los que es necesaria la participación y cooperación de todos los integrantes de la familia. También la actitud del grupo familiar puede ser determinante en el seguimiento o interrupción del tratamiento. Estando determinada fuertemente la adhesión a los tratamientos por las normas y actitudes de la familia.

La familia como sistema integral

En la actualidad, los profesionales del área médica, toman en cuenta todos los factores que influyen en los estados de salud y de enfermedad, teniendo con ello, una visión integral de los fenómenos.

Es importante mencionar, que la idea de considerar todos los objetos en su totalidad y la idea de que el todo es más que la suma de sus partes, existió desde Aristóteles y Platón. Dichas ideas fueron retomadas por la teoría de sistemas, considerándose como su exponente principal a Von Bertalanffy.

Von Bertalanffy (1901-1972), fundamentó su trabajo en la biología, expresando que el estado característico de los organismos, es el de un sistema abierto y es abierto en el sentido de que intercambia material con su medio ambiente. Mediante las entradas y salidas de materiales, se producen cambios en los componentes (Lilienfeld, 1984).

Aseguró, además, que el estado de equilibrio que mantiene un organismo, da lugar a la idea de un estado constante.

Además de los sistemas abiertos, existen los sistemas cerrados, éstos poseen retroalimentación negativa, son incapaces de modificarse, son estáticos, en cambio, los sistemas abiertos son dinámicos y fluidos, y permiten la diferenciación adaptativa con el medio ambiente, siendo el mejor ejemplo de este último **la familia** (Ramírez, 1997).

Ramírez (1997:36), señala que "La familia es un sistema de la sociedad, es parte de un todo, y las personas son subsistemas de la familia. Cuando la familia presenta problemas, al igual que una persona, el padecimiento no es sólo alteración de uno de sus componentes, sino el resultado en la alteración del orden armonioso y jerárquico del sistema como totalidad, esto es, todos sus componentes se ven afectados".

Aplicado lo anterior a la familia de un paciente, se debe entender a ésta para conocer al miembro enfermo. El equilibrio familiar es esencial y se mantiene por mecanismos de retroalimentación positiva y negativa, de tipo verbal y emocional entre sus miembros.

Además, no sólo se deben considerar los miembros de la familia, sino también sus interrelaciones, la jerarquía y su funcionamiento, ya que éstos dependen del patrón de comunicación efectiva y nutritiva y del control efectivo, a través del subsistema controlador (autoridad).

Por último, el mismo autor señala que en un sistema familiar, sus miembros e interrelaciones, cambian para ajustarse a las diversas fases del ciclo de vida familiar, esto es, las relaciones cambian de acuerdo a la edad y a la etapa del desarrollo familiar.

El enfoque para examinar a la familia como sistema integral, se apoya más en las relaciones interpersonales, que en los individuos aislados, siendo el aporte más importante del éste: la comprensión de la interacción entre los diferentes componentes de la salud familiar (físico, mental individual y la interacción entre los miembros de la familia) y su modificación a lo largo del tiempo (Horwitz y otros, 1985).

2.8.1 Etapa y tamaño de la familia

Los ciclos vitales de cada individuo, se engranan con los de otros miembros de su familia y conforman el ciclo vital familiar: etapa de formación, etapa de expansión, etapa de consolidación y apertura y etapa de disolución.

En la adaptación a la enfermedad, la familia desempeña un papel fundamental y va modelando la respuesta a través de su ciclo vital (Horwitz y otros, 1985).

Por su parte, Leñero (1983), establece tres etapas de desarrollo de la familia:

Familias iniciales; menos de 15 años de casados, o en unión marital.

Familias en etapa media; de 15 a 25 años de casados, o en unión marital.

Familias en etapa final; más de 25 años de casados o en unión marital.

En cuanto al tamaño de la familia, dicho autor, realiza la siguiente clasificación:

-Familias pequeñas, compuestas por 2 o 4 miembros.

-Familias medias, compuestas de 5 a 6 miembros y

-Familias grandes, formadas por más de 6 miembros.

Señala además, que una familia que vive el aumento de su tamaño, a medida que el tiempo de su constitución avanza, puede presentar problemas, pero también beneficios, sin embargo, el crecimiento familiar obedece a un ciclo que conduce hacia la desintegración del núcleo original.

En cuanto a este aspecto, centramos nuestra atención para la presente investigación, el conocer si la etapa en la que se encuentran las familias de nuestros pacientes entrevistados, está relacionado con la frecuencia de comunicación de éste, con los miembros de la familia, así como el tamaño de la familia.

2.8.2. Tipos de familia.

El tipo de familia, es uno de los aspectos que interesa abordar en el presente estudio, existiendo diferentes clasificaciones realizadas por distintos estudiosos de la familia, basándose principalmente, en la composición y organización de la misma.

Nos interesa en particular, para la presente investigación, la clasificación realizada, según su composición, por el Dr. Luis Leñero Otero (1983) y por William J. Goode (1966).

Leñero (1983), divide la familia, según se composición, en:

-Consanguínea extensa: tres generaciones presentes y dos parejas mínimo.

-Consanguínea mixta: semiextensa, más que nuclear

-Nuclear: padres e hijos.

-Seminuclear: un padre y sus hijos.

-Unipersonal: una sola persona.

Expresando además, que en México se distinguen dos tipos de familias, que se han considerado como las más comunes o tradicionales:

a) La familia nuclear, que está formada por padre, madre e hijos.

b) La familia extensa o consanguínea, que está formada por los familiares del padre y de la madre, tales como los progenitores de ambos, hermanos y otros familiares cercanos.

Dicho autor, señala que la familia extensa, es considerada extraordinariamente importante dentro de la sociedad, a pesar de que puede ser fuente de conflictos,

siendo más los beneficios que proporciona, por que es determinante en el apoyo que puede prestar en momentos de crisis.

Por su parte, Goode (1966), establece dos formas principales de familias: la nuclear y la prolongada. La nuclear la define como la unidad compuesta de esposo, esposa y sus hijos. Cuando la familia es ampliada por generaciones o por aumento de otras unidades nucleares, la llamó "familias prolongadas", en las que varias generaciones viven bajo el mismo techo. La importancia de la familia prolongada, se encuentra en las ventajas que ofrece en ciertas circunstancias, entre las que se encuentran el que los miembros que viven en dichas familias, pueden recurrir a otras personas en demanda de ayuda y en donde los ancianos, los enfermos y los lisiados, representan menos carga para este tipo de familias, en comparación con las familias nucleares o conyugales, pues las familias prolongadas pueden más fácilmente sostener a los miembros no productivos, que el tipo más pequeño de unidad familiar (nuclear) no puede.

Otra ventaja que ofrece la familia prolongada, es que a pesar de los cambios que vive, ésta es más duradera que la familia nuclear, y aunque individualmente vienen y van, la unidad sigue manteniendo su identidad propia y sus responsabilidades colectivas.

En lo referente a las familias conyugales, el autor señala que el hecho de que las familias nucleares o conyugales dependan menos de la red de parentesco, ya que la mayor parte de sus parientes políticos y consanguíneos están relativamente excluidos de las decisiones diarias de la familia conyugal, trae por consecuencia, que ni los miembros, ni la unidad familiar, puedan contar con mucho apoyo para un flujo de servicios o ayuda mutua.

Por otra parte, puesto que este tipo de sistema, no contiene grandes agrupaciones de parientes que ofrezcan varios servicios socio-asistenciales, no tiene una forma sencilla de velar por los dependientes, desvalidos, los enfermos y los ancianos, dejando a éstos a cargo de las instituciones de seguridad social.

Aunque la familia prolongada es más probable que se encuentre en marcos no urbanos y no industrializados, sigue teniendo importancia, sobre todo en los países subdesarrollados, pues como menciona Goode (1966:4), "aún en las sociedades más industrializadas y urbanas, en donde se supone que la persona sigue una vida desarraigada y anónima, la mayor parte de las personas están en frecuente interacción con los otros miembros de la familia".

La vida cotidiana mexicana, es la vida familiar con mayor evidencia que en ningún otro país de América del Norte o de Europa. La sobrevivencia de los mexicanos, depende de su familia.

En este aspecto, resulta importante para nuestra investigación, conocer el tipo de familia que tienen los pacientes con diabetes, y la relación que esta variable guarda con las conductas de apoyo en el tratamiento y control del padecimiento, esto debido a que dentro del tratamiento, la educación para la salud juega un papel importante, sobre todo en las enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado, como

es el caso de la diabetes, en la que se hace imprescindible la cooperación de la familia.

2.6. LA COMUNICACIÓN FAMILIAR.

La familia provee la satisfacción de las necesidades integrales del hombre; sienta las bases de la supervivencia física y espiritual del individuo; es a través de la experiencia familiar, de la comunicación y de la empatía, como los miembros de la familia desarrollan lo esencial de cada uno de ellos, al encontrar el refugio y la alimentación material y anímica, que permite darle el sentido existencial humanista a su vida (Sánchez,1984).

La comunicación juega un papel importante en todas las esferas en las que el hombre se desenvuelve y, particularmente, en el aspecto de salud.

En el estudio de la comunicación humana, han existido tres momentos: El primero se atribuye al psicoanálisis, en el cual, la comprensión del conocimiento, se enriqueció a la luz de un enfoque dinámico, donde la óptica más importante fue intrapsíquica, lo que de alguna manera, limitó la aplicación de este modelo a otros campos conductuales como los fenómenos grupales o sociales.

El segundo momento, surge de la antropología, la cibernética, la teoría de las comunicaciones y la teoría general de sistemas, de las cuales, surge el enfoque sistémico-interaccional, que genera un modelo más grupal de aplicación a las ciencias de la conducta.

El tercer momento, se da en la segunda mitad del presente siglo, y se genera básicamente a partir del epistemólogo Gregory Bateson, y de investigadores del Mental Research Institute de Palo Alto, California, de donde surge la base conceptual de la pragmática de la comunicación humana, que se centra en el estudio de las interacciones, tal y como se dan entre los seres humanos (Fernández,1997:27). Se define la interacción, como la serie de mensajes intercambiables entre personas.

El autor, señala además, que existen dos tipos de comunicación: digital, que emplea la palabra para nombrar algo (comunicación verbal) y analógico, (comunicación no verbal), que emplea símbolos, dibujos, gestos, etc.

Satir (1988:31), define la comunicación como "La norma por la que dos personas miden mutuamente su "nivel de olla" (autoestima), y también es el instrumento por medio del cual, ese nivel puede modificarse para ambos. La comunicación abarca toda la amplia gama de formas en que las personas intercambian información; incluye la información que proporcionan y reciben y la manera en que ésta se utiliza.

Señala además, dos tipos de sistemas familiares: el abierto y el cerrado, en donde la principal diferencia entre ellos, es la reacción al cambio que proviene de fuera. Un sistema abierto, permite la posibilidad de cambios, el cerrado, admite muy poco o ningún cambio.

La comunicación en el sistema cerrado es indirecta, confusa, no específica e incongruente, las normas son secretas, anticuadas, inhumanas, inflexibles, el cambio tiene que conformarse a reglas establecidas, existen restricciones respecto a comentarios.

En el sistema abierto, la comunicación es directa, clara, específica, congruente y abierta, y estimula el crecimiento; las normas son abiertas, actualizadas, humanas y cambian cuando son necesarias, existe completa libertad para comentar cualquier cosa.

Tipos de comunicación

Sánchez (1984), expresa que la comunicación es "como una de las llaves que pueden abrir, entre otras, las puertas de la paz, la cordialidad y la orientación que puede derribar muchas barreras, lo ideal es fomentar y motivar la comunicación en la familia, ya que se considera un sistema vivo, cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia uno del otro".

Además, el autor hace referencia a tres tipos de comunicación:

Comunicación superficial:

Esta se usa para comentar asuntos sin trascendencia. Es el tipo de plática que se da entre gente que se conoce pero no se estima. En este nivel, es fácil insultar, vituperar o criticar sarcásticamente, por lo que con frecuencia, se comete el error de herir a quien nos habla con mayor profundidad. Nada es más dañino en la familia, que una constante comunicación superficial.

Comunicación social:

Se usa para comentar ideas, experiencias, vivencias o inquietudes personales, en forma fría y calculada, sin inmiscuir sentimiento.

Comunicación profunda:

Es la comunicación sin máscaras, ni escudos. Se da entre personas que se quieren, es un sistema abierto, en el que la familia expresa sus dudas, temores, anhelos, dolores, gustos, etc.

Watzlawick (1991), menciona varios axiomas de la comunicación. En el segundo axioma, señala que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto racional. El aspecto de contenido, lo define como la transmisión de la información, que es el mensaje y el aspecto de relación, se refiere a que todo tipo de mensaje debe entenderse.

Aunque los dos aspectos anteriores son importantes, pues los seres humanos se comunican tanto digital (verbal), como analógicamente (no verbal), nos centraremos a investigar algunos aspectos de contenido verbal, y dentro de ésta, nos interesan los aspectos sobre la diabetes que el paciente aborda con su cónyuge y con sus hijos casados y los hijos solteros de más de 15 años de edad, así como la frecuencia con que platican, ya que una persona con diabetes se encuentra todos los días ante

sus propias necesidades, por lo que se dirige siempre a su familia en busca de ayuda y consejo, para solucionar sus problemas de salud.

El mundo occidental, enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad, transformándose al mismo tiempo y es por ello, que la tarea psicosocial de la familia, de apoyar a sus miembros, adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente.

CAPÍTULO 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS GENERALES

3.1 Modelo rector de la investigación

Variables Independientes

Sexo
Edad
Estado civil
Escolaridad
Ocupación

Variable Interviniente

Familia:
Tipo
Etapa

Variables Precipitantes

Conducta de apoyo de la Familia en las medidas prescritas para el control de la diabetes:
Asistencia al médico
Asistencia a pláticas educativas
Dieta
Ejercicio
Comunicación

Variable Dependiente

Observancia de medidas prescritas para el control de la diabetes:
Asistencia al médico
Asistencia a pláticas educativas
Dieta
Ejercicio

3.1 Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de preparación de alimentos, mayor porcentaje de pacientes que siguen la dieta.

A mayor frecuencia de comunicación con el cónyuge o la pareja sobre los alimentos prescritos por el médico, mayor porcentaje de pacientes observen la dieta.

A mayor frecuencia de comunicación con hijos casados sobre la dieta, mayor porcentaje de pacientes que observan la dieta.

A mayor frecuencia de comunicación con la pareja sobre el tratamiento, mayor porcentaje de pacientes que observan la dieta.

Es mayor el porcentaje de hombres que realizan ejercicio que el de las mujeres.

El porcentaje de pacientes que no trabajan y que realizan ejercicio es mayor que el porcentaje de pacientes que trabajan y que realizan ejercicio.

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre el ejercicio que debe realizar para el control de la diabetes, mayor porcentaje de pacientes que lo realizan.

A mayor comunicación del paciente con sus hijos casados acerca del ejercicio prescrito por el doctor para el control de la diabetes, mayor porcentaje de pacientes realizan ejercicio.

A mayor frecuencia de comunicación de los pacientes con sus hijos solteros sobre el ejercicio que deben realizar para su control, mayor porcentaje de pacientes que realizan ejercicio.

Una mayor asistencia a las pláticas educativas sobre diabetes, posibilita que un mayor número de pacientes observen la dieta.

Una mayor frecuencia de asistencia a pláticas de educación para la diabetes, posibilita que un mayor porcentaje de pacientes realicen ejercicio.

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre la dieta, mayor porcentaje de pacientes asisten a las pláticas educativas

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre el ejercicio, mayor asistencia a las pláticas educativas.

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con sus hijos solteros sobre el ejercicio, mayor porcentaje de pacientes asisten a las pláticas educativas.

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre el tratamiento para el control de la diabetes, mayor porcentaje de pacientes que asisten a las pláticas educativas.

Los pacientes que se encuentran en la etapa final familiar, acuden más a las pláticas educativas que los pacientes que se encuentran en la etapa intermedia.

Los pacientes que tienen familias extensas acuden más a las pláticas educativas que aquéllos que tienen familia nucleares.

3.3. Descripción de las variables de la investigación

Con la finalidad de describir las variables sociodemográficas que conforman el modelo rector, se precisa el significado que representa cada una de ellas en esta investigación.

3.3.1. Variables descriptivas de la población entrevistada.

Los resultados de investigaciones de la conducta de la salud realizados por Rosenstock y Becker (1984), establecen que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo promotor de la salud, depende de la combinación de factores cognositivos y perceptuales del individuo y de factores modificantes.

Dentro de éstos últimos factores, están las variables socio-demográficas, pues se considera que la edad, el género, la etnicidad, la educación, la ocupación y los ingresos, están relacionadas o tienen influencia con la conducta promotora de la salud de individuos y grupos.

Por tal motivo, en el presente estudio se consideran las variables sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II: edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, a fin de conocer si éstas guardan relación con el seguimiento de las medidas indicadas por el doctor, para el control de la diabetes: observancia de la dieta, realización de ejercicio, asistencia al médico y a pláticas educativas.

