



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

Sede Tunuyán

Curso: Taller de Tesis

LA EDUCACION DEL DIABETICO

Tesis de Licenciatura en Enfermería

Autoras:

Enf. Prof Tatiana Madelém Escobar

Enf. Prof Sabrina Soledad Sosa Villar

Diciembre de 2013, Tunuyán, Mendoza

ADVERTENCIA

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores.

APROBACIÓN

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Trabajo aprobado el:

Nota:

AGRADECIMIENTOS

Por la perseverancia agradecemos a nuestra profesora Licenciada en Enfermería María F Ficcardi;

Por el acompañamiento en este proceso tan importante, por brindarnos el apoyo y la energía para seguir adelante a nuestras familias y;

Por la predisposición a quienes nos permitieron llevar a cabo este trabajo de investigación a los pacientes entrevistados de los servicios de Clínica médica y Traumatología del Hospital Antonio J Scaravelli.

PREFACIO O PRÓLOGO

Para llevar a cabo esta investigación sus autoras eligieron un tema que día a día desafían en su ámbito de trabajo y que indudablemente las trasciende no solo como profesionales sino también como personas.

Es el diabético un paciente con características especiales en cuanto a su aspecto psicológico, en cada encuentro con el denota la necesidad de ser escuchado, se siente contenido cuando un profesional le brinda una atención holística, es decir cuando más allá de controlarle signos vitales y administrarle medicación logra escucharlo, explicarle cuando surge alguna duda en él, instruirlo en cuanto a su patología.

En cada día de trabajo en que sus autoras tenían contacto con un paciente diabético surgía la necesidad de brindar un espacio de educación a estas personas, en el que sientan contenidos y en el que logren aprender como poder vivir con su patología.

Llevar a cabo la investigación no fue una tarea sencilla, debido a barreras burocráticas que interfirieron su desarrollo en un primer momento, pero logro realizarse sobre todo gracias a la colaboración que los pacientes brindaron atentos a prestar ayuda para esta investigación y por su entusiasmo ante la idea de crear un espacio de educación según manifestaron es su necesidad .Desarrollar las entrevistas permitieron expresarse a cada paciente, no hubo en ningún caso alguien que no quisiera colaborar con esta tarea, siempre dirigiéndose hacia ellos de con un trato empático.

Investigar es una tarea apasionante, interesante que indudablemente conlleva horas de trabajo, es un desafío...

En las siguientes paginas encontraran el resultado de un minucioso trabajo que hoy pueden observar plasmado en papel pero que llevo un interesante labor que implico responsabilidad, respeto y muchas ganas de ayudar.

INDICE

ADVERTENCIA	II
ACTA DE APROBACION	II
AGRADECIMIENTOS	IV
PROLOGO O PREFACIO	V
INDICE GENERAL	VI
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS	VII
CAPITULO I	1
CAPITULO II	33
CAPITULO III	58
APENDICE Y ANEXOS	62
BIBLIOGRAFIA	72

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N 1/GRAFICO 1	40
TABLA N 2/GRAFICO 2	42
TABLA N 3/GRAFICO 3	44
TABLA N 4/GRAFICO 4	45
TABLA N 5/GRAFICO 5	46
TABLA N 6/GRAFICO 6	47
TABLA N 7/GRAFICO 7	48
TABLA N 8/GRAFICO 8	49
TABLA N 9/GRAFICO 9	50
TABLA N 10/GRAFICO 10	51
TABLA N 11/GRAFICO 11	52
TABLA N 12/GRAFICO 12	53
TABLA N 13/GRAFICO 13	54
TABLA N 14/GRAFICO 14	55
TABLA N 15/GRAFICO 15	56

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCION

En las siguientes paginas, se plantea una problemática de salud observada en el hospital Antonio J Scaravelli, en el servicio de clínica médica y traumatología.

Dicha problema es la falta de adhesión al tratamiento en los pacientes diabéticos, lo que genera reingresos en el servicio con grandes complicaciones, de las cuales muchas prevenibles.

Con la proyección de idear un espacio para la educación diabetológica, es por lo que las autoras han trabajado con la temática seleccionada.

El contenido del informe responde a la investigación realizada durante tres meses del presente año y tomando como muestra los pacientes internados en los servicios de clínica médica y traumatología durante ese lapso. Para la recolección de los datos se utilizó como herramienta; la entrevista, se ordenó la información en tablas y gráficos para la interpretación de resultados.

PLANTEO DEL PROBLEMA

PROBLEMA

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN AL AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES DIABÉTICOS INTERNADOS EN EL SERVICIO CLINICA MEDICA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL ANTONIO SCARAVELLI DURANTE LOS MESES DE JUNIO JULIO Y AGOSTO DEL AÑO 2013?

PROBLEMATIZACIÓN

La diabetes mellitus es una patología a la que se puede sobrellevar solo con un tratamiento eficaz, debido a las diversas complicaciones que esta presenta y de las cuales muchas son prevenibles.

Las autoras han observado que en el hospital Antonio J Scaravelli, mayormente en el servicio de clínica médica y traumatología, el reingreso de pacientes descompensados de diabetes es a diario, es decir que hay un alto número de pacientes que ingresan por complicaciones relacionadas a la patología, y que de este número, la mayoría son a causa del abandono de tratamiento o ineficacia en el mismo.

Se considera que uno de los principales contribuyentes a esta problemática, es la escasa educación a los pacientes con esta enfermedad, para fundamentar o validar esta hipótesis, es necesario investigarla, y desde aquí, con los resultados obtenidos, trabajar en las soluciones posibles.

JUSTIFICACIÓN

La investigación es el proceso que permite objetivar la situación actual de un fenómeno y descubrir los factores que influyen de cualquier manera en ésta para que se produzca.

Considerando esto, las autoras profundizaron la problemática planteada a través de la investigación, para objetivar los causantes que influyen en la descompensación de los pacientes diabéticos y así tomar medidas pertinentes y adaptadas a las necesidades dadas en el momento justo.

La investigación justifica o modifica la hipótesis plantada.

La diabetes mellitus, es una patología crónica, Su curso es progresivo, y se acompaña de lesiones micro (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Dichas complicaciones, son graves sobre todo para la calidad de vida de los enfermos.

Es por ello, que es necesario contribuir a la educación del paciente, para evitar las complicaciones mencionadas, o en caso de que existieran actuar de forma temprana y prevenir mayores riesgos.

Educar, es también preparar al enfermo para asumir las limitaciones que su enfermedad concierne, pero también hacer junto con ella un vida cotidiana normal.

OBJETIVOS

General:

- CONOCER EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN AL AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES DIABÉTICOS INTERNADOS EN EL SERVICIO DE CLINICA MÉDICA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOS`PITAL ANTONIO J SCARAVELLI

Específicos

- Conocer el nivel educativo de los pacientes diabéticos y su relación con el abandono de tratamiento.
- Establecer las edades más recurrentes en las que el diabético abandona el tratamiento.
- Especificar cuál de los pilares del tratamiento es el menos cumplido por el paciente diabético.

MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

El presente trabajo de investigación se llevara a cabo en el HOSPITAL ANTONIO J SCARAVELLI, centro asistencial ubicado en la región conocida como Valle de Uco, de la provincia de Mendoza, dentro del departamento Tunuyán.

Caracterización del Hospital

El Hospital Scaravelli se ubica en la zona centro o Valle de Uco abarca los departamentos de Tunuyán, Tupungato y San Carlos con alrededor de 100.000 habitantes. Su dirección es Uruguay y Gral. Martín de Güemes 1441. Departamento de Tunuyán, Provincia de Mendoza, República Argentina.

Área de influencia y población a cargo.

- Por ser un Hospital regional su área de influencia es el Valle de Uco y la zona sur del Dpto. de Lujan de Cuyo específicamente el distrito de Ugarteche.

INTERNACION

El Hospital posee 100 camas destinada a internación de pacientes distribuido en habitaciones de 2 o 3 personas, en Servicios por Especialidad:

- Pediatría
- Neonatología
- Clínica Médica
- Cirugía
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia
- Terapia Intensiva

- Sala de Recuperación

BLOQUE QUIRURGICO

En este ámbito se concentran todos los recursos necesarios para los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el Hospital.

- Tres quirófanos totalmente equipados para cirugía convencional o endoscópica.
- Un quirófano para procedimientos de baja complejidad y prácticas diagnósticas (endoscópicas).
- Una sala de parto con dos camillas obstétricas.
- Central de esterilización.

CONSULTAS EXTERNAS

El área de consultorios externo concentra la actividad ambulatoria de todas las especialidades médico-quirúrgicas. Dispone de siete consultorios de adultos, cuatro consultorios pediátricos completamente equipados, un consultorio traumatológico con sala de yesos, uno kinesiológico y tres consultorios odontológicos.

El Hospital posee un área de consulta externa separada del resto del edificio, donde funciona el “área sana” que incluye el Vacunatorio y el control del niño sano.

EMERGENCIAS

Este servicio tiene la misión de asistir todas las atenciones urgentes por demanda del paciente o por derivación de otros centros.

El servicio dispone de una sala de triage con dos boxes, un consultorio pediátrico, un consultorio ginecológico y una sala de internación transitoria con dos camas.