3.3.2 Variables Intervinientes.

Horwitz y otros (1985), expresan que las creencias y hábitos transmitidos en cada familia, condicionan las actitudes y conductas de los miembros hacia la enfermedad, hacia la utilización de los servicios de salud y hacia el cumplimiento de las indicaciones recibidas para dar solución o controlar el padecimiento.

Así mismo, se ve a la familia como un grupo social de personas con relaciones interpersonales, con lazos de dependencia y de relaciones recíprocas, que permiten al individuo contar con el apoyo para resolver situaciones de crisis (aparición de enfermedades crónicas, problemas emocionales causados por una enfermedad mortal, etc.).

La respuesta que la familia da ante la enfermedad, ante la utilización de los servicios de salud y ante el tratamiento, se va modulando de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentra la familia (Horwitz y otros, 1985).

Por su parte, San Martín (1990) expresa que generalmente la prevención de enfermedades, la restauración de la salud y la rehabilitación, requieren actividades de grupos, estando dentro de éstos, la familia, ya que se considera que es el mejor agente de la salud.

Dada la importancia que reviste la familia, en la prevención de consecuencias en una enfermedad, consideramos para nuestro estudio, conocer la etapa del ciclo vital de la familia y el tipo de familia de nuestra población objetivo.

Etapa del ciclo de vida familiar.

Las limitaciones que sufre un enfermo diabético, requieren del apoyo de la familia para que lo ayuden en la vigilancia de su enfermedad y en la ejecución de acciones adecuadas.

Ramírez (1997), señala que en la familia, sus miembros e interrelaciones cambian para ajustarse a las diversas fases del ciclo de vida familiar.

En tal sentido, Gutiérrez y otros (1993:174), señalan: "la presencia de diabetes puede requerir ciertas adecuaciones en la vida familiar. Todas las familias tienen dificultades, las que se afrontan con mayor éxito, son aquéllas en las que todos colaboran".

Así mismo, expresan que la enfermedad no se puede separar del marco familiar, ya que la aparición de la diabetes, como padecimiento crónico, genera cambios en el interior de ésta, como consecuencia del sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del paciente, ya que requiere diversos tratamientos (dieta, ejercicio, medicamento, etc.). Dependiendo en gran medida estos cambios que se producen en el interior de la familia, de la etapa en la que ésta se encuentra, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos o demandas del paciente.

La ubicación de los pacientes en la fase del ciclo familiar, nos puede mostrar si éstos son en menor o mayor medida, dependientes de sus familias, pues a mayor edad, mayor aumento de enfermedades y, por consecuencia, de dependencia.

Consideramos en este aspecto, las etapas del ciclo familiar que Leñero (1983) establece:

Fase inicial: parejas que tienen menos de 15 años de casados; fase intermedia: de 15 a 25 años de casados y fase final: más de 25 años.

Tipo de familia.

El tipo de familia existente, condiciona y limita la capacidad que cada una pueda proporcionar, en el apoyo que el paciente con diabetes requiere.

Goode (1966), establece dos formas principales de familia: la nuclear y la prolongada, y llamó familias prolongadas a varias generaciones que viven bajo el mismo techo.

Señala que la importancia de la familia prolongada, se encuentra en las ventajas que ofrece en ciertas circunstancias, entre las que se encuentran, el que los miembros pueden recurrir a otras personas en demanda de ayuda, entre otras cosas, en caso de enfermedad.

Las familias nucleares, por el contrario, como dependen menos de la relación de parentesco, no pueden contar con mucho apoyo o ayuda mutua.

En este sentido, resulta importante para la investigación, conocer el tipo de familia que tienen los pacientes, y la relación que ésta variable puede guardar, con las conductas de apoyo en el tratamiento de la diabetes.

3.3.3. Variables Precipitantes**Conductas de apoyo de la familia en el tratamiento**

En todas las esferas del individuo, la familia adquiere una importancia relevante y en especial, en el área de salud, pues la familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de salud.

Gómez (1997:8), expresa "cada miembro tiene necesidades físicas, emocionales y sociales, sobre cada uno se ponen ciertas expectativas, obligaciones y demandas, la familia como grupo, tiene que cubrir sus necesidades y demandas, con lo que la familia se constituye como el primer recurso de cada persona."

Vega (1979), afirma que en México, se percibe al núcleo familiar como el centro de la vida individual, pues las decisiones en materia de salud, son el resultado del sistema de relaciones familiares. Afirma además, que el paciente debe recibir atención, afecto y reforzamiento, de parte de los miembros de la familia.

Con ello, la identificación y uso de los recursos familiares, en el tratamiento de las enfermedades, representa para la medicina familiar, un aspecto valioso para el diseño de estrategias para la recuperación de la salud.

Dada la importancia que las familias representan, tanto en la prevención como en el control de las enfermedades, es que se consideró dicha variable en nuestro estudio, a fin de conocer las conductas de apoyo que éstas brindan a los pacientes con diagnóstico de diabetes.

Dentro de esta variable, se seleccionaron los siguientes aspectos, relacionados con el tratamiento: asistencia al doctor, seguimiento de dieta, realización de ejercicio, todo ello apoyado con la asistencia a pláticas educativas.

Apoyo en la asistencia al médico

Un buen control de la diabetes, requiere la asistencia frecuente al doctor, al respecto, Dolger y Seeman (1994), señalan que es vital el contacto estrecho con el doctor, en todas las etapas de la diabetes y que es especialmente importante para el paciente anciano.

Dentro de esta variable, se contempló el indicador; persona que acompaña al paciente a sus citas médicas.

Apoyo en la Dieta

Gutiérrez y otros (1993), señalan que el apoyo que el paciente obtiene de su familia, gravita como elemento de gran importancia, para que siga su plan de alimentación, traduciéndose el apoyo en diferentes actividades, una de ellas, consiste en participar en la planeación y preparación de los alimentos, también el apoyo puede manifestarse evitando críticas innecesarias, cuando el paciente ocasionalmente se sale de su plan de alimentación.

Dentro de esta variable, es de interés conocer la forma en que la familia apoya al pacientes para que sigan la dieta prescrita.

Apoyo en el ejercicio

Al respecto, Gutiérrez y otros (1993), expresan que la colaboración e incluso la participación de algún familiar no diabético, puede ser determinante para que el paciente cumpla con el ejercicio prescrito.

En cuanto a esta variable, se torna importante conocer las formas en que la familia apoya al paciente para la realización del ejercicio.

Apoyo en la asistencia a pláticas educativas

La atención de la diabetes, depende de la capacidad y la habilidad de la familia, para aprender lo relativo al padecimiento y su control, así como a la adecuada observancia del mismo, por lo que es importante, que se establezca una adecuada funcionalidad en la dinámica familiar, en la que el cuidado de la diabetes sea una responsabilidad del grupo en su totalidad, para lo cual se requiere de la educación de todos, para que así, la rutina diaria del cuidado del diabético, se incorpore a la rutina de la vida familiar (Gutiérrez y otros, 1993).

Los autores señalan también: "el paciente puede obtener apoyo psicológico y práctico de su cónyuge u otro familiar, quien estará mejor preparado para enfrentar cualquier dificultad que resulte de la enfermedad, si también recibe instrucción sobre diabetes" (1993:175).

Por su parte, Ovalle (1993:55), expresa: "Debe quedar claro que el tratamiento de la diabetes principia y termina con la educación: Es inconcebible que se pretenda tratar a las personas con diabetes sin proporcionarles información".

En este aspecto, nos enfocamos a conocer las formas en que la familia apoya al paciente para que asista a las pláticas educativas.

Variable Comunicación

Al respecto, Gutiérrez y otros (1994:175), señalan: "Quizá el aspecto más importante de una relación familiar exitosa es la comunicación. Es importante que el paciente pueda discutir sus ideas y sentimientos, con el miembro de la familia que más le ayude y buscar soluciones juntos. La ayuda mutua para alcanzar el control de la diabetes, puede lograr acercamiento y contribuir a obtener una relación familiar más sana".

Basados en esta idea, centramos nuestra atención en la presente investigación, en la relación que puede existir entre la comunicación del paciente con su pareja, con sus hijos solteros de más de 15 años y sus hijos casados que viven en el área metropolitana de Monterrey, y la observancia del tratamiento médico (asistencia al médico, dieta y ejercicio).

Para medir esta variable, se seleccionó el indicador de frecuencia con que el paciente platica sobre su estado de salud, sobre la dieta y el ejercicio recomendados, así como del apoyo que necesita, tanto de su pareja, como de sus hijos solteros y casados, para seguir el tratamiento para el control del padecimiento.

3.3.4.Variable Dependiente: Observancia de medidas prescritas para el control de la diabetes.

Nuestra variable dependiente, es la observancia de medidas prescritas para el control de la diabetes, por parte de los pacientes de Clínica Nova de Monterrey, en el que se incluye: la asistencia al doctor, el seguimiento de la dieta, la realización de ejercicio y la asistencia a pláticas educativas.

Asistencia al médico

Como se señaló con antelación, la asistencia al doctor en todas las fases de la enfermedad, revisten una importancia fundamental para el control del padecimiento y para la prevención de complicaciones.

La ocurrencia frecuente del paciente al consultorio, permitirán que el médico fomente los hábitos de vida que ayuden a mejorar el control metabólico, además de que se le ofrecerán las mejores alternativas, en torno al medicamento, dieta y ejercicio, que le permitirán un mejor control de su padecimiento y por tanto, mejor calidad de vida (Lerman,1994).

Dieta

La dieta es importante en el control de la diabetes, al igual que el ejercicio, la insulina, los medicamentos orales y la educación del paciente.

En el último decenio, las organizaciones de salud, coinciden en diseñar y avalar lineamientos nuevos que sean aplicables a la población general, incluyendo diabéticos, en un intento de reducir al máximo las complicaciones derivadas de una dieta inadecuada.

El plan de alimentación es individual y se adapta a cada paciente, según su peso, edad, sexo, actividad física que realice, nivel social, cultural y económico, siendo importante la educación y motivación constante por parte del médico y el asesor nutricionista, para obtener mejores resultados.

En este aspecto, nos abocamos a conocer, si el paciente sigue la dieta indicada por su médico y la frecuencia con que lo hace. Así mismo, nos enfocamos a conocer los principales motivos por los que los pacientes no siguen la dieta.

Ejercicio

Después de iniciada la era de la insulina, se evidenció la importancia del ejercicio, al descubrir como se potencializaba la disminución de la glucosa que producía la inyección de insulina exógena, con lo cual disminuían los requerimientos de ésta. Desde entonces, se utiliza el ejercicio para mejorar el control de la glucemia y con ello, lograr un control metabólico más adecuado (Zúñiga,1993:79).

Es evidente los múltiples beneficios que el ejercicio provoca, no sólo a las personas con diabetes, sino a toda la población.

Dada la importancia de este aspecto en el tratamiento, es que se incluye esta variable en nuestro estudio, abocándonos a conocer si el paciente realiza ejercicio, la frecuencia con que lo hace, el tiempo que le dedica y el principal obstáculo por el cual no lo realizan.

Asistencia a pláticas educativas

La asistencia a pláticas educativas, fue considerada parte del tratamiento para el control de la enfermedad, pues los resultados de los estudios realizados por Brown¹ en 1990, en adultos con diabetes, demostraron que el impacto de la educación en las personas con diabetes, son consistentes con una mejoría importante en el logro de un mejor control de la enfermedad y, por consiguiente, en evitar el desarrollo de complicaciones y prolongar la vida del paciente.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS,1954), considera que la educación para la diabetes, es una actividad planeada de enseñanza-aprendizaje donde, con el uso combinado de los diferentes métodos pedagógicos, se pretende transmitir información que le permita al educando, realizar cambios de conducta y modificación de su estilo de vida, útiles para mejorar el control de la enfermedad.

Vega (1979), menciona que las actitudes favorables hacia la salud, están relacionadas con los conocimientos adquiridos.

-Brown,Sharon (1990) Estudios of Educational Interventions and Outcomes in Diabetic Adults citado por Ovalle, Fernando Atención Integral del Paciente Diabético,México, Mc.Graw Hill 1994.

La carta de Ottawa (1984), suscribe un nuevo concepto de la promoción a la salud, en el que considera que la información y la educación para la salud, fomenta las aptitudes indispensables para que la población ejerza mayor control sobre su salud, sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que le propicie la salud.

Dentro de esta variable, se consideró el indicador de frecuencia con que el paciente acude a las pláticas sobre diabetes.

3.4. Institución donde se realizó la recolección de los datos.

Clínica Nova de Monterrey.

Clínica Nova de Monterrey, A.C., es una institución de salud privada que dirige sus esfuerzos a proporcionar servicios de salud de excelente calidad, con un enfoque prioritario a la prevención, educación y promoción de la salud, que asegure la calidad de vida de los usuarios (Video del Departamento de Relaciones Humanas de Clínica Nova, 1996).

Su misión, es contribuir a lograr un óptimo estado de salud del socio y su familia, asegurando una atención integral de alta calidad, eficaz y humana, que sea confiable y que brinde seguridad a través de recursos humanos, físicos y tecnológicos de excelencia, orientados a alcanzar el equilibrio más favorable entre la inversión y los beneficios para la salud, dentro de un clima armónico de trabajo (Video del Departamento de Relaciones Humanas de Clínica Nova, 1996).

Clínica Nova, proporciona el servicio médico, al personal de la empresa Hojalata y Lámina, S.A., división Aceros Planos, Hojalata y Lámina, S.A., división. Aceros Varilla, Centro de Ciencias y Arte (ALFA), Planta Eléctrica Industrial (PEGI), Desarrollo Laboral, Dinámica y Empaques de Cartón Titán.

Además, brinda el servicio al personal de Nacional Financiera, Banca Cremi y Arquidiócesis de Monterrey.

También existen concesiones del servicio para las empresas: Sigma Alimentos, Alfombras Tera y Total Home.

Actualmente, Clínica Nova ofrece sus servicios a 26,000 usuarios: entre socios activos, esposas de socios, hijos de socios hasta los 15 años, o hasta los 25 años, comprobando que realizan estudios con duración de 4 horas diarias, padres de socios, pensionados y afiliados al servicio médico (Video del Departamento de Relaciones Humanas de Clínica Nova, 1996).

Clínica de la Diabetes de Clínica Nova.

La prevención es un aspecto de la medicina general, que tiene por objetivo, prevenir las enfermedades y fomentar la salud.

Uno de los pilares básicos de la prevención, es la educación a través de la cual, se le enseña al individuo, cómo conservar la salud, evitando los riesgos que pueden ponerla en peligro.

En la práctica de la medicina, es imposible separar la prevención de la curación, de ahí que el médico práctico, debe ejercer la medicina preventiva, junto con la medicina general o con cada uno de sus especialistas.

Clínica Nova de Monterrey, consciente de ello, y para dar soporte a las estrategias de la medicina preventiva y a la promoción de la salud, tiene en funcionamiento los programas de: clínica de la mujer, clínica del niño sano, clínica del adolescente, clínica de la diabetes, programa de geriatría y el programa de prevención dental.

Clínica de la diabetes, da servicio tanto a pacientes con diabetes, como a población de alto riesgo a padecer esta enfermedad.

En Clínica de la Diabetes, existe un comité que está conformado por dos Médicos Internistas y un Licenciado en Educación en Diabetes, siendo éste último el encargado de establecer el contacto personal con el paciente.

El Objetivo de Clínica de la Diabetes, es lograr mediante la concientización y educación del paciente, un óptimo control de su padecimiento, a través de programas de educación individual, educación familiar, educación en grupos, grupo operativo y pláticas mensuales (Clínica de la Diabetes:1996).

3.5. Diseño del instrumento de recolección de datos.

Una vez definidos los objetivos, las variables y las hipótesis de la investigación, se procedió a diseñar el instrumento para la recopilación de la información.

Originalmente, se concibió la idea de que los datos se recopilaran a través de la técnica del cuestionario, ya que el tiempo con el que se contaba para realizar la investigación, era corto, sin embargo, nuestra unidad de análisis eran los pacientes con diabetes que acudían al programa de Clínica de la Diabetes a control, los cuales en su mayoría, son personas de edad avanzada, con problemas en la vista y una escolaridad baja, lo cual podía limitar el levantamiento correcto de los datos.

Por ello, nos pareció que la forma más conveniente para recopilar la información, era a través de la cédula de la entrevista estructurada y pre-codificada.

Esto permitiría tener un mayor control y menor margen de error en el levantamiento de los datos, además de que se ahorraría tiempo, en la aplicación y captura de los datos.

La cédula estuvo conformada por 69 preguntas, de las cuales, 14 fueron preguntas abiertas, estando estructurado el instrumento, por preguntas cualitativas, la mayor parte.

Para el diseño de la cédula de la entrevista, fueron de gran utilidad los aspectos teóricos sobre la diabetes, así como los de la familia, en relación al apoyo que ésta puede brindar al paciente en el tratamiento.

De igual forma, fue de gran utilidad retomar las experiencias que se habían tenido en el trabajo realizado con los pacientes de Clínica de la Diabetes, en Clínica Nova, a través de la práctica institucional de nuestras alumnas de séptimo y octavo semestre.

3.6. Prueba piloto.

Una vez que el instrumento se diseñó, se procedió a realizar una prueba piloto, la cual se aplicó a 20 pacientes, que acudieron a consulta con los médicos internistas o con la enfermera educadora.

Al principio, nuestro instrumento estaba conformado por 74 preguntas, pero con la aplicación de la prueba piloto, se detectó que algunas de las preguntas se repetían, o no eran entendidas por los pacientes, por lo que se realizaron los ajustes convenientes a la cédula, para finalmente quedar conformada por 69 preguntas. El tiempo utilizado en la aplicación de la entrevista, fue de 20 minutos.

3.7. Selección de la muestra.

Si bien, Clínica Nova tenía en septiembre de 1997, registradas 1,200 personas con diabetes, la mayor parte de ellas, no acudían frecuentemente a control a la Clínica, por lo que no fue posible extraer la muestra de esta población.

Optando por tomar como población de estudio, a los pacientes que acudían al programa para la diabetes, conforme al registro que se tenía de 306 personas, esto nos permitiría trabajar con una población cautiva y nos ahorraría tiempo en el levantamiento de datos.

Una vez determinada nuestra población de estudio, se procedió a desarrollar la siguiente fórmula, para determinar el tamaño de la muestra.

En esta fórmula, la n , significa tamaño de la muestra y N , es el número total de la población, siendo ésta un total de 306 personas. El .05 significa que se trabajará con un 95% de nivel de confianza y con un 5% de probabilidad de cometer error.

$$n = \frac{N}{1 + N(.05)^2}$$

$$n = \frac{306}{1 + 306 (.0025)}$$

$$n = \frac{306}{1 + 0.765}$$

forma, se realizaron las primeras entrevistas en presencia de ellas, para que observaran el manejo, tanto de la técnica, como del instrumento.

Posterior a ello, la estudiante procedió a la aplicación de la cédula de la entrevista, bajo supervisión, a fin de observar el desenvolvimiento y el manejo del instrumento.

3.9. Recopilación de datos.

Una vez validada las preguntas del instrumento, y realizados los ajustes necesarios, se procedió al levantamiento de los datos, realizado con el apoyo de una estudiante de Trabajo Social.

Los pacientes entrevistados fueron los que asistieron a consulta con su médico internista, así como aquéllos que acudieron a su cita con la enfermera educadora y los que asistieron a las pláticas educativas.

El levantamiento de los datos, se hizo desde el mes de noviembre de 1997, al mes de enero de 1998, de lunes a viernes, de las 8:00 a las 18:00 horas.

3.10. Codificación, captura y procesamiento de los datos.

Como se mencionó con antelación, el instrumento estaba precodificado y siendo muy pocas las preguntas abiertas, facilitó enormemente nuestra labor.

Para las preguntas abiertas, se elaboraron los códigos de cada una de ellas, para proceder finalmente, a la codificación total de las preguntas de las cédulas. Una vez terminado este aspecto, nos dimos a la tarea de revisar dos veces más la codificación realizada, con el fin de cerciorarnos, de que los códigos correspondieran con las respuestas marcadas.

Posteriormente, se elaboró el programa para la captura de los datos, en el paquete estadístico S.P.S.S./P.C. Dicho procedimiento se ejecutó dos veces, lo que nos permitió detectar y corregir los errores tenidos en la primera captura de datos.

Finalmente, se realizó el procesamiento de los datos.

3.11. Análisis estadístico de los datos

Descripción de los datos

En la etapa de descripción de los datos, se realizaron los cálculos de cada variable, omitiendo los casos que no contestaron y los que no se aplicaban.

A continuación, se describe el total de casos tomados en cuenta, en las siguientes variables:

Tamaño de familia

Respecto a la variable tamaño de familia, se consideró al total de personas que viven en la casa de los pacientes.

Años de casado

Los resultados que se describen de esta variable, se hicieron con 131 pacientes, cuyo estado civil es casado, excluyéndose 19 casos que son viudos, separados o viven solos.

Asistencia a pláticas educativas

Al describir los resultados obtenidos en la pregunta: ¿cuál es la persona que acompaña al paciente a las pláticas educativas?, se consideraron a 78 personas que acuden a las pláticas, el resto queda excluido (72 personas), ya que no asisten.

Toma o aplicación del medicamento

En esta variable, se cuestionó a los pacientes, sobre la persona que les recordaba la toma o aplicación del medicamento para el control de la diabetes, en donde los resultados fueron calculados, considerando a 110 pacientes que toman o se aplican el medicamento.

Dieta

Al igual que este último aspecto del ejercicio, se midió el motivo por el cual los pacientes no siguen la dieta siempre, calculándose los resultados, en base a 109 pacientes que no siguen la dieta siempre, el resto (41 personas), se excluyeron debido a que siempre siguen la dieta.

También los datos de las variables preparación y frecuencia de la dieta, se estimaron considerando el mismo número de pacientes (109).

Ejercicio

En la variable ejercicio, los datos descritos en lo referente a frecuencia con que realiza el ejercicio, lugar donde lo realiza, persona que acompaña al paciente a realizarlo y frecuencia con que lo acompañan, se calcularon tomando en cuenta al total de pacientes que practican el ejercicio, los cuales son 85.

Otro aspecto medido en relación al ejercicio, es el obstáculo por el cual los pacientes no realizan el ejercicio, o no siempre lo hacen. Para ello, se calcularon los resultados tomando en cuenta a 125 pacientes, que caen dentro de estas categorías, ya que el resto de ellos (25), siempre hacen ejercicio.

Comunicación

Los datos de la variable comunicación con pareja, se calcularon tomando en cuenta a los pacientes que están casados y los que viven en unión libre, o cuentan con una pareja, independientemente de su estado civil.

Así mismo, para la variable comunicación con hijos casados, los datos fueron calculados con 116 pacientes entrevistados, que tienen hijos cuyo estado civil es casado.

En cuanto a la comunicación del paciente con hijos solteros, se trabajaron los datos, tomando solamente a los 108 entrevistados, que tienen hijos solteros de más de 15 años de edad.

Para medir la variable "comunicación con pareja, con hijos casados y con hijos solteros", se les preguntó a los pacientes la frecuencia con que platican con ellos sobre su estado de salud, sobre la dieta y el ejercicio recomendados por el médico y sobre el apoyo que necesitan para llevar a cabo el tratamiento para el control de la diabetes.

Para las respuestas a dichos cuestionamientos, se elaboraron 4 indicadores: siempre, casi siempre, en ocasiones y nunca, definiéndose de la siguiente manera:

Siempre:

Siempre que el paciente se comunica con su pareja, con sus hijos casados o solteros, trata lo referente a la dieta, el ejercicio, el estado de salud y el tratamiento.

Casi siempre:

La mayoría de las veces que el paciente se comunica con su pareja, con sus hijos casados o sus hijos solteros, hablan de la dieta, ejercicio, estado de salud o del tratamiento.

En ocasiones

Cuando el paciente se comunica con su pareja, con sus hijos casados o hijos solteros, pero casi nunca u ocasionalmente platican sobre la dieta, el ejercicio, el estado de salud o sobre el tratamiento.

Nunca:

Los pacientes mantienen comunicación con sus parejas, con sus hijos casados o sus hijos solteros, pero nunca tratan los temas de la dieta, el ejercicio, el estado de salud o el tratamiento para el control del padecimiento.

Correlación de los datos

Para realizar el cálculo de Ji Cuadrada y verificar la asociación de la variable dependiente con las variables sociodemográficas de la población de diabéticos y las variables familiares y la de comunicación, fue necesario recodificar las siguientes variables:

Asistencia al médico:

La variable asistencia al médico tenía originalmente nueve categorías, las cuales fueron agrupadas, quedando finalmente las cuatro que a continuación se describen.

- 1.-De 1 a 4 veces al mes
- 2.-Cada 2 meses
- 3.- Cada 3 meses o más
- 4.- No asiste

Dieta:

En cuanto a la variable de seguimiento de la dieta, de cuatro categorías que se tenían, se agruparon en dos, quedando de la siguiente manera:

- 1.- Sí sigue la dieta
- 2.- No sigue la dieta

Pláticas educativas:

La variable asistencia a las pláticas educativas, fue reagrupada en 3 categorías, ya que inicialmente contábamos con siete. Las tres categorías son:

- 1.- Cada mes
- 2.- Cada 2 o más meses
- 3.- No asiste

Ejercicio:

En lo que respecta a la variable de realización del ejercicio, no fue realizado ningún cambio, por lo que se trabajó en este apartado con sus dos categorías;

- 1.- Sí realiza ejercicio
- 2.- No realiza ejercicio.

En lo que concierne a las variables independientes, fue necesario realizar también recodificación en las siguientes variables:

Edad:

Esta variable se recodificó en dos categorías: edad madura (34 a 48 años) y edad avanzada (49 años y más). Lo anterior en virtud de que en nuestra población entrevistada, no se encontraron personas menores de 30 años.

Estado Civil:

Por lo que toca a esta variable, los datos se agruparon en dos categorías: pacientes con pareja y pacientes sin pareja.

Ocupación:

En lo referente a esta variable, se hicieron tres categorías: pacientes dedicados al hogar, pacientes jubilados y pacientes trabajadores.

Escolaridad:

Para fines prácticos de esta variable, los años de estudio se categorizaron en cuatro grupos:

- 1.- 0 a 3 años de estudio
- 2.- 4 a 6 años de estudio
- 3.- 7 a 12 años de estudio
- 4.- 13 a 18 años de estudio.

Tipo de familia:

Respecto a la variable tipo de familia, se reagruparon las categorías en dos grupos:

- 1.-Familia nuclear y seminuclear
- 2.-Familia extensa y semiextensa

Cálculo de la Ji cuadrada:

Para el cálculo de la Ji cuadrada, se consideró que las frecuencias esperadas fueran mayores a 5 en un 75% o más de las casillas y en los cálculos de cuadros de 2x2, se utilizó la corrección por continuidad.

Así mismo, se estableció que la hipótesis de investigación sería aceptada, considerando un 5% de probabilidad de error y un 95% de intervalo de confianza.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

Dentro de esta etapa, se presenta la descripción de los datos obtenidos, a través de la cédula de entrevista, aplicada a los pacientes con diabetes de Clínica Nova.

4.1. Características sociodemográficas de la población.

Se entrevistó un total de 150 pacientes, de los cuales el 70% son mujeres y el 30% hombres.

En cuanto a la edad, el 34.7% de los pacientes, están entre los 34 y 53 años, mientras que el 65.3%, es de 54 años en adelante. La edad promedio es de 59 años. El paciente con menos edad que se entrevistó, cuenta con 34 años y el de mayor edad, con 92 años.

De acuerdo a la distribución por su estado civil, encontramos que el 87.3% son casados, un 9.3% viudos, un 2% solteros y un 1.3% están separados.

En cuanto a la ocupación, un 66.6% se dedica al hogar, un 18% son jubilados y solamente un 15.4% trabaja.

La escolaridad promedio que poseen estos pacientes, es de 6.7 años. El 21.5% tienen de 0 a 3 años de estudio, el 41.6% tiene de 4 a 6 años, de 7 a 12 años de escolaridad tiene el 28.9% y tan sólo el 8%, tiene de 13 a 18 años de escolaridad.

La religión a la que pertenece la mayoría de las familias de los pacientes, es la católica, pues tenemos a un 94% en este rubro, el resto pertenece a otras religiones como bautista, testigo de Jehová, mormona y pentecostés.

4.2 Variables Independientes

4.2.1-Variables familiares: Tipo, tamaño de la familia y años de casados.

CUADRO No 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TIPO DE FAMILIA

Tipología Familiar	F	%
Nuclear	109	72.7
Semi-Nuclear	8	5.3
Extensa	9	6.0
Semi-Extensa	21	14.0
Vive Solo	3	2.0
Total	150	100

En lo que respecta a la familia de los pacientes, el mayor porcentaje, 72.7%, tienen familia nuclear, el 14% familia semi-extensa, le sigue un 6% que tienen familias extensa, con familia semi-nuclear, se encontró un 5.3% y solamente un 2% de ellos, viven solos.

CUADRO No 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TAMAÑO DE LA FAMILIA

Número de miembros	F	%
1 a 2 miembros	26	17.3
3 a 4 miembros	65	43.3
5 a 6 miembros	46	30.7
7 y más	13	8.7
Total	150	100

En lo que se refiere al tamaño de la familia, encontramos que el 43.3% de los pacientes, pertenecen a familias compuestas de 3 a 4 miembros, y el 30.7% de los pacientes, tienen familias que están formadas por 5 ó 6 miembros. Siendo el promedio de miembros de las familias de los pacientes con diabetes, de 3.

CUADRO No 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A LOS AÑOS DE CASADO

Años de casado	F	%
Menos de 15 años	7	5.3
De 15 a 25 años	20	15.3
Más de 25 años	104	79.4
Total	131	100

En lo que atañe a los años de casado que tienen los pacientes entrevistados, se encontró que el 79.4%, tienen más de 25 años y solamente un 5.3% tiene menos de 15 años, lo que ubica a la mayor parte de nuestra población de estudio, en la etapa final del ciclo familiar.

4.2.2.-Variable tiempo de tener diabetes y antecedentes de diabetes.

CUADRO No 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIEMPO DE TENER DIABETES

Tiempo con diabetes	F	%
1 A 5 años	67	44.7
6 a 10 años	35	23.3
11 a 15 años	22	14.7
16 a 20 años	12	8.0
21 a 25 años	7	4.7
25 años y más	7	4.7
Total	150	100

En lo que concierne al tiempo de tener diabetes, la mayoría de los pacientes, 44.7% tiene de 1 a 5 años, un 23.3%, tiene de 6 a 10 años, de 11 a 15 años de tener diabetes, un 14.7% y encontramos que el 17.4%, tiene más de 16 años de padecer esta enfermedad.

El tiempo promedio de los pacientes de contar con diabetes, es de 7 años.

CUADRO No 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES DE DIABETES

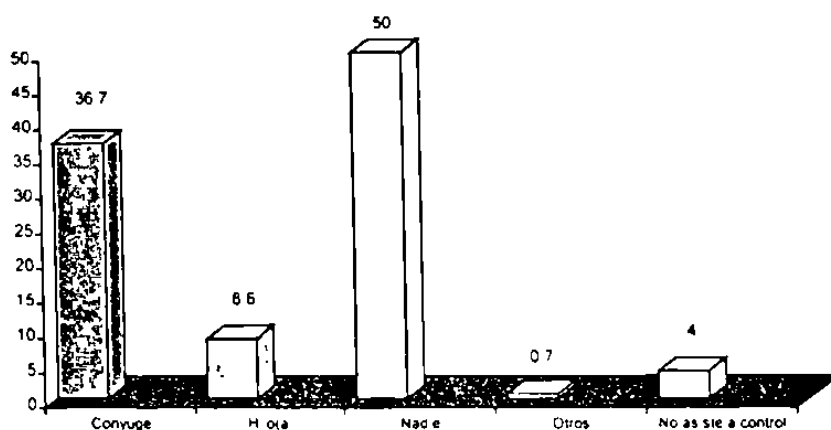
Antecedente de diabetes	de	F	%
Sí		93	62
No		57	38
Total		150	100

En lo referente a este aspecto, el 62% de los pacientes, manifestó tener antecedentes familiares de diabetes, mientras que el 38% dijo no tener.

4.2.3.-Variable: Apoyo de la familia en las citas médicas, en la asistencia a las pláticas educativas, en la toma de medicamento, en la dieta y en la realización del ejercicio.

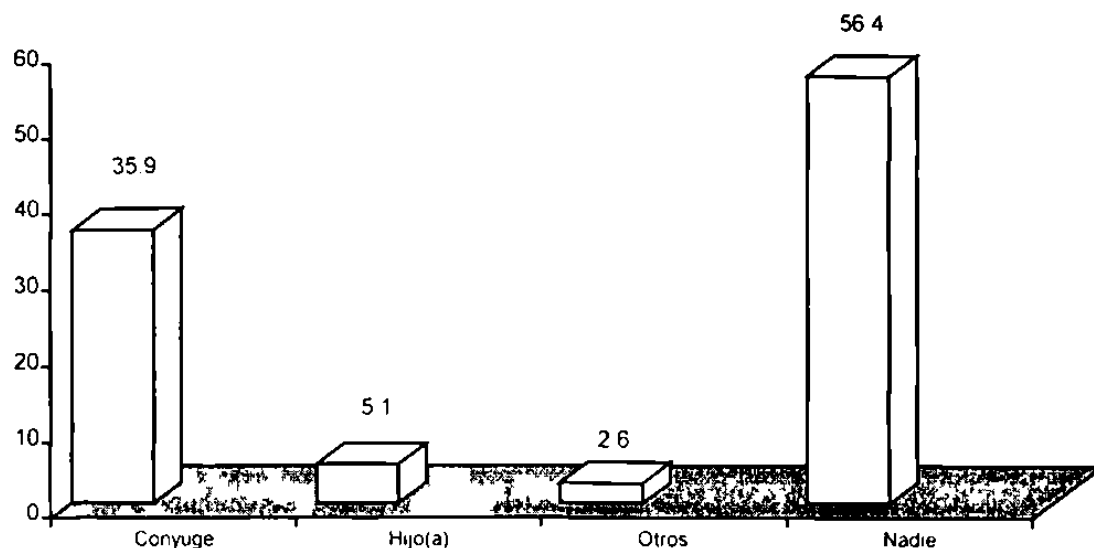
Históricamente, la familia ha jugado un rol importante en la vida del hombre, y en el caso de los pacientes con diabetes, la familia juega un papel central, pues la atención a la diabetes, depende de la capacidad y habilidad de la familia para aprender lo relativo al padecimiento y su control, así como de la adecuada observancia del mismo, además, es importante que el cuidado de la diabetes sea una responsabilidad del grupo familiar en su totalidad (Gutiérrez y otros, 1994).