El Servicio cuenta con:

- 2 médicos cirujanos por guardia
- 2 médicos pediatras por guardia
- 1 médico traumatólogo en guardia

SERVICIOS SELECCIONADOS COMO MUESTRA PARA LA INVESTIGACIÓN

CLINICA MÉDICA

Estructura

Este servicio de internación cuenta con 9 salas en total, 5 salas de 2 camas y 4 salas de tres cama cada una, es decir, 22 camas disponibles para internación.

Un office para el personal médico y enfermero, un consultorio médico para consultas externas. Por otro lado se encuentra el sector aséptico para la preparación de medicación, dentro del mismo una pequeña sala que funciona como sector séptico, también cuenta con el espacio de cocina y un halls que circunda dichas áreas.

Recurso humano

- 5 médicos de sala clínicos
- 13 enfermeros
- 1 secretaria

TRAUMATOLOGIA

Estructura

Está área de internación cuenta con un total de 12 camas disponibles, distribuidas en 2 salas de 3 camas cada una y tres salas de 2 camas cada una.

Funciona con un office para el personal médico y enfermero, dentro del mismo

sector aséptico para la preparación de medicación y donde se encuentran los materiales para la realización de los diversos procedimientos.

También cuenta con consultorio externo para pacientes ambulatorios y destinado también a el seguimiento y tratamiento de los pacientes externados.

Recurso humano

- 6 médicos traumatólogos
- 9 enfermeros
- 1 secretaria

DIABETES MELLITUS

“Es hora que la diabetes salga de las sombras y que la comunidad global reconozca la enormidad de la epidemia que supone esta enfermedad¹”

A continuación expondremos la patología que trabajaremos en el desarrollo de la investigación.

La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Su curso es progresivo, y se acompaña de lesiones micro (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados.

La DMT2, antes denominada no insulino dependiente, constituye su forma más frecuente (90 á 95% de los casos de diabetes). Se desarrolla como consecuencia de la incapacidad del páncreas endócrino de producir suficiente insulina para cubrir el incremento de su demanda debida a una menor

¹ Martin Silink, Presidente electo de la FID.2010. www.fundaciondiabetes.com

respuesta de los tejidos periféricos a la hormona (insulinorresistencia). Si bien la mayor parte de los pacientes logra un control metabólico adecuado mediante adopción de estilos de vida saludables (práctica regular de actividad física y plan de alimentación) y antidiabéticos orales, durante el transcurso de la enfermedad un porcentaje variable de pacientes puede requerir insulina para lograr dicho control.

La prevalencia de la DM2 va en continuo aumento, con una velocidad de crecimiento mayor en los países pobres, siendo de alrededor del 6 % para la población total y superando el 7% en los adultos.

El carácter silencioso de las primeras etapas de la enfermedad, sumado a las dificultades en el acceso a los sistemas de atención, así como la escasa información sobre la enfermedad, puede llevar a un diagnóstico tardío.

DIAGNÓSTICO Y DETECCIÓN TEMPRANA

Criterios diagnósticos

Se considera normal a una glucemia en ayunas menor a 110mg/dL (6,1mmol/L) en personas sin factores de riesgo de diabetes (C/D).

Tres situaciones pueden establecer el diagnóstico de diabetes

1. Dos glucemias en ayunas realizadas en 2 días distintos, con valores mayores o iguales a 126mg/dL (7 mmol/L) establecen el diagnóstico de DM.
2. La presencia de síntomas de Diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia) más una glucemia medida al azar con valores mayores o iguales a 200 mg/dL (11 mmol/L) hacen diagnóstico de DM.
3. Glucemia igual o mayor a 200 mg% dos horas después de una carga oral equivalente a 75 grs de glucosa en 375 ml de agua.

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DIABETES

- Familiar de primer grado con DM2
- Obesidad/Sobrepeso

- Enfermedad cardiovascular
- HTA
- Dislipidemia
- Diabetes gestacional
- Madres de niños nacidos con peso mayor a 4500 g.

¿Cómo transmitir el diagnóstico y explicar su patología a un paciente diabético?

- En un ámbito adecuado, con actitud empática, utilizando preguntas abiertas.
- Investigar qué sabe el paciente, qué cree tener, qué quiere saber.
- Dosificar la información. Hacer pausas, utilizar silencios y otros recursos del lenguaje no verbal Usar frases cortas, usar lenguaje neutro, no técnico y adecuarlo al del propio paciente, dejar que el
- paciente pregunte.
- Permitir que el paciente exprese sus emociones y adecuar la información a dichas emociones.
- Antes de cerrar hacer un resumen. Dar esperanzas e información positiva al final, sin mentir.

Es muy importante conocer los pilares de la prevención, lo cual exponemos a continuación relacionándolo con el tema que desarrollaremos.

PREVENCIÓN PRIMARIA

EL PAPEL DE LOS CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

La DMT2 ocurre con más frecuencia en individuos que presentan síndrome metabólico, obesidad (sobre todo la de distribución central), hipertensión arterial y dislipemia. Existe evidencia que demuestra que el control de estos factores de riesgo, evita o retrasa el desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, en relación a prevenir el desarrollo de DMT2 se recomienda:

Prescribir una ingesta calórica baja y disminución del peso, en personas con síndrome metabólico, como objetivos primarios.

- Estimular la reducción de peso en personas con IMC >25 (especialmente a aquellos con IMC > 30) y riesgo cardiovascular a 5 años mayor al 15%.
- **Disminuir** la ingesta de calorías cuando se tiene como objetivo la disminución de peso en pacientes con factores de riesgo para DMT2.
- Aplicar estrategias de pérdida de peso, que utilizan intervenciones alimentarias, de actividad física o conductuales, en personas con GAA ya que producen mejorías significativas en el peso y disminución significativa en la incidencia de diabetes a corto y mediano plazo.
- Dar consejo alimentario a todas las personas con síndrome metabólico, ya sea en sesiones grupales o individuales con algún integrante del equipo de salud capacitado para tal fin.
- Asesorar y aconsejar en forma continua a todas las personas con factores de riesgo para DMT2, acerca del plan de alimentación que realizan.
- **Recomendar** la práctica regular de actividad física a todas las personas con sobrepeso o TGA para reducir el riesgo de DMT2.
- **Dar asesoramiento** alimentario a personas con síndrome metabólico en relación al contenido de grasas saturadas y no saturadas de los alimentos, la calidad de carbohidratos y alentar la ingestión diaria de más de 40g/día de fibras, siempre que no haya intolerancia para las mismas.
- Recomendar un consumo de grasas inferior al 30% del valor calórico total. Las grasas saturadas deben representar menos del 10% del mismo.
- Las personas que hayan logrado una reducción del peso, deben continuar en programas que promuevan el plan de alimentación, la práctica regular de actividad física y brinden soporte social para evitar un nuevo aumento del mismo.
- La obesidad central es un factor de riesgo para desarrollar DMT2 y debería ser el foco de los programas de reducción de peso.

Prevención Primaria : Cambios de estilo de vida

Alimentación saludable

Mantener peso adecuado (IMC<25)

Actividad física

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO. EL ROL DEL EJERCICIO, LA ALIMENTACIÓN Y LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

Los pacientes con DMT2 presentan una morbimortalidad aumentada debido al desarrollo de complicaciones microvasculares (nefropatía, neuropatía, retinopatía) y macrovasculares (enfermedad coronaria, ACV, arteriopatía periférica). Si bien la evidencia acerca de los beneficios del control metabólico en la prevención de las complicaciones macrovasculares es controvertido, numerosos estudios han demostrado las ventajas de mantener un control metabólico adecuado para reducir o retrasar la aparición de complicaciones microvasculares. La alimentación adecuada y la práctica regular de actividad física se consideran, junto a la educación diabetológica, los pilares fundamentales del tratamiento de la DMT2. Los cambios en el estilo de vida son beneficiosos, además, para actuar frente a los otros factores de riesgo cardiovascular, que suelen coexistir en personas con DMT2.

ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR

- **Recomendar** a las personas con DMT2 la práctica regular de actividad física.
- Recomendar a todas las personas con DMT2 realizar, como mínimo, 30 minutos de actividad física, de intensidad moderada, la mayoría de los días de la semana, y estimular a aquellos que ya la realizan, a que aumenten la intensidad o la duración de la misma.

Aspectos que pueden mejorar la aplicabilidad de estas recomendaciones

Uno de los aspectos a considerar al momento de implementar esta recomendación es la adherencia de la población a la actividad física. El tipo y la duración de la actividad física son dos de los componentes que más inciden en esta adherencia. Con relación al tipo de actividad, la OMS define la actividad física como “todos los movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas”².

En realidad, la actividad física es un término amplio que abarca actividades tales como subir las escaleras regularmente, bailar y caminar, correr, andar en bicicleta y practicar deportes. Cualquier persona puede desarrollar una actividad física moderada sin costo alguno y además, incorporarla a su rutina cotidiana.

Ejemplos de actividad física moderada:

Caminar enérgicamente; bajar las escaleras; bailar; andar en bicicleta; nadar; jardinería; tareas domésticas, por ejemplo lavar los pisos o ventanas.

Ejemplos de actividad física vigorosa:

Correr; subir las escaleras; bailar a ritmo intenso; andar en bicicleta cuesta arriba; ejercicios aeróbicos;

saltar cuerda; practicar deportes como fútbol, basketball.

La evidencia mostró que se requieren 30 minutos diarios de actividad física moderada para lograr el efecto buscado. Algunos estudios han mostrado que el beneficio es el mismo si se realiza en forma continua o fraccionada.