GRÁFICA No.1
PERSONA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE A SUS CITAS MÉDICAS



En relación a la persona que acompaña al paciente a sus citas médicas, encontramos que a la mitad de los pacientes entrevistados, nadie los acompaña, mientras que el 45.3% acude al doctor, ya sea con su pareja o sus hijos, siendo el cónyuge o la pareja quien más va con él a las citas.

GRÁFICA No.2 PERSONA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE A LAS PLÁTICAS EDUCATIVAS

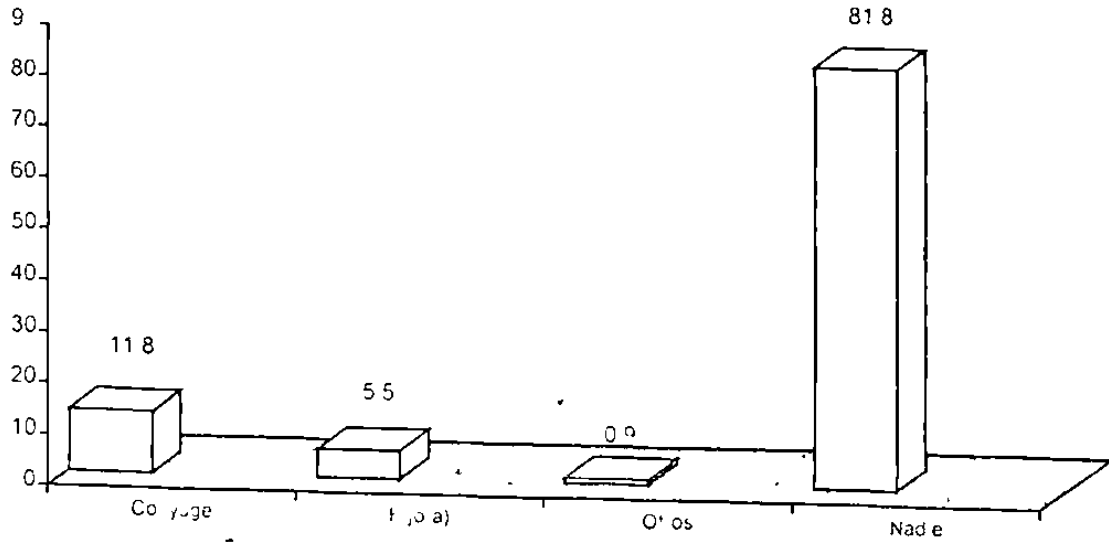


Otra variable de interés a nuestro estudio es la educación para la salud, concretamente la educación para la diabetes, pues como la señala Ovalle (1994), la información completa y veraz es indispensable y promueve el cambio de conducta y estilo de vida del paciente, porque evita que se desarrollen complicaciones que son causa de incapacidad o inclusive de muerte.

Gutiérrez y otros (1994), señalan que dado que el cuidado de la diabetes es responsabilidad de toda la familia, se requiere de la educación de todos.

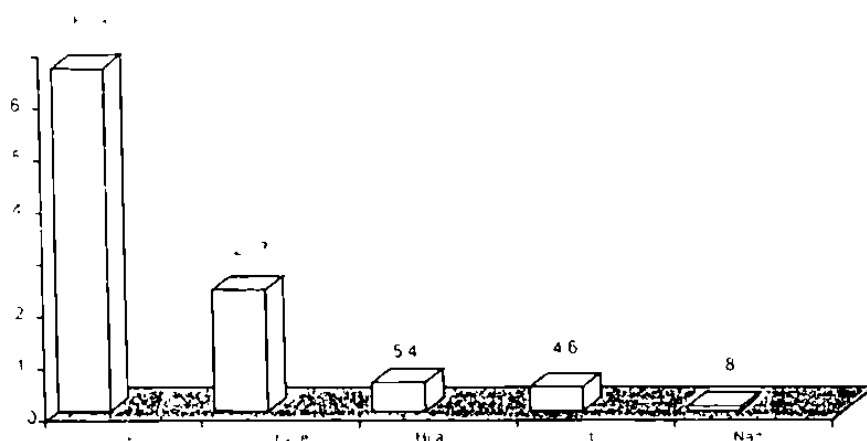
La educación para la diabetes es proporcionada a los pacientes de Clínica Nova y a sus familias, a través de la realización de pláticas mensuales. Sin embargo, los resultados de la investigación muestran que del total de pacientes que asisten a las pláticas, al 56.4% nadie los acompaña, mientras que el 41% asiste a las pláticas acompañado de su pareja o sus hijos, siendo el cónyuge o la pareja quien más asiste a éstas con el paciente.

GRÁFICA No.3
PERSONA QUE LE RECUERDA LA TOMA O APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO



En lo que respecta a la persona que le recuerda la toma o aplicación del medicamento a los pacientes, encontramos que al 81.8% nadie le recuerda, mientras que al 17.3% es su cónyuge o pareja, o sus hijos, quienes lo hacen.

GRÁFICA No.4 APOYO FAMILIAR EN LA PREPARACIÓN DE LA DIETA PRESCRITA



El apoyo que el paciente obtiene de su familia gravita como elemento de gran importancia para que continúe su plan de alimentación. El apoyo se traduce en diferentes actividades, una de ellas, es planear y preparar los alimentos, otra consiste en no comer los alimentos prohibidos enfrente del familiar con diabetes (Gutiérrez y otros, 1994).

En relación a esto, se encontró que del total de pacientes que siguen la dieta para el control de la diabetes, el 65.9% de éstos, se preparan los alimentos, esto probablemente debido a que un 70% de la población entrevistada son mujeres y a un 23.3% de los pacientes les preparan los alimentos su cónyuge o pareja.

En cuanto a la frecuencia en que les preparan o se preparan los alimentos recomendados por el médico para el control de la diabetes, el 73.6% de los pacientes entrevistados manifestó que todos los días o casi todos los días se la preparan, al resto (26.4%) se la preparan en ocasiones o nunca.

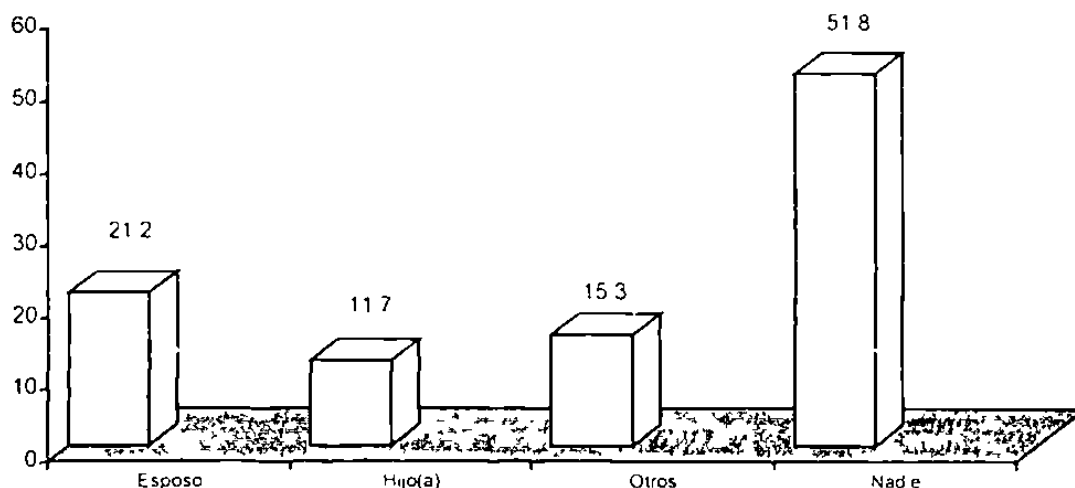
Los médicos coinciden en señalar que la dieta prescrita a los pacientes con diabetes puede ser preparada y consumida por toda la familia. Señalan además, que a menudo la preparación especial de alimentos para el paciente con diabetes, representa un obstáculo para su seguimiento.

En cuanto a este aspecto, el 59.7% de la población entrevistada, manifestó que siempre y casi siempre los alimentos que necesita para el control de la diabetes son preparados para toda la familia y el 40.3% expresó que en ocasiones o nunca, la preparación de la dieta es para toda la familia.

Lo anterior nos indica que en 6 de cada 10 pacientes, la dieta recomendada por el médico, es preparada para toda la familia.

GRÁFICA No.5

PERSONA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE EN LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO



Zúñiga (1994), señala que con frecuencia las personas necesitan motivación para realizar el ejercicio, ya que el entusiasmo inicial puede durar poco tiempo, debido a resultar agradable y divertido el realizarlo.

El autor señala además, que las familias y amistades cercanas deben de estar enteradas de que el paciente inicia un programa de ejercicio, para que lo ayuden, apoyen y animen a seguirlo, recomendando hacerlo acompañado de alguien.

En lo referente a la persona que acompaña al paciente a realizar el ejercicio, como podemos observar, la mayoría de los pacientes que realizan ejercicio, 51.8%, nadie los acompaña, al 32.9% los acompaña su cónyuge o pareja o sus hijos y al resto de los pacientes los acompañan otras personas como vecinos, amigos, etc.

Un aspecto importante en el apoyo familiar para la realización del ejercicio, no lo representa solamente el acompañamiento, sino también la frecuencia con que el paciente es acompañado, en tal sentido, encontramos que del total de pacientes que realizan ejercicio, al 41.5% lo acompañan 3 veces por semana. De 4 a 6 veces a la semana acompañan a un 24.4%, y al 19.5% lo acompañan todos los días.

4.2.4 Variable: comunicación con pareja, hijos casados e hijos solteros de más de 15 años.

CUADRO No 6

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN CON PAREJA SOBRE EL ESTADO DE SALUD, LA DIETA, EL TRATAMIENTO Y EL EJERCICIO

COMUNICACIÓN CON PAREJA

Frecuencia	Edo.Salud		Dieta		Apoyo para Tx.		Ejercicio	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Siempre	40	30.5	30	22.9	34	25.9	28	21.4
Casi siempre	34	25.9	31	23.7	23	17.6	28	21.4
En ocasiones	45	34.4	47	35.9	45	34.4	47	35.8
Nunca	12	9.2	23	17.5	29	22.1	28	21.4
Total	131	100%	131	100%	131	100%	131	100%

Una persona con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, por lo que se dirige siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud.

Referente a la frecuencia con que los pacientes platican con su pareja sobre su estado de salud, encontramos que 4 de cada 10 personas, platican en ocasiones o nunca sobre ello.

En cuanto al tema de la dieta recomendada por el doctor para el control de la diabetes, tenemos que aproximadamente 5 de cada 10 pacientes lo platican en ocasiones o nunca.

Respecto al tratamiento, observamos en el cuadro superior que aproximadamente 6 de cada 10 pacientes, en ocasiones o nunca conversan con su pareja sobre él.

Por último, tenemos al tema del ejercicio que el médico recomienda a los pacientes como parte del tratamiento para el control del padecimiento, encontrándose que aproximadamente 6 de cada 10 pacientes, que solo en ocasiones o nunca tratan este tema con su pareja.

CUADRO No 7

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN CON HIJOS CASADOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD, LA DIETA, EL TRATAMIENTO Y EL EJERCICIO

COMUNICACIÓN CON HIJOS CASADOS

Frecuencia	Edo.Salud		Dieta		Apoyo para Tx.		Ejercicio	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Siempre	16	13.8	14	12.1	12	10.3	9	7.8
Casi siempre	24	20.7	22	19.0	21	18.1	15	12.9
En ocasiones	63	54.3	62	53.4	56	48.3	57	49.1
Nunca	13	11.2	18	15.5	27	23.3	35	30.2
Total	116	100%	116	100%	116	100%	116	100%

La comunicación de los pacientes entrevistados con sus hijos casados, es otro aspecto que fue medido en la presente investigación.

Una de las preguntas en relación a la comunicación, se dirigió a saber la frecuencia con que el paciente platicaba con sus hijos casados sobre su estado de salud y encontramos que el 65.5% de ellos platican en ocasiones o nunca.

De forma similar se comportan los datos en lo que respecta al tema de la dieta, ya que según podemos observar en el cuadro superior, el 68.9% de los entrevistados, en ocasiones o nunca platican sobre ello con sus hijos casados.

En lo referente a la frecuencia con que el paciente platica con sus hijos casados acerca del apoyo que necesita de ellos para seguir el tratamiento indicado por el doctor, observamos en el cuadro que el 71.6% lo hace en ocasiones o nunca.

El ejercicio es otro aspecto importante en el tratamineto y la frecuencia con que el paciente platica sobre esto con sus hijos casados, siendo un 79.3% de ellos los que en ocasiones o nunca lo platican.

CUADRO No 8

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN CON HIJOS SOLTEROS SOBRE EL ESTADO DE SALUD, LA DIETA, EL TRATAMIENTO Y EL EJERCICIO

COMUNICACIÓN CON HIJOS SOLTEROS

Frecuencia	Edo.Salud		Dieta		Apoyo para Tx.		Ejercicio	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Siempre	23	21.3	23	21.3	17	15.7	12	11.1
Casi siempre	36	33.3	29	26.8	31	28.7	27	25.0
En ocasiones	42	38.9	38	35.2	37	34.3	41	38.0
Nunca	7	6.5	18	16.7	23	21.3	28	25.9
Total	108	100%	108	100%	108	100%	108	100%

La comunicación del paciente con sus hijos solteros acerca del estado de salud, en el 45.4% se da en ocasiones o nunca.

Acerca de la dieta, encontramos que un 69.9% de los pacientes, en ocasiones o nunca platican con sus hijos solteros acerca de ello.

En cuanto a la comunicación acerca del apoyo que el paciente necesita de sus hijos solteros para seguir el tratamiento recomendado para el control de la diabetes, tenemos en el cuadro que el 55.6% en ocasiones o nunca platican de ello con sus hijos.

En lo que concierne a la comunicación sobre el ejercicio indicado al paciente para el control de su padecimiento, tenemos que aproximadamente 6 de cada 10 personas en ocasiones o nunca platican de esto.

En cuanto a las diferencias encontradas en la comunicación que el paciente tiene con sus hijos casados y con sus hijos solteros, encontramos que es mayor la frecuencia con que los pacientes platican con sus hijos solteros sobre los aspectos mencionados.

4.3.-Variable dependiente: Conducta del paciente en: asistencia al médico, asistencia a pláticas educativas, dieta y ejercicio.

**CUADRO No 9
REGULARIDAD DE ASISTENCIA A CITAS MÉDICAS**

Asistencia	F	%
De 1 a 4 veces al mes	85	56.7
Cada 2 meses	33	22.0
Cada 3 meses	15	10.0
Cada 4 meses	3	2.0
De 6 meses o más	8	5.3
No asiste	6	4.0
Total	150	100

Propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas adecuadas para que adquiera sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y para que participe en beneficio de su salud, ha sido y sigue siendo el objetivo primordial tanto de la Organización Mundial de la Salud, como de nuestra Ley de Salud.

Los médicos coinciden en que el paciente es la pieza más importante en cualquier tratamiento médico, por lo que el comportamiento hacia éste, influirá en los resultados obtenidos.

El tratamiento para la diabetes incluye la asistencia regular al médico para lograr el control del padecimiento y respecto a esto, se encontró que la frecuencia con que acuden los pacientes con su médico para el control de la diabetes, el 56.7% asiste de 1 a 4 veces al mes, un 22% acude cada 2 meses y cada 3 meses asiste al doctor un 10%. Solamente un 4% de los pacientes, no acuden con el médico para el control.

CUADRO No 10

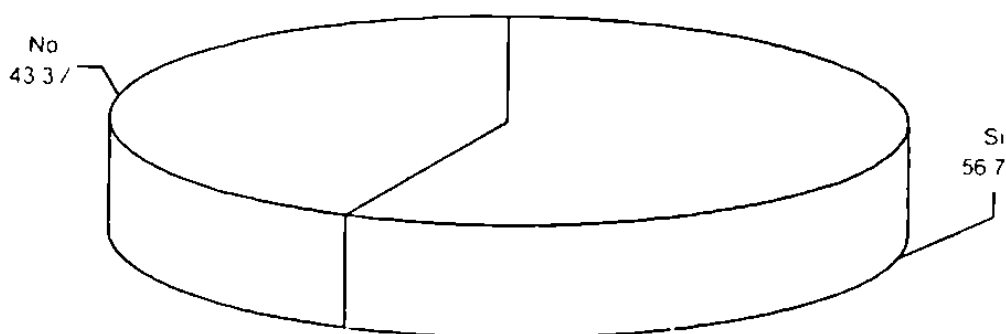
REGULARIDAD DE ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS

Asistencia	F	%
Cada mes	21	14.0
Cada 2 meses	13	8.7
Cada 3 meses ó 4 meses	10	6.7
Cada año a más	14	9.3
Otros	20	13.3
No asiste	72	48.0
Total	150	100

Las pláticas educativas se realizan mensualmente en la Clínica de la Diabetes, en la que se programan temas para el control de la diabetes. La asistencia a éstas, es considerada de suma importancia por parte del equipo médico para que el paciente participe en el tratamiento de manera consciente, a fin de evitar complicaciones.

Con respecto a esta variable, encontramos que un 48% de los pacientes entrevistados no asisten a las pláticas mensuales realizadas en clínica de la diabetes, ocasionalmente acude un 13.3%, un 9.3% asiste cada año. Si consideramos al total de pacientes que no asisten o que asisten ocasionalmente, tenemos que un 70.6% que prácticamente no asisten a las pláticas educativas.

GRÁFICA No. 6 REALIZACIÓN DE EJERCICIO



Por ello, el ejercicio al igual que la dieta, son siempre los elementos básicos en el tratamientos de la diabetes, pues con este se logra un control metabólico más adecuado (Zúñiga, 1994).

Al cuestionar a los pacientes que si realizaban ejercicio para el control de la diabetes, el 56.7% nos informó que si lo hace y el 43.3% que no realiza ningún ejercicio. Porcentaje por demás importante que no sigue las indicaciones médicas en lo que a ejercicio se refiere.

Un buen programa de ejercicio debe ser recomendado en personas con diabetes como parte del tratamiento en base a una evaluación inicial, tomando las precauciones que cada caso amerite.

Se recomienda que el ejercicio se realice como mínimo 3 veces por semana o alternando un día sí y otro no, para lograr que mejore la capacidad cardiovascular, el control glucémico y metabólico, así como la sensibilidad a la insulina. Si al mismo tiempo se desea perder peso, es necesario realizar las sesiones a diario 5 veces por semana.

En cuanto a la frecuencia en que los pacientes realizan el ejercicio, se encontró que el 37.6% de los pacientes que hacen ejercicio, lo realizan 3 veces a la semana, de 4 a 6 veces a la semana lo practica el 27.1% y todos los días lo realiza un 29.4%. Siendo solamente un 5.9% de los pacientes que lo realizan de 1 a 2 veces a la semana.

Entre los principales obstáculos por lo que los pacientes no realizan el ejercicio o no lo hacen siempre, encontramos que el 38.8% es porque tiene problemas de salud, el 21.5% es debido a salidas, visitas, ocupaciones o por el trabajo no lo realizan. Para el 19.0% el principal obstáculo es el cansancio. Tenemos finalmente a un 20.7% que expresó otros motivos por los que no realizan ejercicio, entre los cuales está principalmente el clima.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LOS DATOS

Los resultados obtenidos del análisis correlacional se presentan en este apartado en cuadros; en ellos se describe el valor de la Ji cuadrada encontrado, así como el nivel de significancia que corresponde a cada relación de variables, de tal manera que en las hipótesis donde el nivel de probabilidad de equivocarse es menor a 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

En los cuadros aparecen las relaciones entre las variables en las que fue posible realizar el cálculo de la Ji cuadrada, siguiendo los requisitos establecidos. En las variables marcadas con asterisco, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. El análisis de datos se realiza solamente cuando aparecen resultados con un margen de error de .05 ó menor, es decir, cuando se rechaza H_0 hipótesis nula y se acepta H_1 , hipótesis de investigación.

5.1. variable asistencia al médico y su relación con las variables

CUADRO No13
LA VARIABLE ASISTENCIA AL MÉDICO Y SU RELACIÓN CON LAS SIGUIENTES
VARIABLES

VARIABLE	X ₂	Nivel de Significancia
Edad	4.73007	.19266
Escolaridad	4.38785	.62434
Tiempo de tener diabetes	4.97030	.54763
Antecedentes de diabetes	1.89231	.59506
Comunicación con pareja sobre tratamiento	10.38526	.32021
Comunicación con hijos casados sobre tratamiento	4.19922	.89782
Etapas del ciclo familiar	3.20390	.36124
Tipo de familia	6.34866	.09583

Los resultados del cuadro superior, muestran que la variable de asistencia al médico no tiene relación significativa con las variables: edad, escolaridad, tiempo de tener diabetes, antecedentes de diabetes, comunicación con pareja, con hijos casados sobre el tratamiento, etapas del ciclo familiar y tipo de familia.

5.2.Variable seguimiento de la dieta y su relación con las variables.

**CUADRO No 14
LA VARIABLE SEGUIMIENTO DE LA DIETA Y SU RELACIÓN CON LAS
SIGUIENTES VARIABLES.**

VARIABLE	X ₂	Nivel de Significancia
Edad	.00000	1.0000
Sexo	.39215	.53117
Estado Civil	1.73241	.18810
Ocupación	1.58520	.45267
Escolaridad	4.42093	.21945
Tiempo de tener diabetes	.47977	.78672
Antecedentes de diabetes	.06270	.80228
Persona prepara alimentos	.35872	.83581
Frecuencia de preparación de alimentos	15.07568	.00175 ***
Comunicación con pareja sobre dieta	9.11262	.02783 ***
Comunicación con hijos casados sobre dieta	7.92757	.04753 ***
Comunicación con hijos solteros sobre dieta	6.77526	.07942
Comunicación con pareja sobre tratamiento	9.23281	.02635 ***
Comunicación con hijos casados sobre tratamiento	5.12420	.07597
Comunicación con hijos solteros sobre tratamiento	6.87573	.07597
Etapas del ciclo familiar	2.12999	.34473
Tipo de familia	2.54945	.16598

En lo referente a la variable observancia de la dieta, podemos apreciar en los datos que se presentan en el cuadro, que no existe relación con las variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de tener diabetes, antecedentes de diabetes, persona que le prepara los alimentos, comunicación con hijos solteros sobre la dieta, comunicación con esposo, con hijos solteros, con hijos casados sobre el tratamiento, tipo de familia y etapa del ciclo familiar.

Las variables que están relacionadas con la observancia de la dieta son: frecuencia de preparación de la dieta, con un nivel de significancia de .0017, comunicación con pareja sobre la dieta, con una significancia de .0278, la variable comunicación con hijos casados sobre la dieta, con un nivel de significancia de .0475 y comunicación con pareja sobre el tratamiento con una significancia estadística de .02635.

ANÁLISIS DE VARIABLES CON RELACIÓN SIGNIFICATIVA

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de preparación de alimentos, mayor porcentaje de pacientes que siguen la dieta.

**CUADRO No.15
SEGUIMIENTO DE LA DIETA**

PREPARACIÓN DE LA DIETA	SI %	NO %	TOTAL
Siempre	82.8	17.2	15.6% 20
Casi siempre	83.3	16.7	24.8% 32
En ocasiones	46.9	53.1	37.2% 48
Nunca	75.0	25.0	22.5% 29
Total	94 72.9%	35 27.1%	129 100%

Una Ji Cuadrada de 15.07568 con un nivel de significancia estadístico de .0017, nos permite aceptar la hipótesis de investigación.

En el cuadro, podemos observar que un 82.8% de los pacientes que sí siguen la dieta, siempre les preparan o se preparan los alimentos recomendados por el médico para el control de la diabetes, contra un 17.2% de pacientes que no siguen la dieta y que siempre les preparan o se preparan los alimentos.

Los resultados obtenidos nos permiten expresar que entre mayor sea la frecuencia de preparación de la dieta, mayor es el número de pacientes que la observan.

Lo anterior se confirma con los datos obtenidos y que se presentan en el cuadro, en el que un 83.3% de los pacientes que siguen la dieta, casi siempre les preparan o se preparan los alimentos, en contraste con un 16.7% de los pacientes que no la siguen.

A partir de estos resultados, es importante señalar que la dieta es uno de los pilares básicos del tratamiento (Solano, 1993).

La preparación de los alimentos resulta ser el aspecto primordial para poderla seguir y en donde la familia juega un papel muy importante, ya que en nuestra sociedad, la preparación de la comida es un rol que está asignado al ama de casa.

A partir de esto, es importante mencionar lo escrito por Gutiérrez y Otros (1993), en donde señalan que el apoyo que el paciente obtiene de su familia, gravita como

elemento de gran importancia para que continúe su plan de alimentación, traduciéndose el apoyo en la planeación y preparación de la dieta.

Por otro lado, Zavala (1987) afirma que en la situación familiar del enfermo es de gran valor en el tratamiento y que se le debe incluir en la consulta dietética al paciente responsable de la compra de alimentos y de su preparación.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación con el cónyuge o la pareja sobre los alimentos prescritos por el médico, mayor porcentaje de pacientes observen la dieta.

CUADRO No 16
COMUNICACIÓN DEL PACIENTE CON SU PAREJA SOBRE LA DIETA Y SU
RELACIÓN CON LA OBSERVANCIA DE LA DIETA

SEGUIMIENTO DE LA DIETA

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN	SI %	NO %	TOTAL
Siempre	73.3	26.7	22.9% 30
Casi siempre	67.7	32.3	23.7% 31
En ocasiones	59.6	40.4	35.9% 47
Nunca	34.8	65.2	17.6% 23
Total	79 60.3%	52 39.7%	131 100%

Una relación con una Ji Cuadrada de 9.11262 y con un nivel de significancia estadística de .0278, nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación.

Analizando los resultados del cuadro No 3, encontramos que el 73.3% de los pacientes que observan la dieta, siempre platican con su pareja sobre los alimentos que deben consumir para el control de la diabetes, en tanto que solo un 34.8% que sigue la dieta, nunca platica sobre ésta.

Lo anterior se contrasta con los pacientes que no siguen la dieta, ya que solo el 26.7% que siempre se comunican, no siguen la dieta, mientras que un 65.2% que nunca se comunica, no observa la dieta.

Estos resultados nos confirman la relación que existe entre las variables, pues los datos nos indican que a mayor frecuencia de comunicación, mayor es el porcentaje de pacientes que siguen la dieta.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación con hijos casados sobre la dieta, mayor porcentaje de pacientes que observan la dieta.

CUADRO No 17
COMUNICACIÓN DEL PACIENTE CON SUS HIJOS CASADOS SOBRE LA DIETA
Y SU RELACIÓN CON LA OBSERVANCIA DE LA DIETA

SEGUIMIENTO DE LA DIETA

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN	SI %	NO %	TOTAL
Siempre	85.7	14.3	12.1% 14
Casi siempre	68.2	31.8	19.0% 22
En ocasiones	58.1	41.9	53.4% 62
Nunca	38.9	61.1	15.5% 18
Total	70 60.3%	46 39.7%	116 100%

Una Ji Cuadrada de 7.92757, con un nivel de significancia estadística de .0475, nos permite determinar que existe asociación entre la frecuencia con que platica el paciente sobre los alimentos con sus hijos casados y la observancia de la dieta, aceptando con ello nuestra hipótesis de investigación.

Como podemos ver en el cuadro de arriba, más de 8 de cada 10 pacientes que guardan la dieta, siempre platican con sus hijos casados sobre los alimentos prescritos por el doctor para el control de la diabetes, en contraste con casi 4 pacientes de cada 10 que siguen la dieta y que nunca platican con sus hijos casados acerca de ello. Por lo tanto, a más frecuencia de comunicación, más porcentaje de pacientes siguen la dieta.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación con la pareja sobre el tratamiento, mayor porcentaje de pacientes que observan la dieta.

CUADRO No 18**COMUNICACIÓN DEL PACIENTE CON SU PAREJA SOBRE EL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA OBSERVANCIA DE LA DIETA****SEGUIMIENTO DE LA DIETA**

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN	SI %	NO %	TOTAL
Siempre	79.4	20.6	26% 34
Casi siempre	65.2	34.8	17.6% 23
En ocasiones	53.3	46.7	34.4% 45
Nunca	44.8	55.2	22.2% 29
Total	79 60.3%	52 39.7%	131 100%

Se encontró una Ji Cuadrada de 9.23281, con una probabilidad de cometer error de .0263, por consiguiente, se sostiene la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, comprobándose que existe relación entre la frecuencia de comunicación sobre el tratamiento, con el seguimiento de la dieta.

Los datos del cuadro de arriba, nos indican que aproximadamente 8 de cada 10 pacientes que observan la dieta, siempre platican con su pareja sobre el tratamiento, mientras que 4 de cada 10 pacientes que siguen la dieta, nunca platican sobre el tratamiento,

A medida que aumenta la frecuencia de comunicación, aumenta el porcentaje de pacientes que siguen la dieta prescrita para el control de la diabetes.

5.3. Variable ejercicio y su relación con las variables

CUADRO No 19
LA VARIABLE EJERCICIO Y SU RELACIÓN CON LAS SIGUIENTES VARIABLES

VARIABLE	X ₂	Nivel de Significancia
Edad	.00024	.98761
Sexo	4.65417	.03098 ***
Estado Civil	.39377	.53033
Ocupación	7.33384	.02556***
Escolaridad	1.25256	.53458
Tiempo de tener diabetes	4.36430	.11280
Antecedentes de diabetes	.07375	.78595
Comunicación con pareja sobre ejercicio	30.89874	.00000 ***
Comunicación con hijos casados sobre ejercicio	11.82485	.00801 ***
Comunicación con hijos solteros sobre ejercicio	24.05262	.00002 ***
Comunicación con pareja sobre tratamiento	1.89903	.59363
Comunicación con hijos casados sobre tratamiento	5.72197	.12592
Comunicación con hijos solteros sobre tratamiento	2.47411	.47999
Etapas del ciclo familiar	2.90945	.23346
Tipo de familia	.07067	.79036

Variables en las que no existe relación significativa

Al relacionar la variable realización de ejercicio, se encontró que no existe asociación con las variables: edad, estado civil, escolaridad, tiempo de tener diabetes, antecedentes de diabetes, comunicación con pareja, con hijos solteros, con hijos casados sobre el tratamiento, tipo de familia y etapas del ciclo familiar.

Variables con relación significativa

Las variables en las que se encontró relación positiva con la realización de ejercicio son: sexo, con una significancia de .0309, la variable ocupación, con un nivel de significancia de .0255, comunicación con pareja sobre ejercicio, con una significancia de .0000, comunicación con hijos casados sobre ejercicio, con .0080 de significancia y la variable comunicación con hijos solteros sobre ejercicio, con significancia de .0000.

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CON RELACIÓN SIGNIFICATIVA

Hipótesis de Investigación:

Es mayor el porcentaje de hombres que realizan ejercicio que el de las mujeres.

CUADRO No 20
EL SEXO Y SU RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO

SEXO	SI %	NO %	TOTAL
Femenino	50.5	49.5	70.0% 105
Masculino	71.1	28.9	30.0% 45
Total	85 56.7%	65 43.3%	150 100%

Se establece que existe una relación entre el sexo y la realización del ejercicio ya que tenemos una Ji cuadrada con corrección por continuidad de 4.65417 y un nivel de significancia estadística de .0309; por tanto aceptamos nuestra hipótesis de investigación, la cual establece que es mayor el porcentaje de hombres que realizan ejercicio en relación al porcentaje de mujeres que realizan ejercicio.

Lo anterior lo podemos corroborar en los datos del cuadro de arriba en el que nos muestra que del total de pacientes entrevistados, un 71.1% de los hombres realizan ejercicio, mientras que solamente un 50.5% de las mujeres lo hacen.

Podemos suponer que la diferencia en la realización de ejercicio se debe al cansancio del ama de casa debido a los quehaceres domésticos y al cuidado de hijos y nietos. Esto lo relacionamos con las respuestas que nuestras entrevistadas dieron al cuestionarles el motivo por el cual no realizaban ejercicio siempre o nunca, en el que los obstáculos para ellas eran los quehaceres domésticos, el cansancio derivado de lo anterior y por cuidar hijos o nietos.

En relación a ello, Dolger y Seeman (1994) señalan que la mujer diabética si es esposa y especialmente si también es madre, lleva una vida irregular ya que la limpieza, el cocinar, el ir de compras y criar a los niños aunado a las emergencias hogareñas (invitados a última hora, compras de emergencia, etc.), complican el manejo de su enfermedad.

Hipótesis de Investigación:

El porcentaje de pacientes que no trabajan y que realizan ejercicio es mayor que el porcentaje de pacientes que trabajan y que realizan ejercicio.