Esta evidencia, sin embargo, fue obtenida a través de un estudio comparativo que incluyó un número relativamente bajo de personas sanas. Si bien su aplicabilidad en personas con DMT2 no ha sido establecida, en aquellos casos en los que no sea posible lograr la adherencia a los 30 minutos/diarios

continuos, podría considerarse su realización fraccionada como forma de incrementar la adherencia a la recomendación.

Aspectos que pueden mejorar la aplicabilidad de estas recomendaciones:

- Desaconsejar la actividad física vigorosa a personas con DMT2 con compromiso de la función ventricular izquierda, enfermedad coronaria severa, infarto agudo de miocardio reciente, arritmias ventriculares significativas o enfermedad valvular estenótica. (B)

- **Recomendar** a las personas con historia de enfermedad cardiovascular realizar consulta médica antes de comenzar una actividad física vigorosa.

Alimentación adecuada (recomendaciones 31-36)

- Prescribir plan de alimentación específico que incluya la reducción de la ingesta calórica y pérdida de peso como objetivo primario del tratamiento a todas aquellas personas con DMT2 o con síndrome metabólico que presenten lípidos elevados o se encuentren con sobrepeso u obesidad. Siempre debe asociarse con práctica regular de actividad física.

Recomendar a toda persona con DMT2

Adoptar, de manera gradual, un plan de alimentación cardioprotector

- Reducir la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas o azúcares simples así como de productos panificados elaborados con harina blanca
- Reemplazar progresivamente estos alimentos por vegetales, frutas, granos enteros y leguminosas, productos con alto contenido en fibras y el incremento del consumo de pescado, la inclusión de grasas poli-insaturadas y la reducción de la ingesta diaria de sodio.
- Distribuir los alimentos con carbohidratos a lo largo de todo el día, evitando la inclusión de un volumen importante de los mismos en una sola comida.

Dar asesoramiento alimentario a todo paciente diabético o con síndrome metabólico que incluya:

- Reducir el contenido de ácidos grasos saturados en los alimentos e incrementar el consumo de los mono y poli-insaturados.
- Ingerir fibras en una cantidad mayor a 40 g/día si no hay intolerancia

- Elegir apropiadamente los tipos de carbohidratos que se incluyen en la alimentación, reduciendo el consumo de monosacáridos y disacáridos reemplazándolos por almidones.
- Reforzar el consejo sobre modificar los factores que contribuyen a incrementar la presión arterial (obesidad, sedentarismo, excesiva ingesta de sodio y/o el consumo de alcohol) en toda persona con diabetes y presión arterial por encima del valor recomendado en las guías internacionales.
- Recomendar la restricción de la ingesta de sodio a no más de 2 gr. por día (6 gramos de cloruro de sodio = una cucharadita de té de sal de mesa) limitando el agregado de sal a las comidas y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.

PREVENCION Y TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad.

DIETA

Una dieta apropiada es esencial. La dieta o planeación de las comidas para diabéticos insulino-dependientes requiere coherencia para así permitir que la comida y la insulina trabajen juntas, con el fin de regular los niveles e glucemia. Si las comidas y la insulina no están balanceadas se pueden presentar variaciones extremas en la glucemia.

Es necesario elaborar una dieta específica para cada individuo orientada, básicamente, hacia la reducción de peso. Para conocer cuáles son su peso y talla ideales se puede recurrir a tablas ya establecidas. Si su peso excede en un 20% o más el valor que indica la tabla y usted no es exageradamente musculoso, entonces padece un sobrepeso. La obesidad aumenta la necesidad que el cuerpo tiene de insulina por que la comida extra contribuye a aumentar la cantidad de glucosa en el sistema. El resultado es el control de la

concentración glucosa en sangre se vuelve más difícil y el riesgo de complicaciones más serias también incrementa.

Los diabéticos deben regular cuidadosamente el consumo de hidratos de carbono (azúcar y almidones), grasas y proteínas.

Las bebidas alcohólicas tienden a agravar la diabetes. Por lo tanto se debe limitar el consumo de alcohol. Además el alcohol es una fuente de calorías concentrada, y su consumo puede complicar el control de peso.

Para continuar nos apoyaremos en un artículo de gran importancia, ya que trata la educación para la salud, un pilar imprescindible en el abordaje del paciente diabético, el artículo es de autoría del médico Carlos Ortega Millán

Educación para la salud

La Educación para la Salud (EPS) es esencial en el abordaje terapéutico del diabético. No podemos introducir la Dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad. Así se manifiesta en la Declaración de Saint Vincent (1989), donde se afirma que ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales y hace referencia al papel estratégico de la Atención Primaria.

La EPS pretende que las personas estén mejor preparadas para pensar por sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. El objetivo a lograr es que las personas estén y vivan lo mejor posible.

La diabetes es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo. Desde su diagnóstico, el diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, el manejo de técnicas de autoinyección hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene, etc.

Está claro que el manejo de la diabetes está en manos del propio diabético. Los profesionales sanitarios somos asesores y colaboradores de los diabéticos

pero el éxito en el manejo de la enfermedad depende fundamentalmente de los mismos pacientes, de que hayan aprendido a convivir y a actuar en relación con su enfermedad.

Los profesionales sanitarios nos enfrentamos a una difícil tarea, que es la de educar. Sólo se alcanzará el éxito si todos los implicados en la atención a las personas con Diabetes reconocen la necesidad del componente educacional, y se asume alguna forma de aprendizaje y entrenamiento en métodos educativos.

Educación no es informar:

- Cuando informamos, simplemente transmitimos conocimientos.
- El proceso educativo es algo mucho más complejo; en el aprender influyen múltiples factores:
 - el conocimiento,
 - factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos, etc.),
 - factores ambientales (familia, amigos, trabajo, ocio, recursos, etc.).
- El aprendizaje se realiza en tres niveles que son :
 - el cognitivo (conocimiento),
 - el afectivo (creencias, experiencias, actitudes)
 - el psicomotor.

Por lo tanto nuestra metodología de trabajo y nuestras actividades en EPS deben contemplar no sólo el conocimiento sino todos estos factores mencionados.

¿Educación individual o en grupos?

La educación se puede realizar de forma individual y en grupo. Una forma no excluye a la otra, sino que ambas son complementarias. La elección de una u

otra depende del momento, situación y necesidades del paciente.

La educación individual al adaptarse a las características del paciente puede ser muy efectiva. Está indicada siempre al inicio de la enfermedad, o cuando se comienza tratamiento con insulina o en períodos de descompensación o de stress en la vida del paciente.

La educación grupal está indicada en fases posteriores al inicio, después de la educación individual. El grupo puede actuar de importante motivador y reforzador.

¿Tenemos tiempo para educar?

Uno de los recursos más escasos para el profesional de la salud es el tiempo ¿Como podemos hacer educación a pacientes diabéticos si tenemos muy poco tiempo?. Por este motivo es necesario, dada la importancia de la EPS en diabetes, que nos planteemos que métodos y estrategias debemos emplear ajustandonos al tiempo de que disponemos.

Este documento pretende dar una propuesta en este sentido. Se proponen una serie de estrategias y contenidos imprescindibles en EPS para personas con diabetes.

Propuestas de la EPS

Proponemos una serie de módulos educativos en los que reseñamos la metodología a seguir por los profesionales sanitarios y la información a dar a los pacientes.

El orden establecido para los módulos es por prioridad, siendo lógicamente los primeros módulos los esenciales para comenzar la EPS. Conforme avancemos en el proceso iremos completando el resto de los módulos.

Estos módulos se pueden incluir en las consultas de control de crónicos de Atención Primaria y se pueden desarrollar en períodos de tiempo de 10-15 minutos.

Fase inicial:

A continuación señalamos los módulos educativos necesarios en EPS para diabéticos:

1. Comunicar el diagnóstico. ¿Qué es la diabetes?
2. Evaluación de los factores que influyen en los hábitos de salud del paciente y en su actitud y comportamiento frente a su diabetes.
3. El tratamiento de la diabetes.
 - Dieta-Ejercicio físico
 - Hipoglucemiantes orales. Insulina.
 - Autoanálisis en sangre y en orina. Autocontrol.
4. Complicaciones agudas:
 - Hipoglucemia. Prevención y tratamiento.
 - Cetoacidosis. Prevención y tratamiento.
 - Actuación ante situaciones especiales: viajes, deporte, enfermedad intercurrente.
5. Criterios de buen control metabólico.
6. Complicaciones a largo plazo.

- Neuropatía diabética:pérdida de la sensación de dolor.
- Cuidado de los pies. Higiene. Cuidado de la boca.
- Problemas oculares.
- Nefropatía diabética.

Fase de seguimiento: Refuerzo

Una vez completada la fase inicial, es necesario seguir informando, seguir motivando, seguir el proceso educativo. Es necesario seguir con nuevas actividades de EPS, pues los conocimientos se pueden olvidar, se pueden perder algunas habilidades, reincorporar nuevos comportamientos no saludables, etc.

Se puede hacer de forma anual actividades educativas sobre tratamiento de la diabetes (dieta, fármacos, ejercicio), hipoglucemia, técnicas de autocontrol , cuidados de los pies y complicaciones tardías.Este sería un momento adecuado para hacer educación en grupo.Por otra parte se podría reforzar según las características y circunstancias de cada paciente mediante educación individual.

Observación:

La educación pretende que las personas piensen por si mismas, tomen sus propias decisiones y se fijan sus propios objetivos acordes con sus circunstancias. Si en un momento determinado una persona se plantea un esfuerzo "pequeño" en relación con su salud, debemos respetarlo sin adoptar una actitud punitiva o de abandono. Ahora, sí debemos continuar nuestra labor como educadores, insistiendo, aunque con respeto hacia sus decisiones, continuando dándole información, ayudándole a perder sus miedos, etc. Podemos encontrarnos con un cambio de decisiones y actitud aunque sea tras un período de tiempo mayor del esperado.

Metodología de abordaje

La educación individual es el pilar fundamental del proceso educativo. Es la más adecuada como primer acercamiento al paciente, en el momento del diagnóstico o en el primer contacto con el equipo de salud. Y es también necesaria para la educación continuada durante toda la vida

Tiene en la entrevista clínica y la atención longitudinal los instrumentos idóneos para conseguir una mayor eficiencia en el proceso de adquisición de conocimientos y modificación de actitudes y hábitos. Este proceso debe ser continuado en el tiempo y no contemplado como una actividad puntual, de aquí la importancia de establecer un plan educativo individualizado y de graduar en el tiempo los objetivos a alcanzar, reforzando periódicamente el entrenamiento conductal a través de la relación longitudinal entre los profesionales sanitarios y las personas con diabetes.

Ventajas:

- El plan educativo puede ser adaptado a las circunstancias personales, sociales, culturales, económicas,... de cada paciente, así como al tipo y momento evolutivo de la enfermedad
- Favorece la bidireccionalidad en la relación educativa.

Inconvenientes:

- Consume mucho tiempo de consulta
- Exige entrenamiento en técnicas de comunicación y una actitud positiva por parte del profesional acerca de la educación para la salud.

Esquema general de actuación.

1. Evaluación de factores que influyen en el modo de vida del paciente y por tanto en sus hábitos de salud, comportamientos, problemas y necesidades.

El establecimiento de comportamientos saludables, de hábitos de cuidados no

sólo depende del "**saber**", de que esa persona sepa lo que es bueno y aconsejable para la salud; también dependen del "**querer**", de que esa persona decida adoptar determinados comportamientos de salud; y por último una vez que toma la decisión depende del "**poder**", de que tenga a su alcance los medios necesarios para realizar dicho comportamiento.

Por ejemplo, para que un diabético realice con éxito su autoanálisis de glucemia depende de :

- Saber: Que conozca los beneficios que le puede aportar el control de su enfermedad. La estrategia para transmitir estos conocimientos, no es la misma en una persona con alto nivel de instrucción que en una analfabeta.
- Querer: Una serie de características personales pueden influir en que la persona decida realizar autoanálisis:
 - Experiencias previas de enfermedad,
 - Su manera de vivenciar la enfermedad y el dolor (puede haber miedo en relación con los pinchazos).
 - Su grado de autonomía. Si es una persona autónoma e independiente en el desarrollo de su vida diaria estará dispuesta inmediatamente a no depender de nadie para hacerse sus controles.
- Poder: Condiciones físicas como agudeza visual, habilidad psicomotora, contar con el material necesario (una persona con bajos ingresos económicos puede que no se compre un reflectómetro).

Por tanto para educar previamente hay que valorar toda una serie de factores que nos van a influir sobre el proceso educativo y determinan directamente cómo lo vamos a hacer, qué problemas nos vamos a encontrar, y qué soluciones les vamos a dar. En definitiva nuestro trabajo consistirá en ayudarles en el saber, en el querer y en el poder.

2. Planteamiento de los objetivos a lograr.

- Se debe hacer siempre conjuntamente con la persona implicada.
- Nunca deben ser prescriptivos.
- El planteamiento de objetivos debe ser gradual, escalonado ... según se vayan obteniendo logros. Grandes objetivos a largo plazo u objetivos muy ambiciosos pueden crear una gran desesperanza en la persona por la dificultad para lograrlos. Es más conveniente ir concentrándose en unos pocos y prácticos objetivos a corto plazo, ir planteando pequeños objetivos que vayan delineando los objetivos finales. Por ejemplo, mejor que insistir al paciente en disminuir una serie de kilos se podría proponerle que perdiera una mínima cantidad en dos semanas ó simplemente plantearse no ganar peso (que ya sería un gran logro).

En resumen los objetivos deben ser precisos, prácticos, alcanzables a corto plazo y acordados con el propio paciente.

Aun insistiendo en que deben individualizarse ante cada persona, proponemos de manera orientativa los siguientes objetivos generales:

1. Asumir y aceptar su Diabetes
2. Conocimientos fundamentales sobre su trastorno metabólico
3. Mejorar la calidad de vida de la persona diabética, promocionando los hábitos de vida saludables, especialmente los referentes a alimentación, ejercicio y tabaco.
4. Proporcionar los recursos para que sea un individuo "capaz", activo y autónomo respecto al cuidado de su Diabetes.
5. Evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

3. Estrategias y actividades educativas.

- **El Proceso de Aprendizaje:** Enseñaremos teniendo en cuenta que el aprendizaje es un proceso en el que se suceden una serie de fases:
 1. Estar informado, estar al corriente
 2. Estar interesado
 3. Sentir la necesidad de tomar una decisión

4. Tomar una decisión
5. Ensayar el comportamiento
6. Adoptarlo
7. Adaptar la conducta
8. Interiorizarlo

Ejemplo: Vamos a transmitir información sobre el ejercicio y sus ventajas. Es posible que logremos interesar al individuo sobre el tema, de forma que él también busque información y reflexione sobre ella. Una vez que ha procesado esta información puede que sienta necesidad de tomar una decisión respecto a si hace ejercicio. Decide caminar todos los días y se une a un grupo de vecinos que da un paseo diariamente a primera hora de la mañana. Empieza a probar, y se da cuenta que se siente mejor, más relajado, sus cifras de glucemia, han mejorado y ha tenido que disminuir la dosis de insulina. Además se lo pasa bien con este nuevo grupo de amigos que ha encontrado. Todas estas ventajas le irán influyendo para que el hacer ejercicio deje de ser algo que siempre iniciaba y probaba, y se convierta en una conducta adoptada, y con el tiempo interiorizada dentro de su forma de vivir. Nosotros tenemos que seguir todas estas fases y reforzar cada una de ellas.

- **La comunicación:** Nuestra actividad en educación individual se va a establecer a través del diálogo. Transmitiremos información y permitiremos que exprese sus sentimientos y creencias, que los analice, que identifique problemas, que busque soluciones.... La entrevista motivacional es el instrumento que el profesional de Atención Primaria debe conocer y utilizar en el proceso de educación del paciente diabético. Requiere un adecuado entrenamiento por parte del sanitario, ya que supone un cambio conceptual con respecto al modelo informativo clásico. Permite la aplicación de una serie de habilidades de comunicación centradas en la experiencia del consultante, bajo un clima de empatía, interés, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones del paciente. Con ello trasladamos el peso del cambio en los hábitos hacia la propia persona diabética, ayudando

nosotros en el proceso de toma de decisiones, reestructurando sus creencias y negociando los cambios propuestos. Es una línea de entrevista que trata de conseguir decisiones que partan del paciente, obtenidas tras una correcta información por parte del profesional y después de verificar la necesaria comprensión del problema de salud que presenta la persona con Diabetes.

A la hora de informar al paciente acerca de su enfermedad y de las distintas opciones terapéuticas recomendadas, debemos tener en cuenta que el éxito en todo proceso de comunicación viene marcado por la bidireccionalidad. El paciente no es un mero receptor, sino que se deben dar las condiciones para que pueda interrumpir y opinar en cualquier momento, explorando los conocimientos y creencias previas del paciente, y apoyándonos en ellos para conseguir que los mensajes sean correctamente interpretados.

- **Métodos de exposición:** Los elementos conceptuales en la emisión de mensajes informativos se apoyan en una serie de técnicas que resulta imprescindible incorporar como rutinarias en el proceso de educación para la salud en la persona diabética. Estos elementos conceptuales son:
 - **Enunciación:** Anunciar los contenidos que vamos a explicar ("ahora vamos a hablar de las hipoglucemias, voy a explicarle en qué consiste tener el azúcar bajo...")
 - **Ejemplificación:** Explicar un contenido mediante un ejemplo de fácil comprensión. Es una técnica muy potente con la que conseguimos transmitir complicadas ideas con poco esfuerzo de comprensión por parte del paciente. Nos basamos en asimilar el concepto que queremos comunicar a un modelo exterior y conocido por el paciente (la glucosa con las monedas, el metabolismo con una caldera, la insulina con una llave, las arterias con las tuberías, ...). La técnica de ejemplificación debe ser breve, clara, y de escasa complejidad, sobre todo en ancianos y personas de escaso nivel cultural.