CUADRO No 21
LA OCUPACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO

OCUPACIÓN	SI %	NO %	TOTAL
Hogar	50.0	50.0	66.7% 100
Jubilado	78.6	21.4	18.7% 28
Trabajador	59.1	40.9	14.7% 22
Total	85 56.7%	65 40.9%	150 100%

Al obtener en esta relación una Ji Cuadrada de 7.33384 con un .0255 de probabilidad de cometer error, aceptamos que existe una relación entre la ocupación y la realización del ejercicio.

Esto se observa en los resultados obtenidos en el cuadro que nos muestra que los pacientes jubilados son los que más realizan ejercicio, ya que tenemos a un 78.6%, mientras que los pacientes que son trabajadores realizan ejercicio un 59.1% y los que se dedican al hogar, un 50% lo hacen.

Así, el comportamiento de los datos nos permiten aceptar nuestra hipótesis de trabajo, la cual sostiene que el ejercicio se practica más por los pacientes que no trabajan que por los pacientes que trabajan dentro y fuera del hogar.

Al igual que en el cuadro anterior, podemos señalar la ocupación como un factor que interviene en la observancia del tratamiento, concretamente en la realización del ejercicio prescrito para el control de la diabetes. En tal sentido entendemos que las personas que no trabajan pueden disponer de más tiempo para realizar el ejercicio, pues al cuestionarles a los pacientes que trabajan sobre el motivo que les impedía realizarlo, expresaron que era el trabajo y el cansancio derivado de éste.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre el ejercicio que debe realizar para el control de la diabetes, mayor porcentaje de pacientes que lo realizan.

CUADRO No 22
COMUNICACIÓN DEL PACIENTE CON SU PAREJA SOBRE EL EJERCICIO Y SU RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO.

REALIZACIÓN DE EJERCICIO

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN	SI %	NO %	TOTAL
Siempre	89.3	10.7	21.4% 28
Casi siempre	67.9	32.1	21.4% 28
En ocasiones	57.4	42.6	35.9% 47
Nunca	17.9	82.1	21.4% 28
Total	76 58.0%	55 42.0%	131 100%

Una Ji Cuadrada de 30.8987 con un nivel de significancia de .0000 de probabilidad de error, nos permite establecer asociación entre la frecuencia de comunicación del paciente con su pareja y la realización del ejercicio.

En los datos, se observa que aproximadamente 9 de cada 10 pacientes que siempre platican con su pareja acerca del ejercicio que deben realizar para controlar la diabetes, realizan ejercicio, en contraste con aproximadamente 2 de cada 10 pacientes que nunca platican y que realizan ejercicio.

Esto se reafirma con los datos obtenidos en los pacientes que no hacen ejercicio, ya que los que siempre platican con su pareja acerca de éste, solamente un 10.7% no hace ejercicio, mientras que un 82.1% que nunca platica, no lo realiza.

Gutiérrez y otros (1994:175) señalan:" La colaboración e inclusive la participación de algún familiar no diabético puede ser determinante para que el paciente cumpla con el ejercicio.

Consideramos que una forma de colaboración por parte de los miembros de la familia es a través de la comunicación, pues a través de ésta se puede fomentar y motivar al paciente diabético a realizar el ejercicio.

Hipótesis de Investigación:

A mayor comunicación del paciente con sus hijos casados acerca del ejercicio prescrito por el doctor para el control de la diabetes, mayor porcentaje de pacientes realizan ejercicio.

**CUADRO No 23
COMUNICACIÓN DEL PACIENTE CON SUS HIJOS CASADOS SOBRE EL
EJERCICIO Y SU RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO**

REALIZACIÓN DE EJERCICIO

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN	SI %	NO %	TOTAL
Siempre	55.6	44.4	7.8% 9
Casi siempre	66.7	33.3	12.9% 15
En ocasiones	66.7	33.3	49.1% 57
Nunca	31.4	68.6	30.2% 35
Total	64 55.2%	52 44.8%	116 100%

Al obtener una Ji Cuadrada de 11.82485, con un nivel de significancia estadístico de .0080, existe relación entre la frecuencia con que platica el paciente con sus hijos casados acerca del ejercicio recomendado por el doctor y la realización de éste por parte del paciente.

Esto se establece al obtener que un 55.6% de los pacientes que siempre platican con sus hijos sobre el ejercicio que deben realizar para el control de la diabetes, realizan ejercicio, mientras que en los pacientes que nunca platican con sus hijos casados, solo un 31.4% realizan ejercicio.

Así mismo, podemos observar la columna con los datos de los pacientes que no realizan ejercicio, en donde se muestra que un 44.4% que siempre se comunican, no realizan ejercicio, mientras que el 68.6% que nunca habla acerca de éste con sus hijos casados, no lo realiza.

Zúñiga (1994:89) establece: "La familia y amistades cercanas deben estar enterados que el paciente está iniciando un programa de ejercicio para que lo ayuden, apoyen y animen a seguir."

Así mismo, señala que es necesario proporcionarle una retroalimentación positiva que lo aliente a seguir realizándolo.

5.4. Variable asistencia a pláticas educativas y su relación con las variables

CUADRO No 25
LA VARIABLE ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS Y SU RELACIÓN CON
LAS SIGUIENTES VARIABLES.

VARIABLE	X ₂	Nivel de Significancia
Edad	1.734121	.42018
Sexo	.91036	.63433
Estado Civil	6.40562	.04065 ***
Ocupación	2.77053	.59693
Escolaridad	1.48210	.82981
Tiempo de tener diabetes	6.18510	.18574
Antecedentes de diabetes	.44474	.80062
Asistencia al médico	5.05454	.53684
Observancia de la dieta	7.82407	.02000***
Realización de ejercicio	30.29708	.00000 ***
Comunicación con pareja sobre dieta	14.81699	.02173 ***
Comunicación con hijos casados sobre dieta	2.40715	.87871
Comunicación con hijos solteros sobre dieta	10.60224	.10148
Comunicación con pareja sobre ejercicio	21.14542	.00173 ***
Comunicación con hijos casados sobre ejercicio	5.51312	.47987
Comunicación con hijos solteros sobre ejercicio	14.09349	.02861 ***
Comunicación con pareja sobre tratamiento	15.14262	.01918 ***
Comunicación con hijos casados sobre tratamiento	6.03427	.41936
Comunicación con hijos solteros sobre tratamiento	6.57982	.36146
Etapa del ciclo familiar	11.18829	.0037 ***
Tipo de familia	12.55870	.01365 ***

Al cruzar la variable asistencia a las pláticas educativas, encontramos que no existe relación con las variables de edad, sexo, ocupación, escolaridad, tiempo de tener diabetes, antecedentes de diabetes, asistencia al médico, comunicación con hijos casados, con hijos solteros sobre dieta, comunicación con hijos casados sobre ejercicio, comunicación con hijos casados y con hijos solteros sobre tratamiento.

Encontrándose que la asistencia a pláticas educativas está asociada a las variables de: estado civil, realización de ejercicio, observancia de la dieta, comunicación con

pareja sobre la dieta, comunicación con pareja sobre el ejercicio, comunicación con hijos solteros sobre ejercicio, comunicación con pareja sobre el tratamiento y con la variable tipo de familia, tal como lo muestran los resultados en el cuadro.

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CON RELACIÓN SIGNIFICATIVA

Hipótesis de Investigación:

La asistencia a las pláticas educativas es menor en los pacientes que tienen pareja que en los pacientes sin pareja.

CUADRO No 26
EI ESTADO CIVIL Y LA ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS
ESTADO CIVIL

ASISTENCIA A PLÁTICAS	SIN PAREJA %	CON PAREJA %	TOTAL
Cada mes	2.9	97.1	22.7% 34
Cada 2 meses o más	9.1	90.9	29.3% 44
No asiste	19.4	80.6	48.0% 72
Total	19 12.7%	131 87.3%	150 100%

Se encontró una Ji Cuadrada de 6.40562 con una probabilidad de .0406 de cometer error, por lo que la hipótesis de investigación se acepta y se rechaza la nula, existiendo una relación significativa entre la variable estado civil y la frecuencia de asistencia a pláticas de educación para la diabetes.

El porcentaje de pacientes que tienen pareja y no asisten a las pláticas es mayor, (80.6%) que en los pacientes que no tienen pareja y no asisten (19.4%).

Con esto verificamos las afirmaciones que hacen Gutiérrez y otros (1994), al señalar que el paciente diabético puede obtener apoyo psicológico y práctico de su cónyuge o familiar. Señalan, además, que estarán mejor preparados para enfrentar cualquier dificultad que resulte de la enfermedad, si reciben instrucción sobre diabetes.

Hipótesis de Investigación:

Una mayor asistencia a las pláticas educativas sobre diabetes, posibilita que un mayor número de pacientes observen la dieta.

CUADRO No.27
ASISTENCIA A PLÁTICAS Y SU RELACIÓN CON LA OBSERVANCIA DE LA
DIETA

OBSERVANCIA DE LA DIETA

ASISTENCIA A PLÁTICAS	SI %	NO %	TOTAL
Cada mes	76.5	23.5	22.7% 34
Cada 2 meses o más	70.5	29.5	29.3% 44
No asiste	51.4	48.6	48.0% 72
Total	94 62.7%	56 37.3%	150 100%

Al obtener una Ji Cuadrada de 7.82407, con un nivel de significancia estadística de .0200, se establece que existe relación entre la asistencia a las pláticas educativas y la observancia de la dieta, aceptando con ello la hipótesis de investigación.

Al observar los datos que se muestran en el cuadro superior, tenemos que un 76.5% de los pacientes que asisten cada mes a las pláticas educativas, observan la dieta, en contraste con un 51.4% que no asisten y que siguen la dieta.

Analizando los resultados de los pacientes que no observan la dieta, encontramos que el 23.5% que acude cada mes a las pláticas educativas, no siguen la dieta y el 48.6% de los que nunca acuden a las pláticas, no la observan.

Dichos datos, nos permiten aceptar nuestra hipótesis de trabajo y rechazar la hipótesis nula, estableciéndose así la relación entre estas dos variables, pues tenemos que a mayor frecuencia de asistencia a las pláticas educativas sobre diabetes, mayor es el porcentaje de pacientes que siguen la dieta.

Con estos resultados y los resultados realizados en 1990 por Sharon A. Brown demuestran que el impacto de la educación en las personas con diabetes son consistentes con una mejoría importante en el logro de un mejor control de la enfermedad y, por consiguiente, en evitar el desarrollo de complicaciones y prolongar una vida de mejor calidad (Ovalle, 1993:53).

ipótesis de Investigación:

Una mayor frecuencia de asistencia a pláticas de educación para la diabetes, posibilita que un mayor porcentaje de pacientes realicen ejercicio.

CUADRO No.28
ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS Y SU RELACIÓN CON LA
REALIZACIÓN DE EJERCICIO
EJERCICIO

ASISTENCIA A PLÁTICAS	SI %	NO %	TOTAL
Cada mes	94.1	5.9	22.7% 34
Cada 2 meses o más	59.1	40.9	29.3% 44
No asiste	37.5	62.5	48.0% 72
Total	85 56.7%	65 43.3%	150 100%

Con una Ji Cuadrada de 30.2978 y un .0000 de probabilidad de cometer error, aceptamos que existe relación entre la frecuencia de asistencia a pláticas educativas y la realización del ejercicio.

Lo anterior, en virtud de que los datos nos muestran que un 94.1% de pacientes que acuden a las pláticas mensualmente, realizan ejercicio, en contraste con un 37.55 que no asisten a las pláticas y realizan ejercicio.

Así mismo, en el tercer renglón del cuadro superior, nos confirma que un 62.5% de pacientes que no asisten a las pláticas, no realizan ejercicio.

En virtud del comportamiento de los datos, aceptamos nuestra hipótesis de investigación y sostenemos lo que Ovalle (1993:52) nos señala " si el proceso educativo utilizado en la atención de las personas con diabetes es correcto y además de suministrarles toda la información necesaria les despierta la suficiente motivación para lograr cambios de conducta, los resultados siempre serán buenos"

Por otro lado Zúñiga (1994:89) nos expone que es más fácil que los pacientes lleven a cabo el ejercicio, si saben y conocen los beneficios, la fisiología física, los cambios que van a desarrollar y las complicaciones que pueden evitar o las que se pueden presentar.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre la dieta, mayor porcentaje de pacientes asisten a las pláticas educativas

CUADRO No.29
COMUNICACIÓN CON PAREJA SOBRE LA DIETA Y SU RELACIÓN CON LA
ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS

COMUNICACIÓN CON PAREJA

ASISTENCIA A PLÁTICAS	SIEMPRE %	CASI SIEMPRE %	EN OCASIONES %	NUNCA %	TOTAL
Cada mes	36.4	24.2	27.3	12.1	25.2% 33
Cada 2 meses ó más	22.5	27.5	45.0	5.0	30.5% 40
No asiste	15.5	20.7	34.5	29.3	44.3% 58
Total	30 22.9%	31 23.7%	47 35.9%	23 17.6%	131 100%

Al encontrar en esta relación de variables una Ji Cuadrada de 14.81699 con un nivel de significancia estadística de .0217, estamos en posibilidad de aceptar nuestra hipótesis de investigación y de rechazar la hipótesis nula.

Los resultados muestran que un 36.4% de pacientes que siempre platican con su pareja sobre la dieta, asisten cada mes a las pláticas educativas, en comparación con el 15.5% de pacientes que siempre platican con su pareja sobre la dieta. y que no asisten.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre el ejercicio, mayor asistencia a las pláticas educativas.

**CUADRO No.30
COMUNICACIÓN CON PAREJA SOBRE EL EJERCICIO Y SU RELACIÓN CON LA
ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS**

COMUNICACIÓN CON PAREJA

ASISTENCIA A PLÁTICAS	SIEMPRE %	CASI SIEMPRE %	EN OCASIONES %	NUNCA %	TOTAL
Cada mes	45.5	18.2	27.3	9.1	25.2% 33
Cada 2 meses ó más	22.5	20.0	40.0	17.5	30.5% 40
No asiste	6.9	24.1	37.9	31.0	44.3% 58
Total	28 21.4%	28 21.4%	47 35.9%	28 21.4%	131 100%

Una Ji Cuadrada de 21.14542, con un nivel de significancia estadística de .0017, nos permite determinar que existe asociación entre la frecuencia de comunicación del paciente con su pareja y la asistencia a las pláticas educativas aceptando con ello, la hipótesis de investigación.

Analizando los resultados del cuadro superior, encontramos que un 45.5% de los pacientes que siempre platican con su pareja sobre el ejercicio prescrito por el doctor para el control de la diabetes, acuden cada mes a las pláticas, en contraste con un 6.9% de ellos que que siempre platican con su pareja sobre el ejercicio y no asisten a las pláticas.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con sus hijos solteros sobre el ejercicio, mayor porcentaje de pacientes asisten a las pláticas educativas.

CUADRO No.31
COMUNICACIÓN CON HIJOS SOLTEROS SOBRE EL EJERCICIO Y SU
RELACIÓN CON LA ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS

COMUNICACIÓN CON HIJOS SOLTEROS

ASISTENCIA A PLÁTICAS	SIEMPRE %	CASI SIEMPRE %	EN OCASIONES %	NUNCA %	TOTAL
Cada mes	25.9	29.6	37.0	7.4	25.0% 27
Cada 2 meses ó más	6.1	27.3	42.4	24.2	30.6% 33
No asiste	6.3	20.8	35.4	37.5	44.4% 48
Total	12 11.1%	27 25.0%	41 38.0%	28 25.9%	108 100%

Se encontró una Ji Cuadrada de 14.09349, con una probabilidad de .0286 de cometer error, por lo que se confirma que existe relación entre la frecuencia con que el paciente platica sobre el ejercicio con sus hijos solteros y la asistencia a las pláticas educativas.

Esto lo podemos corroborar en los datos que se presentan en el cuadro superior, en donde observamos que el 27.1% de pacientes que siempre y casi siempre platican con sus hijos sobre el ejercicio, nunca acuden a las pláticas educativas, en contraste con un 72.9% de pacientes que en ocasiones y nunca platican y que no asisten a las pláticas.

Con ello, aceptamos nuestra hipótesis de investigación y rechazamos la hipótesis nula.

Hipótesis de Investigación:

A mayor frecuencia de comunicación del paciente con su pareja sobre el tratamiento para el control de la diabetes, mayor porcentaje de pacientes que asisten a las pláticas educativas.

CUADRO No.32
COMUNICACIÓN CON PAREJA SOBRE EL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN
CON LA ASISTENCIA A PLÁTICAS EDUCATIVAS

COMUNICACIÓN CON PAREJA

ASISTENCIA A PLÁTICAS	SIEMPRE %	CASI SIEMPRE %	EN OCASIONES %	NUNCA %	TOTAL
Cada mes	45.5	18.2	24.2	12.1	25.2% 33
Cada 2 meses ó más	27.5	20.0	37.5	15.0	30.5% 40
No asiste	13.8	15.5	37.9	32.8	44.3% 58
Total	29 22.1	45 34.4%	23 17.6%	34 26.0%	131 100%

Una Ji Cuadrada de 15.14262, y un .0191 de probabilidad de cometer error, aceptamos que existe relación entre la frecuencia de comunicación con pareja sobre el tratamiento y la asistencia del paciente a pláticas

Los datos del cuadro de arriba muestran que un 45.5% de pacientes que siempre platican con su pareja sobre el tratamiento, acuden cada mes a las pláticas y solo un 13.8% de pacientes que siempre se comunican, no asisten a las pláticas educativas.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis de Investigación:

Los pacientes que se encuentran en la etapa final familiar, acuden más a las pláticas educativas que los pacientes que se encuentran en la etapa intermedia.