- **Racionalidad:** Explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica propuesta. No se trata de una explicación técnica y prolija, sino de intentar que el paciente comprenda el porqué de nuestra propuesta, respetando su independencia ("los hipoglucemiantes orales ayudan al páncreas a segregar insulina, la acarbosa hace que el azúcar no atraviese el intestino, la insulina es necesaria para que el organismo utilice el azúcar, el ejercicio hace consumir azúcar al organismo...)
 - **Detallar las instrucciones y los cambios:** Detallar los cambios conductuales propuestos. El paciente recuerda sólo una pequeña parte de lo que le comunicamos verbalmente, pero lo que recuerda es lo más importante, lo que decimos al principio y lo que se incorpora a su régimen habitual de vida. Es conveniente basarse, a través de la bidireccionalidad, en los hábitos del paciente para detallar los cambios que queremos introducir ("se tomará las pastillas antes de las comidas", "la insulina se la pone antes del desayuno y cena", "salga a dar un paseo por la mañana antes de recoger a sus nietos en el colegio ..."). Es muy importante detallar por escrito las instrucciones terapéuticas, considerando siempre la posibilidad del analfabetismo funcional y las posibles limitaciones visuales que podemos encontrarnos.
 - **Comprobar la asimilación:** Cerciorarse de la exacta comprensión de los mensajes ("explíqueme usted ahora cómo va a inyectarse la insulina", "enseñeme como se determina la glucemia capilar"...)
- **Las características formales** en la emisión de mensajes informativos deben ser dominadas de forma eficaz por el sanitario que educa individualmente al paciente. La forma de hablar y construir las frases, el vocabulario empleado y los complementos visuales utilizados son factores esenciales para conseguir una correcta comprensión del mensaje que pretendemos comunicar:

- **Frases cortas:** las frases deben tener una longitud no superior a las 20 palabras, como media. Evitaremos utilizar términos médicos, adecuando nuestro lenguaje al nivel cultural del paciente. En los ancianos es conveniente usar un tono más pausado para permitir una mejor asimilación.
- **Vocabulario neutro:** Utilizar términos de bajo contenido emocional, evitando palabras que desencadenan una respuesta emocional intensa por sí mismas (ceguera, amputación, muerte,...)
- **Dicción clara y entonación adecuada:** Las palabras más importantes deben quedar suficientemente subrayadas y la dicción permite comprenderlas sin esfuerzo. No hay peor enemigo para una comunicación eficaz que una voz inaudible o monótona.
- **Complemento visual-táctil:** Utilizar vías de comunicación distintas a la auditiva, reforzando la comprensión de los mensajes. Utilizar folletos explicativos adaptados a las características de nuestros pacientes, sin olvidar el alto grado de analfabetismo funcional que existe en nuestros mayores.

La utilización de material escrito (libros, folletos, guías) es un complemento importante en el que podemos apoyarnos para reforzar nuestro mensaje. Debemos tener en cuenta.

- **Métodos conductuales:** Se usan para ayudar a aprender una determinada conducta o habilidad. También los podemos utilizar una vez aprendida esa conducta, reforzar al individuo para que la perfeccione y la incorpore de forma permanente a su vida diaria.
 - El entrenamiento. Consiste en demostrar una determinada conducta o habilidad, por ejemplo como ponerse la insulina, y luego hacer a la persona practicar. Finalmente progresará y perfeccionará esa habilidad.
 - El refuerzo positivo. Consiste en recompensas de todo tipo, por ejemplo, emocionales a través de la alabanza (es muy importante

felicitar a la persona por los logros conseguidos, expresar nuestra alegría, etc.), materiales, como el dinero que ahorrará al dejar de fumar. También puede haber un refuerzo positivo por observación de las conductas de otros diabéticos y los logros conseguidos por los mismos. O por los beneficios sociales obtenidos (ejemplo: un diabético al que a la hora de darle un puesto de trabajo en una empresa determinada se valoró su nivel de educación en diabetes y su autonomía y dominio en el autocuidado). Estos refuerzos son extraordinariamente importantes a la hora de mantener o aumentar la frecuencia de una conducta saludable.

- Extinción. Supone reducir la frecuencia o eliminación de una conducta no saludable modificando los factores que la refuerzan o la facilitan. Ejemplo: tenemos una joven diabética de 30 años que vive sola y aunque conoce perfectamente en que consiste una alimentación sana, comprobamos que su dieta es un desastre. Analizando el problema con ella misma, detectamos que el comer en soledad le deprime, que es incapaz de guisar para ella sola, y que por tanto cuando llega a casa come lo primero que tiene a su alcance, un trozo de queso, una sopa de sobre, etc. Solución: Eliminar el factor que facilita una alimentación inadecuada, el comer en soledad. Una de las alternativas propuestas a ensayar es establecer con otros amigos que coman solos una "comunidad para comer sano". Cada día una persona se encargará de guisar en su casa para los demás.
- El método del contrato: Se trata de establecer un contrato entre dos personas, hablado o escrito. Ejemplo: Ante una persona que se niega a tomarse la medicación porque piensa que es alérgica a la mayoría de las pastillas, podemos establecer un contrato con ella: le proponemos que inicie el nuevo tratamiento y a cambio le ofrecemos nuestra disponibilidad para ayudarla si tiene cualquier problema con la medicación.

4. Evaluación.

La evaluación debe ser un proceso continuo desde que comenzamos a hacer educación. Hay que evaluar el conocimiento y las destrezas adquiridas por el paciente y su traducción en comportamientos y hábitos de salud. Es esencial repasar con frecuencia estos conocimientos y destrezas, preguntando al diabético o pidiéndole que nos demuestre ciertas habilidades. Si no adoptamos una actitud punitiva, sino de comprensión y ayuda el diabético será más sincero con nosotros cuando nos comunique como se comporta y como vive.

Sería de gran ayuda para evaluar el disponer de una hoja de registro en la que figuren todos los contenidos, destrezas y habilidades contemplados en nuestro programa educativo. En cada punto podemos registrar si se impartió (con frecuencia insistimos en determinados temas y olvidamos otros), el grado de conocimientos y destrezas del diabético y por último si lo lleva a la práctica.

La evaluación debe ir dirigida a contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Se siente el paciente responsable personalmente del cuidado de su Diabetes?
2. ¿Aprecia el paciente los beneficios de su tratamiento?
3. ¿Nota el paciente obstáculos importantes a su tratamiento?
4. ¿Se ocupa el paciente con eficacia de su dieta y medicación?
5. ¿Controla el paciente su sangre y orina regularmente y responde adecuadamente a los resultados?
6. ¿Asume el paciente el autocontrol del tratamiento insulínico, ajustando ,de acuerdo al resultado de los análisis, la ingesta de alimentos, ejercicio y cambios en el estilo de vida, así como cuando se siente mal?
7. ¿Asume el paciente un autocuidado efectivo para prevenir y tratar la hipoglucemia?
8. ¿Tiene la Diabetes efectos adversos importantes en el estilo de vida del paciente?
9. ¿Se muestra el paciente excesivamente preocupado (angustiado,

deprimido, confuso o desconcertado) o pesimista y asustado por la Diabetes?

10. ¿Recibe el paciente adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros?
11. ¿Conoce el paciente sus objetivos de niveles de glucemia apropiados?
12. ¿Consigue el paciente objetivos adecuados?
13. ¿Reconoce el paciente y responde a la necesidad de revisión médica periódica?

EI ABC

Hay una serie de "máximas", que son fundamentales en educación y que deberemos tener siempre presentes:

- La educación no se debe concentrar toda al inicio del diagnóstico.
- La educación no puede ser puntual, tiene que ser continuidad
- La educación es un proceso largo que requiere insistencia y paciencia. Es fundamental insistir, insistir, ... , insistir ("técnica de gota a gota").
- No iniciar un nuevo tema de educación sin haber consolidado el anterior.
- Nunca ser punitivos. Tener una actitud comprensiva. Nuestros diabéticos "no son héroes" son personas normales y corrientes, y no es fácil cambiar de la noche a la mañana costumbres o hábitos que hemos tenido toda la vida.
- Nunca intentar motivar a través del miedo.No da resultados a largo plazo.Utilizar siempre estímulos positivos. Hablar siempre de ganancias, nunca de pérdidas.
- Debemos ser flexibles, adaptar el proceso educativo y los objetivos a la persona diabética y no al revés.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

- Básico
- Micro - sociológico
- Descriptivo
- Analítico
- Mixto
- Transversal

ÁREA DE ESTUDIO

Servicio clínica médica y servicio de traumatología del Hospital Antonio J Scaravelli.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo con el que se trabajó se encuentra en los servicios de Clínica Médica y Traumatología del Hospital Antonio J Scaravelli, se utilizó una muestra de 50 pacientes con diabetes internados en dichos servicios durante los meses de junio, julio y agosto de 2013.

VARIABLES Y/O HIPÓTESIS: Definición y Operacionalización

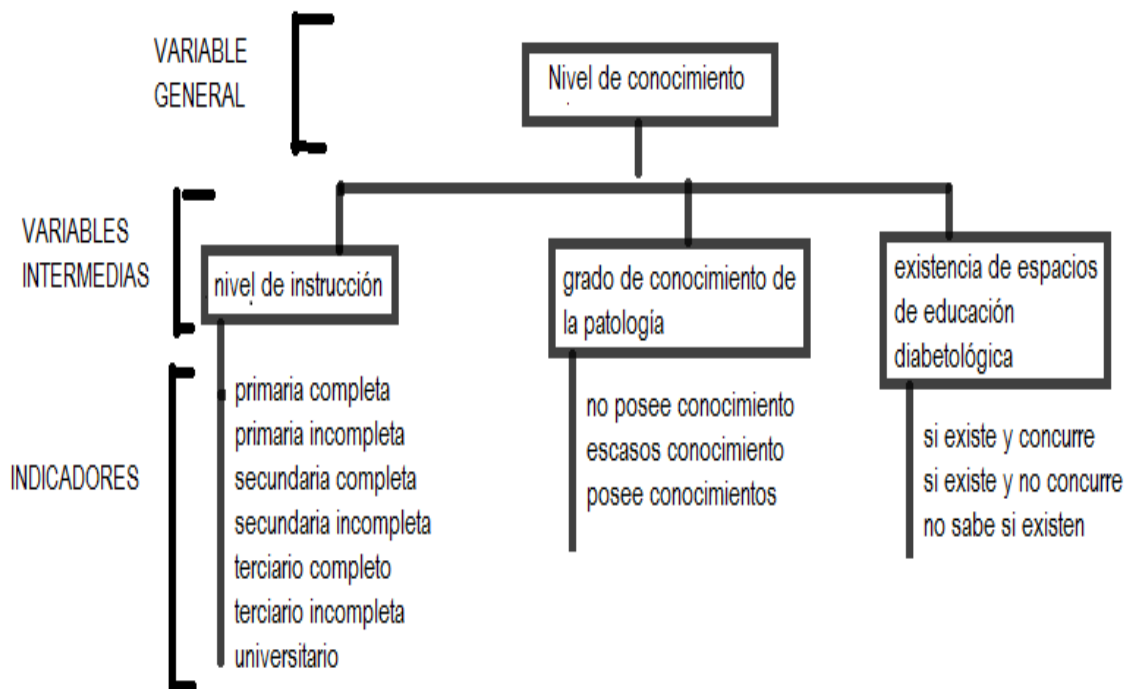
Variables generales: variables que no pueden ser medibles empíricamente con carácter inmediato.

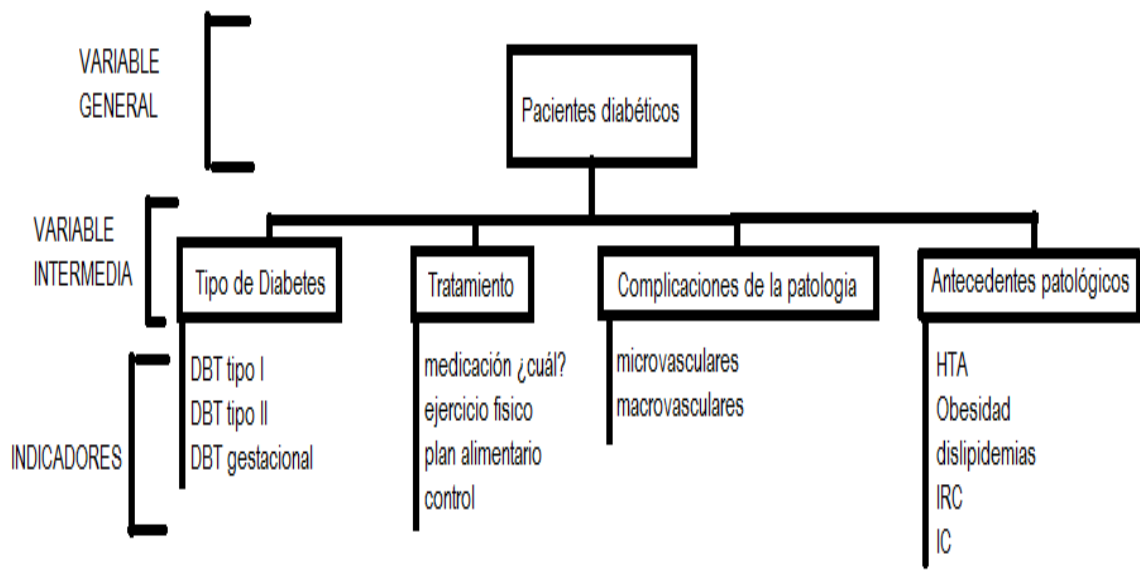
Variables intermedias: son las que expresan dimensiones o aspectos parciales de las primeras, lo que las hace más concretas y cercanas a la realidad.

Indicadores o variables empíricas: son las que representan aspectos directamente observables y medibles de estas dimensiones.

¿Cuál es el nivel de conocimiento en relación al autocuidado que tienen los pacientes diabéticos internados en el servicio de clínica médica y traumatología durante el mes de mayo del año 2013...?.

Operacionalización





TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista, esta es una herramienta de trabajo esencial para la enfermería, consiste básicamente en la comunicación que se establece entre dos o más personas con un fin preestablecido, diferente por tanto de la conversación habitual y espontánea.

A través de la entrevista se logró el contacto visual, además la comunicación gestual permitió una conversación apta para la recolección de datos.

El instrumento utilizado es una entrevista que consta de 14 preguntas de respuesta abierta, que incluye preguntas de identificación personal, además preguntas que comunican que es lo que los pacientes conocen sobre su patología.

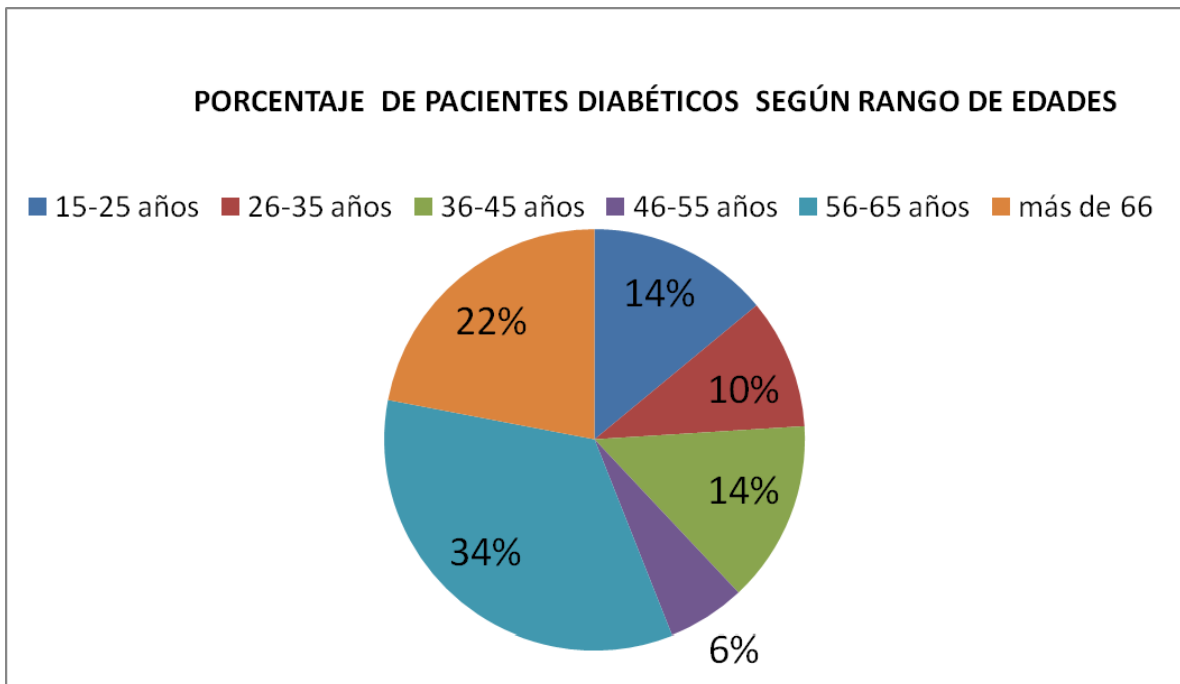
ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

TABLA 1: Frecuencia absoluta y relativa de los pacientes diabéticos según rango de edades

Rango de edades de los pacientes diabéticos entrevistados	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
15 a 25 años	7	14%
26 a 35 años	5	10%
36 a 45 años	7	14%
46 a 55 años	3	6%
56 a 65 años	17	34%
66 a mas años	11	22%
totales	50	100%

Fuente: Grupo control. Pacientes diabéticos internados en clínica médica y traumatología. Meses junio-agosto 2013.