**CUADRO No 33
ETAPA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ASISTENCIA A PLÁTICAS
EDUCATIVAS**

ASISTENCIA A PLÁTICAS	INTERMEDIA %	FINAL %	TOTAL
Cada mes	100	0	23.8% 31
Cada 2 meses o más	87.2	12.8	30.0% 39
No asiste	73.3	26.7	46.2% 60
Total	109 83.8%	21 16.2%	130 100%

Una Ji Cuadrada de 11.18829 con un nivel de significancia estadística de .0037 nos permite aceptar la hipótesis de investigación.

Podemos observar que el 73.3% de pacientes que se encuentran en la etapa intermedia del ciclo familiar, no asiste a las pláticas educativas, en comparación con el 26.7% de los pacientes que están en la etapa final del ciclo familiar y que no asisten a las pláticas.

Lo anterior puede estar relacionado a que los pacientes ubicados en la etapa final tienen más edad y por tanto más riesgo de presentar complicaciones propias de la diabetes u otros padecimientos ligados al envejecimiento que les impiden la asistencia a pláticas educativas.

Hipótesis de Investigación:

Los pacientes que tienen familias extensas acuden más a las pláticas educativas que aquéllos que tienen familia nucleares.

CUADRO No 34**TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA ASISTENCIA A PLÁTICAS**

ASISTENCIA A PLÁTICAS	NUCLEAR Y SEMI-NUCLEAR %	EXTENSA Y SEMI-EXTENSA %	TOTAL
Cada mes	94.1	5.9	23.1% 34
Cada 2 meses o más	84.1	15.9	29.9% 44
No asiste	69.6	30.4	46.9% 69
Total	117 79.6%	30 20.4%	147 100%

De acuerdo con el valor de Ji Cuadrada de 9.23547 y un nivel de significancia estadística de .0098, se determina que existe relación entre las variables tipo de familia y asistencia a pláticas educativas, por lo tanto concluimos que es significativa la relación entre ambas variables.

Podemos observar que un 69.6% de los pacientes que no asisten a las pláticas educativas, tienen familias nucleares y semi-nucleares, mientras que un 30.4% que tampoco asisten, tienen familias de tipo extensa y semi-extensa. Esto nos indica que aproximadamente 7 de cada 10 pacientes que tienen familias nucleares, no asisten a las pláticas, en contraste con 3 de cada 10 pacientes que tienen familias extensas y no acuden a éstas.

Estos resultados se relacionan con lo que afirma Leñero (1983) acerca de la familia extensa, considerándole gran importancia ya que es determinante en el apoyo que puede presentar en momentos de crisis.

Así mismo, Goode (1966) manifiesta las ventajas de ayuda que la familia prolongada ofrece en ciertas circunstancias, como a los ancianos, enfermos y lisiados.

También la teoría de Lomnitz y Susman (1980) manifiesta que la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua, incluyendo a los parientes enfermos.

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En este apartado se presentan los aspectos más significativos del estudio realizado con pacientes con diabetes tipo II.

Se ha establecido que la diabetes es una enfermedad crónica que puede ser controlada, si el paciente sigue las indicaciones recomendadas.

Es pues el comportamiento del paciente uno de los principales aspectos en el tratamiento y/o control de cualquier enfermedad.

La American Diabetes Association (1994) ha establecido que el comportamiento ideal del paciente con diabetes tipo II es diferente en cada paciente, no obstante existen aspectos que tienen influencia, entre los que están; la dieta, el ejercicio, la educación y la asistencia al médico.

Nuestra investigación de carácter relacional, se enfocó a conocer la relación que podía existir entre las variables sociodemográficas, las variables familiares y la variable comunicación, con la observancia de medidas prescritas para el control de la diabetes: dieta, ejercicio, asistencia al médico y pláticas educativas.

Así pues, se encontró que más de la mitad de los pacientes entrevistados asisten a consulta con el médico por lo menos una vez al mes.

Con respecto a la asistencia a las pláticas educativas programadas mensualmente, se encontró que es menos de un 15% los pacientes que acuden cada mes a éstas.

En lo referente al comportamiento de los pacientes sobre la dieta, los resultados indican que aproximadamente 3 de cada 10 pacientes, son los que siempre la siguen. Entre los motivos más comunes por los cuales no la siguen están: la falta de recursos económicos, la no disponibilidad de los alimentos y por la asistencia a fiestas o compromisos sociales o por el trabajo.

Respecto a la realización del ejercicio, se encontró que aproximadamente 6 de cada 10 personas lo realizan; encontrándose también que entre los principales motivos por los cuales no lo realizan, están: los problemas de salud, por visitas, salidas, ocupaciones o por el cansancio.

Se ha señalado que la familia es transmisora de creencias, normas y hábitos que tienen influencia en las actitudes y comportamiento del individuo hacia la

enfermedad, y hacia el seguimiento o interrupción del tratamiento. Siendo además considerada como un recurso de apoyo mutuo entre sus miembros, sobre todo cuando está presente una enfermedad o en situaciones de crisis. Así la respuesta que ésta de ante la enfermedad va cambiando conforme a la etapa en que se encuentra.

El apoyo que la familia brinda al paciente en la dieta, el ejercicio, la asistencia al médico y a las pláticas educativas, es otro aspecto contemplado en la investigación. familiar, los resultados obtenidos muestran que la mitad de los entrevistados son acompañados a sus citas médicas por algún familiar, siendo generalmente el cónyuge, a la otra mitad nadie los acompaña. Con respecto a la asistencia a pláticas educativas, se encontró que solamente a 4 de cada 10 pacientes los acompaña algún familiar.

En cuanto al principal apoyo dado por la familia en lo que respecta a la dieta, se encontró que éste se manifiesta en la preparación de los alimentos para toda la familia, pues a menudo la preparación especial de alimentos para el paciente, representa un obstáculo para su seguimiento.

Al referirnos al apoyo que el paciente recibe de su familia para la realización del ejercicio, este se traduce en el acompañamiento al realizarlo, encontrándose que la mitad de ellos, son acompañados principalmente por familiares.

La comunicación es otra variable que está presente en la investigación. Los datos más sobresalientes respecto a la frecuencia con que el paciente platica con su cónyuge, sus hijos casados y los solteros, acerca de su estado de salud, de su dieta, el ejercicio y el apoyo que necesita para seguir las indicaciones prescritas, indican que entre 4 y 5 de cada 10 pacientes siempre y casi siempre platican sobre ello.

HIPÓTESIS PLANTEADAS

En relación a las hipótesis planteadas en la investigación, podemos afirmar que en lo que hace a la relación de las variables sociodemográficas, con el seguimiento de medidas prescritas para el control de la diabetes, se encontró que el sexo y la ocupación están relacionados con la realización del ejercicio, siendo los hombres los que con más frecuencia lo realizan y aquéllos que están jubilados.

El estado civil es otro factor que guarda relación con la asistencia a las pláticas educativas, pues los resultados indican que la mayoría de los pacientes que tienen pareja, acuden a las pláticas.

Respecto a la relación que el tipo de familia y la etapa cíclica de la familia guarda con el comportamiento del pacientes en el seguimiento de la dieta, la realización del ejercicio, la asistencia a pláticas y la asistencia al médico, solamente se encontró relación significativa entre el tipo de familia y la asistencia a pláticas educativas, siendo mayor el porcentaje de pacientes con familias nucleares o seminucleares los que no acuden a éstas.

Los hallazgos más importantes en cuanto a la hipótesis planteada sobre la relación que la comunicación guarda con el comportamiento del paciente en el seguimiento de las medidas prescritas, indican que la comunicación es un factor importante en el seguimiento de la dieta, pues 7 y 9 de cada 10 pacientes que siempre platican con su cónyuge y con sus hijos casados, sobre la dieta, la observan.

Así mismo, los datos muestran que la comunicación también está fuertemente asociada con la realización del ejercicio, ya que la mayoría de los pacientes que siempre platican sobre el ejercicio tanto con su cónyuge, como con sus hijos casados y solteros sobre esto, practican el ejercicio.

También encontramos que aproximadamente 5 de cada 10 pacientes que platican con su pareja sobre las medidas prescritas por el médico para el control de la diabetes, asisten cada mes a las pláticas educativas.

De esta manera, la comunicación familiar en nuestro estudio, resulta ser una de las variables que más se asocia con el comportamiento que el paciente tiene respecto al seguimiento de las medidas prescritas para el control del padecimiento.

Otra de las hipótesis del estudio, plantea que existe relación significativa entre la asistencia a pláticas educativas, la observación de la dieta, y la realización del ejercicio.

En cuanto a la relación con la observancia de la dieta, se encontró que el 76.5% de pacientes que acuden a las pláticas educativas, observan la dieta. Así mismo, hallamos relación con la realización del ejercicio, pues el 94% de pacientes que asisten a las pláticas, lo realizan.

Por último, tenemos la relación que las conductas de apoyo de la familia puede guardar con el comportamiento del paciente, en el seguimiento de las medidas prescritas para el control. Encontrándose que solamente la frecuencia de preparación de los alimentos guarda una relación significativa con el seguimiento de la dieta, pues 8 de cada 10 pacientes que siempre preparan o les preparan la dieta, la siguen.

Con los resultados de esta investigación, se ofrece el análisis de algunos factores que están asociados a la observancia del tratamiento para el control de la diabetes. Con ello, quisiéramos que estos aportes sean tomados en cuenta para la realización de otros estudios que contemplen la influencia del aspecto familiar, en el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas.

PROPUESTAS

Sugerimos ampliar la presente investigación en cuanto al contenido y también en cuanto a una muestra probabilística que permita generalizar los datos a fin de que sirvan de base, para diseñar e implementar programas que realmente nos lleven a satisfacer las necesidades concretas de los pacientes, y a lograr su verdadera y real participación en el tratamiento.

Consideramos también que se debe involucrar a las familias de los pacientes en los programas de educación para la diabetes, para que participen en el tratamiento.

Otra sugerencia es que se le dedique más tiempo a las pláticas individuales que la enfermera educadora tiene con los pacientes, ya que la tarea de educar es una labor compleja dirigida a lograr el cambio de prácticas habituales, de lo contrario, nos quedamos en mera labor informativa, que no asegura resultados positivos.

De igual forma, consideramos que a estas sesiones debe acudir el familiar más cercano al paciente, para que también se capacite y pueda apoyarlo en el tratamiento.

La comunicación es un factor fundamental en la familia y en la influencia que puede tener en la observancia del tratamiento, por ello, proponemos diseñar y ejecutar programas, a fin de fomentar la comunicación familiar.

Dado que la diabetes es una enfermedad que va en aumento, pues ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad en la población mexicana, sugerimos la implementación de programas en clínica Nova, dirigidos a disminuir el porcentaje de socios que contraen la enfermedad por obesidad o por otros factores que pueden prevenirse o controlarse.

Creemos que a través de programas de sensibilización, dirigidos a la familia del paciente, se puede lograr la participación consciente y real de sus miembros en el tratamiento de las enfermedades.

Se propone aprovechar el recurso existente en Clínica de la diabetes de las estudiantes de Trabajo Social, ya que están capacitadas para participar en los programas de educación para la salud, así como en el trabajo con grupos y familias y en la realización de investigaciones sociales.

Creemos que el trabajador social conjuntamente con el médico, la enfermera educadora y el psicólogo, pueden llevar a cabo la ardua tarea de lograr el cambio de actitud y de conducta de los pacientes y su familia hacia el tratamiento para el control de la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association

(1994) *Manejo médico de la diabetes no insulino dependiente (tipo II)*, 3a edición.

Arredondo, A y Meléndez

(1992) "Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis", en: Salud Pública, Vol.34, Núm.1.

Asociación de Medicina Interna de México

(1993) *Temas de Medicina Interna. Diabetes mellitus*, México.D.F. Ed. Mc.Graw Hill.

Bischoff, Hilmar

(1993) *Arcabose nuevo concepto en el tratamiento de la diabetes*. Simposio Internacional sobre Avances en el Manejo de la Diabetes. Buenos Aires, Argentina.

Carta de Ottawa

(1987) "La carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: La promoción de la Salud", en: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. I, Núm. 103.

Del Buen, Nestor

(1994) *Derecho del Trabajo*, México D.F., Ed. Porrúa S.A., 9a edición.

De la Madrid, Miguel

(1992) *Ley General de Salud*, México D.F., Ed. Porrúa S.A.

Dicarpio, N. S.

(1985) *Teorías de la Personalidad*, México D.F., 2a edición, Interamericana.

Dolger, Henry y Bernard Seeman

(1994) *Cómo vivir con la Diabetes*, México D.F., Ed. Diana, 13a edición

Drury, M.I

(1987) *Diabetes Mellitus*, Madrid, España, Ed. Médica panamericana, 2a edición.

Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas

(1993) Dirección General de Epidemiología del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran", México, D.F.

Fratini, Alberto y Araiza

(1993) "Tratamiento nutricional de la diabetes" en: *Temas de Medicina Interna: Diabetes Mellitus*. Asociación de Medicina Interna de México, Vol. I, Núm.4, Ed. Mc. Graw Hill.

García, Héctor

(1993) *Inhibidores de alfa glucosidasas: Un nuevo recurso para el tratamiento de la diabetes mellitus*. Simposio sobre Avances en el Manej del Paciente Diabético, Buenos Aires, Argentina.

Garza, Teofilo

(1997) *Trabajo con Familias*, México, Subdirección de Educación continua de la Facultad de medicina de la U.A.N.L.

Gómez, Celina y Héctor M. Riquelme

(1997) "Funciones Familiares", en: *Trabajo con Familias*, Teofilo Garza, México, Subdirección de Educación continua de la Facultad de medicina, U A.N.L.

Good, William J

(1966) *La familia*, México, D.F. , Ed. UTEHA.

Griffiths, W

(1972) *Health education definitions, problems, and philosophies*. Health Education Monographs.

Guerrero, Euquerio

(1994) *Manual de Derecho del Trabajo*, México D.F., Ed. Porrúa S.A, décimo octava edición.

Gutiérrez, Imelda y Otros

(1994) "Aspectos Psicosociales en la Diabetes Mellitus", en: *Atención Integral del Paciente Diabético*, Israel Lerman, México D.F., Ed. Mc. Graw Hill.

Hernández, Roberto Y Otros

(1992) *Metodología de la Investigación*, México D.F., Mc. Graw Hill.

Higashida, Bertha

(1995) *Educación para la Salud*, México D.F., Ed. Mc. Graw Hill.

Homedes, Nuria y Ugalde

(1994) "Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo" en: Oficina Sanitaria Panamericana.p.p 491-517.

Homedes, Nuria y Ugalde

(1994) "Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo" en: Oficina Sanitaria Panamericana.p.p 518-534.

Horwitz, Nina y Otros

(1985) "Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria", en: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.pp.144-155.

Instituto Nacional de Estadística,Geografía e Informática

(1998) Informe Estadístico del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno Núm. 4.

Instituto Nacional de Estadística,Geografía e Informática

(1995) Mortalidad y Morbilidad en México, cuaderno,Núm. 1.

Kisnerman, Natalio

(1990) Salud Pública y Trabajo Social, Buenos Aires,Colección Guidance.

Leñero,Luis

(1986) *El Fenómeno Familiar en México D.F.*, México, Ed. Cedisa, 3a edición.

Lerman, Israel

(1994) *Atención Integral del Paciente Diabético*, México D.F.,Ed.Mc. Graw Hill.

Ley General de Salud

(1993) México D.F., Ed. Nueva Visión

Lilienfeld, Roberto

(1984) *Teoría de Sistemas;orígenes y aplicaciones en ciencias sociales*, México, Trillas.

López, A

(1990) *Medicina tradicional*, México D.F.,UNAM.

Martinez, Félix y Eduardo Méndez

(1997) "Recursos Familiares",en:*Trabajo con Familias*,Teófilo Garza México,Subdirección de Educación continua de la Facultad de Medicina U.A.N.L.

Michel, G

(1988) "Motivación en la educación de adultos" , en:*Psicología de la Conducta*. Material fotocopiado (Facultad de Enfermería.U.A.N.L.).

Organización Mundial de la Salud (ONU)

(1954) Comité de expertos en la educación higiénica, Suiza,Ginebra.

Ovalle, Jesús Fernando

(1994) "Educación, Base Primordial del Tratamiento", en: *Atención Integral del Paciente Diabético*, Israel Lerman, México, D.F., Ed. Mc. Graw Hill

Pérez, Enrique y Otros

(1993) "Educación en la diabetes mellitus" en: *Temas de medicina Interna. Diabetes mellitus. Asociación de Medicina Interna de México*, Vol. I, Núm.4, Ed. Mc Graw Hill.