GRAFICO N° 1



Comentario: Según el rango de edades determinado se estableció que del

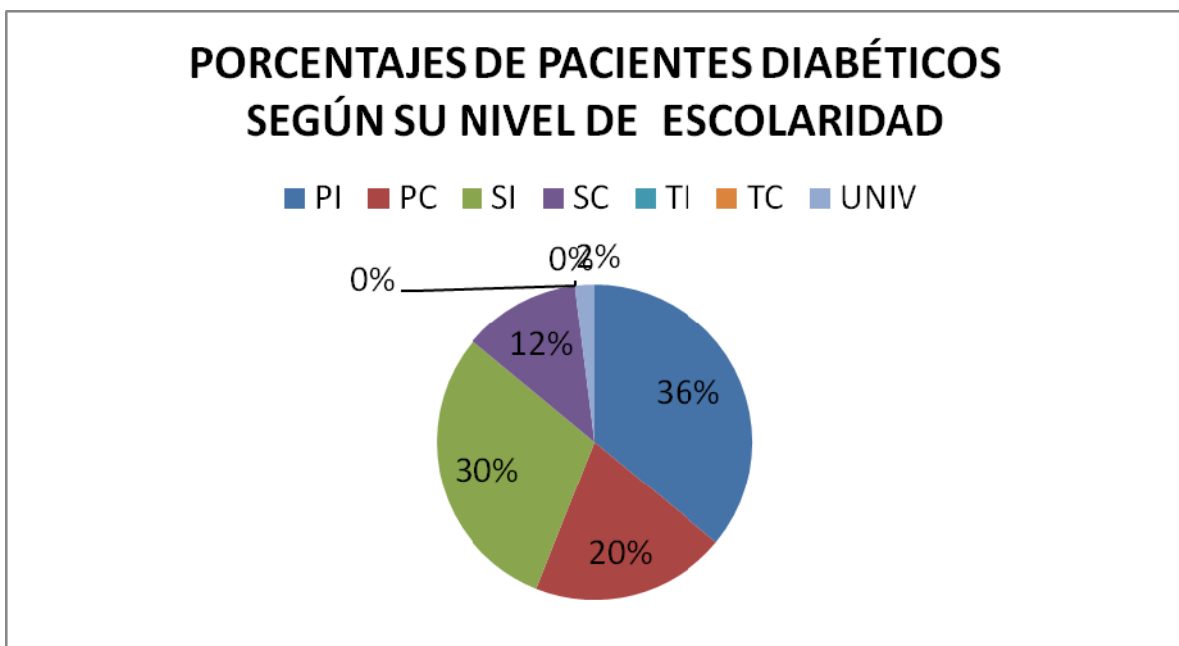
100% de los pacientes el rango de edad con mayor prevalencia de diabéticos es el de 56-65 años con el 34%, luego con el 22% los pacientes con más de 66 años, el 14% corresponde al rango de 15-25 años de igual manera con el 14% el rango de 36-45 años, el 10% al rango de 26-35 años, y finalmente el rango con menor incidencia es el de 46-55 años con el 6%.

TABLA 2: Frecuencia absoluta y relativa de los pacientes diabéticos según el nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Primaria completa	10	20%
Primaria incompleta	18	36%
Secundaria completa	6	12%
Secundaria incompleta	15	30%
Terciario completo		0
Terciario incompleto	0	0
universitario	1	2%
totales	50	100

FUENTE: Grupo control. Pacientes de la internación servicios de traumatología y clínica médica hospital Scaravelli, trimestre de junio a agosto 2013. Nivel de escolaridad.

GRAFICO N° 2

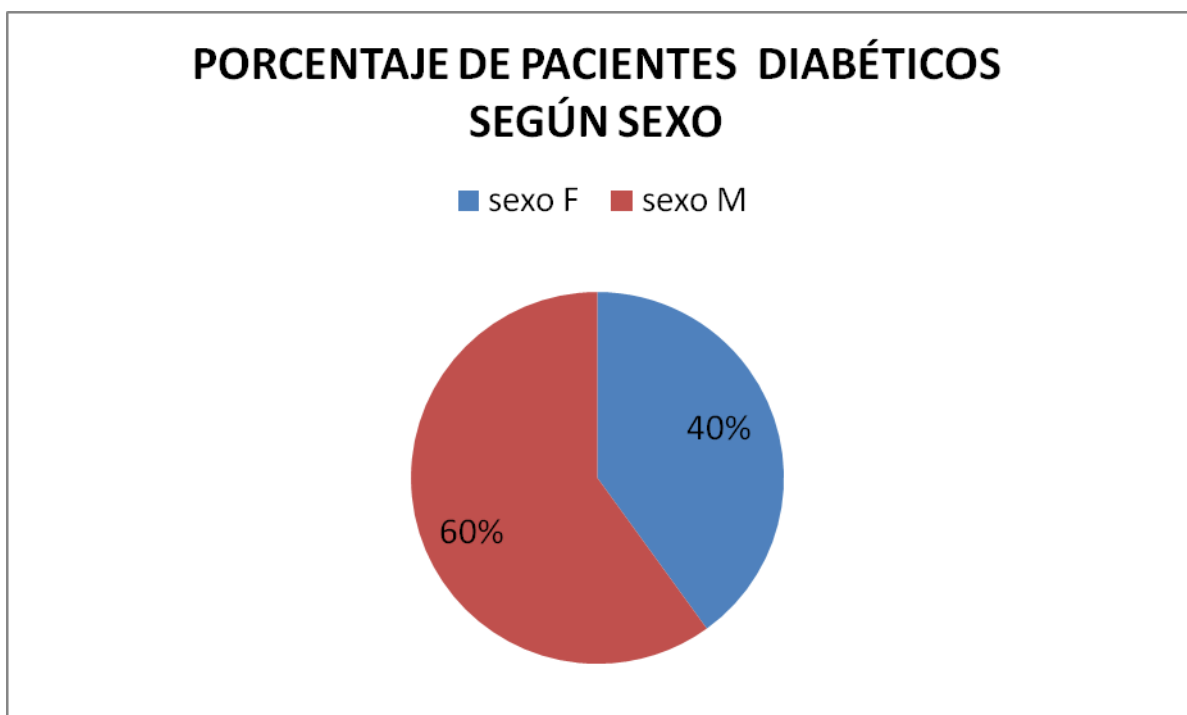


- **Comentario:** De acuerdo al nivel de escolaridad, según los datos aportados se obtuvo los siguientes resultados: del 100% el 36% presenta primaria Incompleta, el 30% secundaria Incompleta, el 20% primaria Completa, el 12% secundaria Completa y el 2% presenta estudios Universitarios.

TABLA 3: Frecuencia absoluta y relativa de la cantidad de pacientes diabéticos según el sexo

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Femenino	20	40%
masculino	30	60%
totales	50	100%

GRAFICO N° 3

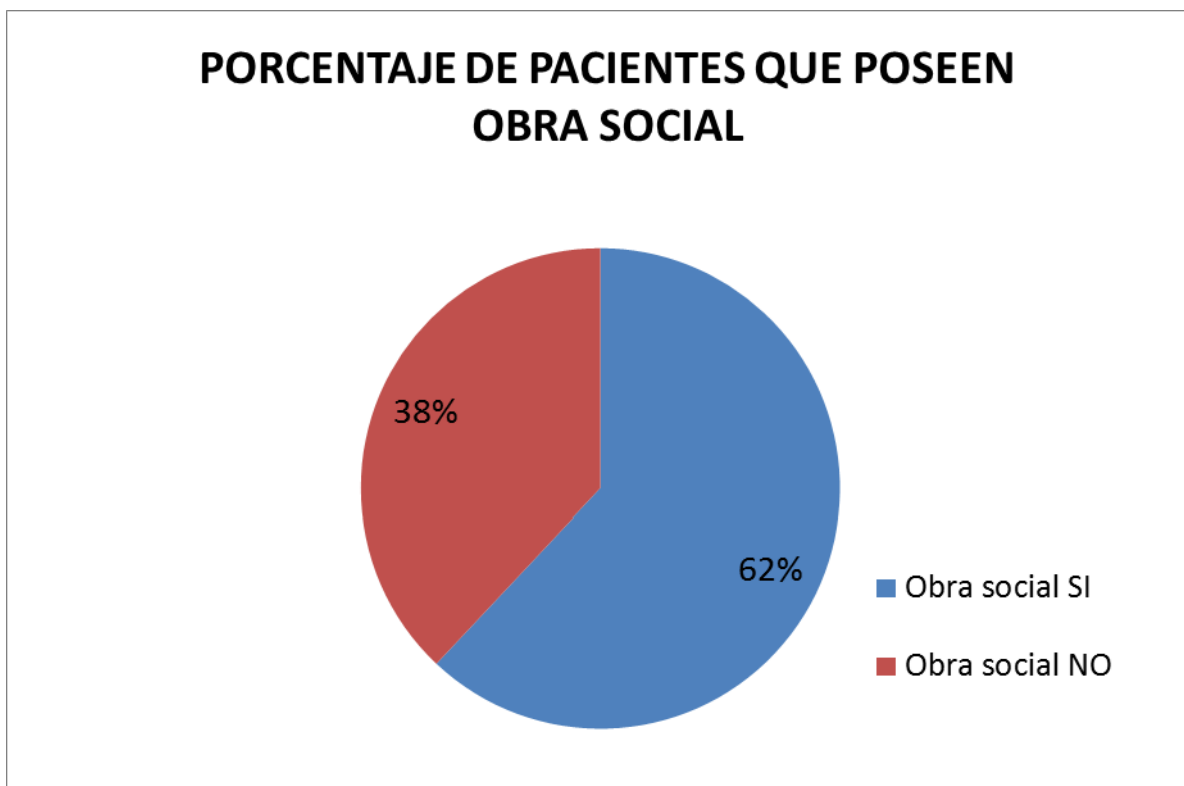


Comentario: según lo observado encontramos que Incidencia de la enfermedad en el sexo Masculino: 60%; y incidencia de la enfermedad en el sexo Femenino: 40%.

TABLA 4: frecuencia absoluta y relativa de pacientes diabéticos que presentan obra social.