Poder Ejecutivo Federal

(1995) Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, México D.F.

Ramírez, José Manuel

(1997) "Sistema Familiar", en: *Trabajo con Familias*, Teofilo Garza, México, Subdirección de Educación continua de la Facultad de Medicina, U A.N.L.

Ríos, Manuel y Juan Antonio Rull

(1994) "Diagnóstico de la Diabetes Mellitus". Lineamientos, en: *Atención integral del paciente diabético*, Israel Lerman, México D.F., Ed. Mc. Graw Hill.

Rosenstock, I

(1974) *Historical origins of the health belief model*. Health Education Monographs.

Rosenstock y Becker

(1984) *Social learning theory and the health belief model*. Health Education New Jersey, Vol 15.

Ross, Stuart

(1993) *Experiencia clínica con arcabose*, Simposio Internacional sobre Avances en el Manejo de la Diabetes, Argentina, Buenos Aires.

Ruiz, Angel

(1997) *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*, México D.F., Ed. Porrúa S.A.

Ruiz, L

(1989) *Promoción y protección de la salud del adulto en America latina y el Caribe*, en: *Educación Médica en Salud*, Vol I, Núm.23.

Sánchez, Manuel

(1983) *Elementos de Salud Pública*, México, Ed. Méndez Cervantes 2a. edición.

San Martín, Hernán

(1981) *Salud y Enfermedad*, México D.F., Ed. La Prensa Médica Mexicana, 4a edición.

ANEXOS

CEDULA DE ENTREVISTA

V 1 - No. de Entrevista. _____

I - DATOS DEL PACIENTE

V.2.- Edad. _____(años cumplidos)

V 3 - Sexo: _____

V.4.- Estado Civil:

____(01) Soltero(a)

____(02) Casado(a)

____(03) Viudo(a)

____(04) Divorciado(a)

____(05) Unión Libre

V 5 -Cuál es su ocupación? _____

V 6 -Cuál es su ingreso mensual? _____

V.7.-Cuál es su escolaridad? (número de años de estudios aprobados) _____

V 8 -Tiempo de tener diabetes: _____

V - 9 -Tiene usted antecedentes familiares de diabetes?

1) - SI - _____ 2).-No _____

II -DATOS FAMILIARES. (No preguntar)

V.10 Número total de miembros _____

V 11.-Ingreso familiar(mensual) _____

V 12.-Viven con usted (en su casa) su padre y/o madre?

1).- Sí _____

2) - No _____

V 13 - Viven con usted (en su casa) su suegro y/o suegra?

1).- Sí _____

2).- No _____

V 14- Viven con usted (en su casa) algunos de sus hijos(as) casados y con su familia?

1) - Sí _____

2) - No _____

V 15- Viven con usted (en su casa) otros parentes de usted o de su esposo(a)

1) - Sí _____

2) - No _____

V 16 - Tipo de Familia(No preguntar lo siguiente)

1) - Familia seminuclear (padre-hijos madre-hijos) _____

2) - Familia nuclear (padre, madre e hijos o sólo la pareja) _____

3).- Familia semi-extensa (padre, madre e hijos y otros o sólo padre o madre e hijos y otros) _____

4) - Familia extensa (tres generaciones colaterales) _____

V.-17.-Cuántos años de casado(a) tiene usted?(Etapa del ciclo de la familia)

- 1) - Más de 15 años de casados _____
- 2) - De 15 a 25 años de casados _____
- 3) - Más de 25 años de casados _____
- 4) - No se aplica _____

18 -Cuál es la religión de su familia ?

- 1) Católica _____
- 2) Mormona _____
- 3) Testigo de Jehova _____
- 4) - Bautista _____
- 4) Ninguna _____
- 5) Otros _____ Especificar _____

IV.-CONTROL MEDICO

V.19.- Con qué regularidad asiste al médico para el control de la diabetes?

- 1).- Cada 15 días _____
- 1).- Cada mes _____
- 2).- Cada 2 meses _____
- 3).- Cada 3 meses _____
- 4) - Cada 4 meses _____
- 5) - Cada 6 meses _____
- 6) - Cada año a más _____

V.-20.- Quién lo acompaña a las citas con el médico?

- 1) Esposa(o) _____
- 2).- Hijo(a) _____
- 3).- Amigos _____
- 4).- Vecinos _____
- 5).- Nadie _____

V -21. Con qué frecuencia toma o se aplica el medicamento para el control de la diabetes?

- 1).- 3 veces al día _____
- 2).- 2 veces al día _____
- 3).- 1 vez al día _____
- 4).- Ninguna _____
- 5).- No toma _____

V 22 -Quién le recuerda las tomas o aplicaciones de su medicamento?

- 1) - Nadie _____
- 2) - Esposo(a) _____
- 3) - Hijo(a) _____
- 4) - Vecinos _____
- 5) - Otros especificar _____
- 9) - No se aplica _____

V 23 -Con qué frecuencia asiste usted a las pláticas sobre diabetes?

- 1) - Cada mes _____
- 2) -Cada 2 meses _____
- 3) - Cada 3 meses _____
- 4) - Cada 4 meses _____
- 5) - Cada año ó más _____
- 6) - Otros _____ especificar _____
- 7) - No asiste _____

V -24 Quién lo acompaña a las pláticas que se imparten en la clínica sobre diabetes? _____

- 1) - Esposa(o) _____
- 2) - Hijo _____
- 3) - Hija _____
- 4) - Vecino(a) _____
- 5) - Amigo _____
- 6) - Nadie _____
- 7) - No asiste _____
- 9) - No se aplica _____

V.-HABITOS ALIMENTICIOS

V 25 - Controla la diabetes a través de una dieta ? (En caso de contestar la 1, pasar a la pregunta 27) _____

- 1) - Siempre _____
- 2) - Casi siempre _____
- 3) - En ocasiones _____
- 4) - Nunca _____

V -26Cuál es el motivo por el cual no sigue la dieta siempre?

V 27 - Quién le informó de los alimentos que usted debe comer para controlar la diabetes? _____

- 1) - Médico _____
- 2) - Enfermera _____
- 3) - Nutrióloga _____
- 4) - Parientes _____
- 5) - Vecinos _____
- 6) - Otros _____ Especificar _____
- 7) - Nadie _____

V 28 -Quién le proporcionó a su familia la información sobre los alimentos que usted debe comer para controlar la diabetes? _____

- 1.- Usted _____
- 2.- Médico _____
- 3.- Enfermera _____
- 4.- Nutrióloga _____
- 5.- Parientes _____
- 6 - Nadie _____
- 7.- Otros _____ especificar _____

V 29.- Quién le prepara los alimentos que usted debe comer para el control de la diabetes? _____

- 1) - Usted _____
- 2) - Esposa _____
- 3) - Empleada doméstica _____
- 4) - Hijas _____
- 5) - Vecinas _____
- 6) - Otros _____ especificar _____
- 7) - Nadie _____
- 9) - No se aplica _____
- 10) - No sigue dieta _____

V 30.-Con qué frecuencia le preparan los alimentos que usted necesita para controlar la diabetes? _____

- 5).- Todos los días _____
- 4).- Casi todos los días _____
- 3).- En ocasiones _____
- 2).- Casi nunca _____
- 1).- Nunca _____
- 0).- No sigue dieta _____
- 9).- No se aplica _____

V 31 -En su casa los alimentos que usted necesita para el control de la diabetes ,son preparados para toda la familia? _____

- 4).- Siempre _____
- 3).- Casi siempre _____
- 2).- En ocasiones _____
- 1).- Nunca _____

Alimentos que consumió usted hace 24 horas.

V.-32 ALMUERZO

V -33 COMIDA

V.-34 CENA

V - 35 - Los alimentos que usted consumió en el almuerzo, en la comida y en la cena hace 24 horas fueron los mismos que comió su esposa y/o hijos? _____

- 1) _ SI _____
- 2)No - _____

VI - HABITOS DE EJERCICIO

V 36.- Realiza algún tipo de ejercicio?(Si contesta que no, pasar a la pregunta 47) _____

- 1) - SI _____
- 2) - No _____

V37 -Cuál ejercicio realiza usted? _____

- 1) - Camina _____
- 2) - Natación _____
- 3) - Aerobics _____
- 4) - Tenis _____
- 5) - Otros Especificar _____
- 6) - Ninguno _____

V -38 -En qué lugar realiza el ejercicio? _____

- 1) - En el parque _____
- 2) - En el recreativo _____
- 3) - Adentro de la casa _____
- 4) - En el patio de la casa _____
- 5) - En la calle cuando sale a algún asunto _____
- 6) - Otros _____ especificar _____

V 39.-Con qué frecuencia realiza el ejercicio?

- 5).- Todos los días _____
- 4).- 4 a 6 veces por semana _____
- 3).- 3 veces por semana _____
- 2).- 2 veces por semana _____
- 1).- 1 vez por semana _____
- 9) No se aplica _____

V 40 -Cuánto tiempo realiza el ejercicio?

- 5).- 1 hora ó más _____
- 4).- 45 minutos _____
- 3).- 30 minutos _____
- 2).- 15 minutos _____
- 1).- Menos de 15 minutos _____
- 9).- No se aplica _____

V -41 -Quién lo acompaña en la realización de su ejercicio?

- 1).- Esposo(a) _____
- 2).- Hijo(a) _____
- 3).- Vecinos _____
- 4).- Amigos _____
- 5).- Nadie _____

V -42 -Con qué frecuencia lo acompañan a realizar su ejercicio?

- 5) - Todos los días _____
- 4) - 4 a 6 veces por semana _____
- 3) - 3 veces por semana _____
- 2) - 2 veces por semana _____
- 1) - 1 vez por semana _____
- 9) No se aplica _____

V.-43.-Cuál es el principal obstáculo para que usted no realice el ejercicio siempre o para que no lo haga?

V 44 -Quién le proporcionó a su familia la información de como debe usted realizar el ejercicio para el control de la diabetes?

- 1) - Médico _____
- 2) - Enfermera _____
- 3).- Amigos _____
- 4) - Parientes _____
- 5).-Usted _____
- 6).- Nadie _____
- 7) - Otros _____ especificar _____

VII -COMUNICACION FAMILIAR

V.- 45 -Con qué frecuencia platica con su esposa(o) sobre como se siente usted con su salud?

- 4) - Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V -46 -Con qué frecuencia platica con su esposo (a) sobre los alimentos que le recomendó el doctor para controlar la diabetes? _____

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V -47 - Con qué frecuencia platica con su esposo (a) sobre el apoyo que necesita de él (ella) para seguir el tratamiento que le indicó el doctor para el control de su diabetes? _____

- 4) Siempre _____
- 3).- Casi siempre _____
- 2).- En ocasiones _____
- 1).- Nunca _____
- 9).- No se aplica _____

V.-48 -Con qué frecuencia platica con su esposo(a) sobre el ejercicio que usted debe realizar para controlar su diabetes? _____

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V -49.-Con qué frecuencia platica con sus hijos casados que viven en el área metropolitana sobre como se siente respecto a su salud? _____

- 4) - Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2).- En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V 50 -Con qué frecuencia platica con sus hijos casados que viven en el área metropolitana de Monterrey sobre los alimentos que le recomendó el doctor para control de la diabetes? _____

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V -51 - Con qué frecuencia platica con sus hijos casados que viven en el área metropolitana de Monterrey sobre el apoyo que necesita de ellos para seguir el tratamiento que le indicó el doctor para el control de la diabetes? _____

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V.-52.-Con qué frecuencia platica con sus hijos casados que viven en el área metropolitana de Monterrey sobre el ejercicio que usted debe realizar para controlar la diabetes?

- 4) Siempre _____
- 3).- Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V -53 Con qué frecuencia se comunica con sus hijos casados que viven en el área metropolitana

- 1) -Siempre _____
- 2) - Casi siempre _____
- 3) - En ocasiones _____
- 4) - Nunca _____

V.54.-Cuál es el medio más frecuente que utilizan sus hijos casados para comunicarse con usted?

- 1) - Teléfono _____
- 2) - Visita _____
- 3) - Ambos _____
- 3) - Otros _____ especificar __

V -55 -Con qué frecuencia platica con sus hijos solteros de más de 15 años sobre como se siente usted con su salud.

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V 56 - Con qué frecuencia platica con sus hijos solteros de más de 15 años sobre los alimentos que usted debe comer para el control de la diabetes?

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V -57 - Con qué frecuencia platica con sus hijos solteros de más de 15 años sobre el apoyo que necesita de ellos para seguir el tratamiento que le indicó el doctor para el control de la diabetes?

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V -58.-Con qué frecuencia platica con sus hijos solteros de más de 15 años sobre el ejercicio que usted debe realizar para controlar la diabetes?

- 4) Siempre _____
- 3) - Casi siempre _____
- 2) - En ocasiones _____
- 1) - Nunca _____
- 9) - No se aplica _____

V 59-Después de su esposo, de qué miembro de la familia recibe usted más apoyo para el control de la diabetes?

- 1) - Hija casada _____
- 2) - Hija soltera _____
- 3) - Hijo casado _____
- 4).- Hijo soltero _____
- 5) - Padres _____
- 6) - Nadie _____
- 7).-Otros _____ Especificar _____

V.60.- El trato que su esposo(a) le daba a usted antes de su padecimiento, cambió después de que le diagnosticaran diabetes?

- 1) - Sí _____
- 2).- No _____
- 9) - No se aplica _____

V.61.- Forma en la que cambió el trato. _____

V.62.- El trato que sus hijos solteros le daban a usted antes de su padecimiento, cambió después de que le diagnosticaran diabetes?

- 1).- Sí _____
- 2) -No _____
- 9).- No se aplica _____

V.-63.-En qué forma cambió el trato de sus hijos para con usted?

V 64.-El mayor apoyo que recibe de sus hijos casados que viven en el área metropolitana de Monterrey es?

- 1) - Comprensión _____
- 2) - Afecto _____
- 3) - Ayuda económica _____
- 4) - Comprensión y afecto _____
- 5) - Comprensión y ayuda económica _____
- 6) -Afecto y ayuda económica _____
- 7)- Todos los anteriores _____
- 9) - No se aplica _____
- 10 - Ninguno _____
- 11).- Otros _____ especificar _____

V 65-El mayor apoyo que recibe de sus hijos solteros es?

- 1) - Comprensión _____
- 2).- Afecto _____
- 3) - Ayuda económica _____
- 4) - Comprensión y afecto _____
- 5) - Comprensión y ayuda económica _____
- 6) -Afecto y ayuda económica _____
- 7)- Todos los anteriores _____
- 9) - No se aplica _____
- 10) - Ninguno _____
- 11) - Otros _____ especificar _____

V 66.-El mayor apoyo que recibe de su esposo(a) es:

- 1).- Comprensión _____
- 2).- Afecto _____
- 3).- Ayuda económica _____
- 4).- Comprensión y afecto _____
- 5).- Comprensión y ayuda económica _____
- 6).- Afecto y ayuda económica _____
- 7).- Todos los anteriores _____
- 9).- No se aplica _____
- 10).- Ninguno _____
- 11).- Otros _____ especificar _____

V.67- Cómo se siente con el apoyo que recibe de su esposo(a) para el control de la diabetes?

- 3).- Satisfecho _____
- 2).- Más o menos satisfecho _____
- 1).- Insatisfecho _____
- 9).- No se aplica _____

V 68 - Cómo se siente con el apoyo que recibe de sus hijos casados para el control de la diabetes?

- 3) - Satisfecho _____
- 2) - Más o menos satisfecho _____
- 1).- Insatisfecho _____
- 9).- No se aplica _____

V 69 - Cómo se siente con el apoyo que recibe de sus hijos solteros para el control de la diabetes?

- 3) - Satisfecho _____
- 2) - Más o menos satisfecho _____
- 1).- Insatisfecho _____
- 9) - No se aplica _____

No. de Socio _____
Clave Familiar _____

Observaciones:

Fecha de la entrevista _____

COMPOSICION FAMILIAR

	Parentesco	Sexo	Edad	Estado Civil	Escolandad	Ocupación	Hrs de trabajo a la semana	Ingreso Mensual
1.-								
2.-								
3.-								
4.-								
5.-								
6.-								
7.-								
8.-								
9.-								
10.-								

Parentesco

- 1.-Espos(a)
- 2.- Hijo
- 3.-Hija
- 4.-Padres
- 5.-Suegros
- 6 -Familiares
- 7 -Otros

Sexo

- 1.-femenino
- 2.-Masculino

Estado Civil

- 1 -Casado
- 2.-Soltero
- 3.-Divorciado
- 4.-Viudo
- 5.-Separado
- 6 -Unión libre

Ocupación

- 1 -Obrero
- 2.-Empleado
- 3 -Estudiante
- 4 -Profesionista
- 5 -Jubilado
- 6 -Trabaja por su cuenta
- 7 -Hogar
- 8 -Otros