PACIENTES DIABÉTICOS QUE PRESENTAN OBRA SOCIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	31	62%
NO	19	38%
totales	50	100%

GRAFICO N° 4



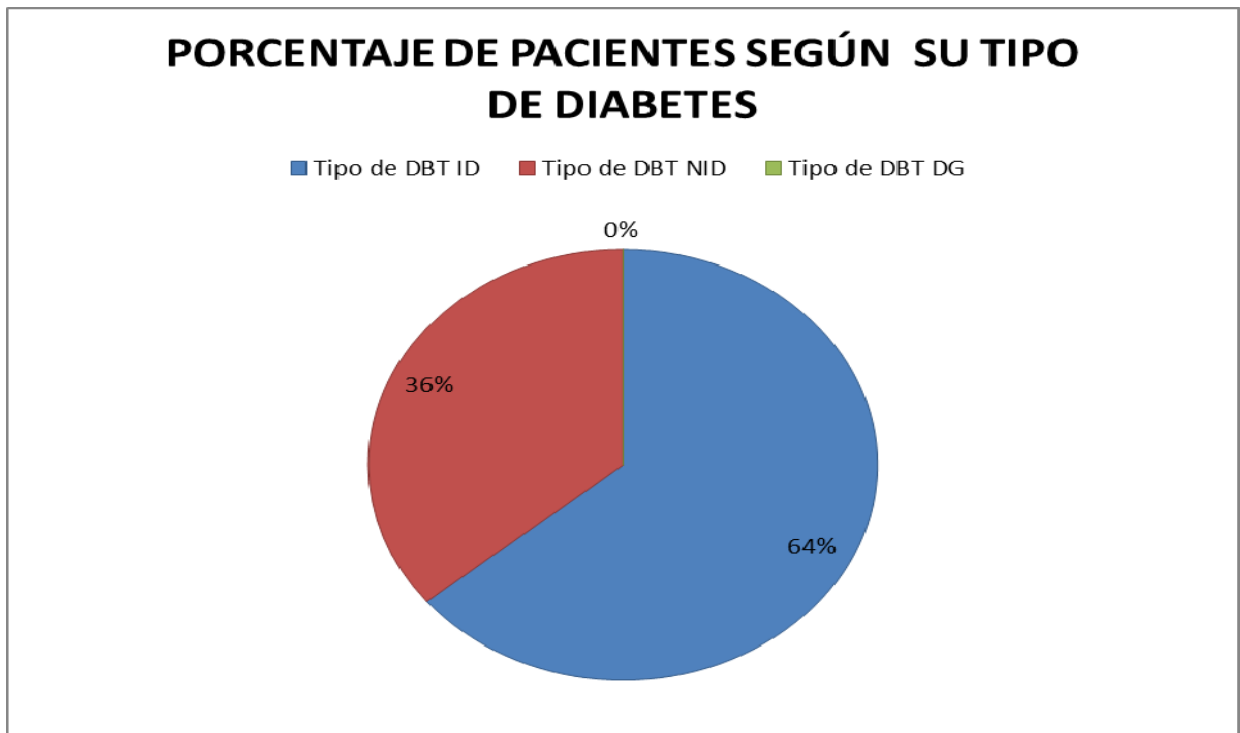
FUENTE: Grupo control. Pacientes con cobertura social y sin cobertura.

Comentario: La mayor parte de los pacientes entrevistados con el 62% posee Obra Social, entre las más utilizadas se encuentra: PAMI, PROFE Y OSEP, mientras que el 38% restante no poseía obra social.

TABLA 5: frecuencia absoluta y relativa de pacientes diabéticos según el tipo de diabetes.

TIPOS DE DIABETES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Insulinodependiente	32	64%
No		
insulinodependiente	18	36%
diabetes gestacional	0	0%
totales	50	100%

GRAFICO 5



FUENTE: Grupo control. Pacientes entrevistados en internación servicios traumatología y clínica médica del hospital Scaravelli con diabetes meses de junio a agosto 2013

Comentario: De los 50 pacientes entrevistados, el 64% presenta diabetes No insulinodependiente es decir, que utilizan hipoglucemiantes vía oral, mientras que el 36% es diabético insulinodependiente, o sea, manejan esquemas de insulina.

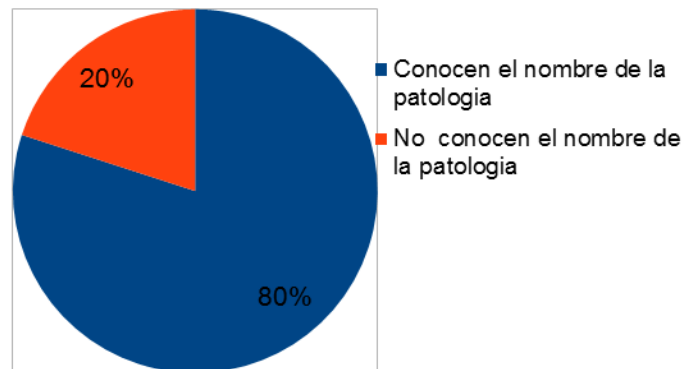
TABLA 6: Frecuencia absoluta y relativa de pacientes que conocen el nombre de su patología.

Conocimiento del nombre de la patología	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI conocen	40	80%
NO conocen	10	20%
Total de pacientes	50	100%

Fuente: Grupo control. 50 Pacientes entrevistados.

GRAFICO 6

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CONOCEN EL NOMBRE DE SU PATOLOGIA



FUENTE: Grupo control. 50 Pacientes entrevistados

COMENTARIO: Del total de 50 encuestados, el 80% es decir 40 pacientes conocen el nombre de su patología, mencionan Diabetes, un 20% no conocen el nombre de la patología, estos pacientes corresponden a pacientes añosos quienes conocen la enfermedad como “enfermedad del azúcar ”o “tener azúcar alta”.

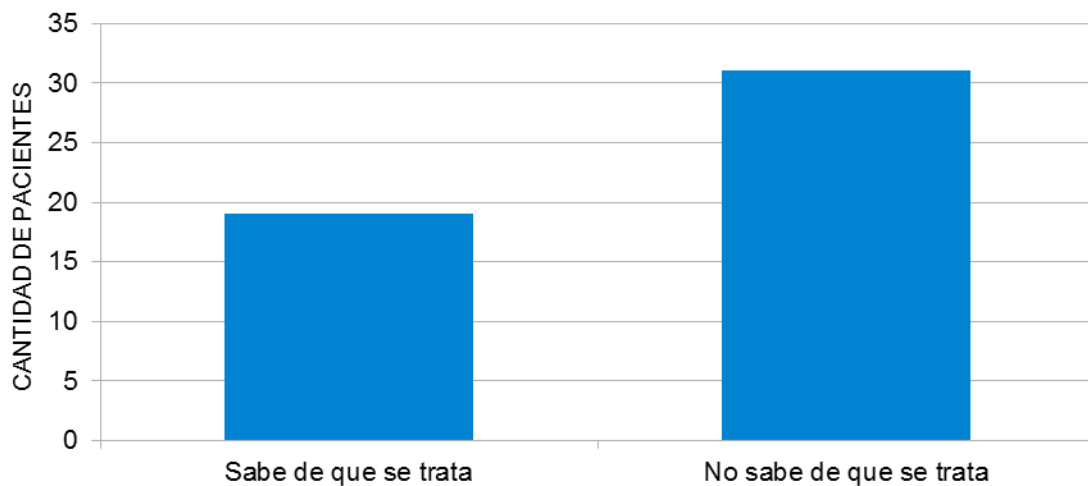
TABLA 7: frecuencia absoluta y relativa de pacientes que refieren conocer de que se trata la enfermedad.

Conocimiento sobre que es la diabetes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sabe de que se trata	19	38%
No sabe de que se trata	31	62%
Total de pacientes	50	100%

FUENTE: Grupo control. Pacientes entrevistados

GRAFICO 7

CANTIDAD DE PACIENTES QUE SABEN DE QUE SE TRATA LA ENFERMEDAD



Comentario: 19 pacientes refieren que conocen de que se trata la enfermedad es decir el 38%, estos mencionan que es una enfermedad en la que se ve afectado el sistema metabólico, relacionan la patología con el mal funcionamiento del páncreas, 31 de los 50 pacientes encuestados refieren que no conocen específicamente de que se trata la patología.

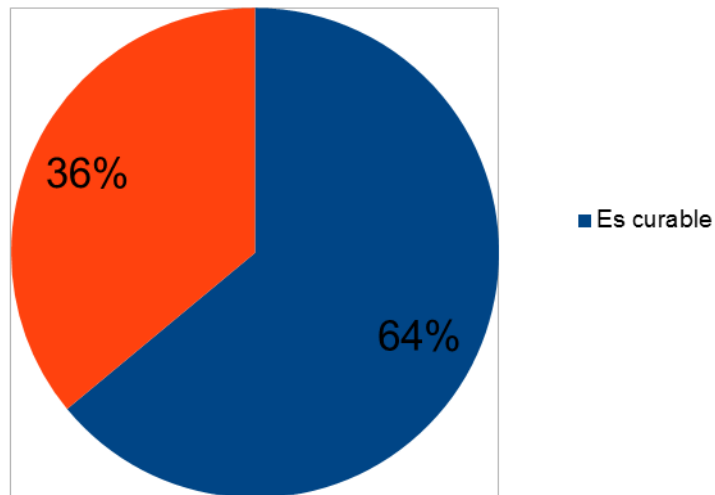
TABLA 8: Frecuencia absoluta y relativa de pacientes que conocen a la diabetes como enfermedad No curable

Conocimiento de la diabetes como enfermedad No curable	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Es curable	18	36%
No es curable	32	64%
Total de pacientes	50	100%

FUENTE: Grupo control 50 pacientes entrevistados.

GRAFICO 8

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE MANIFISTAN QUE LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD CURABLE

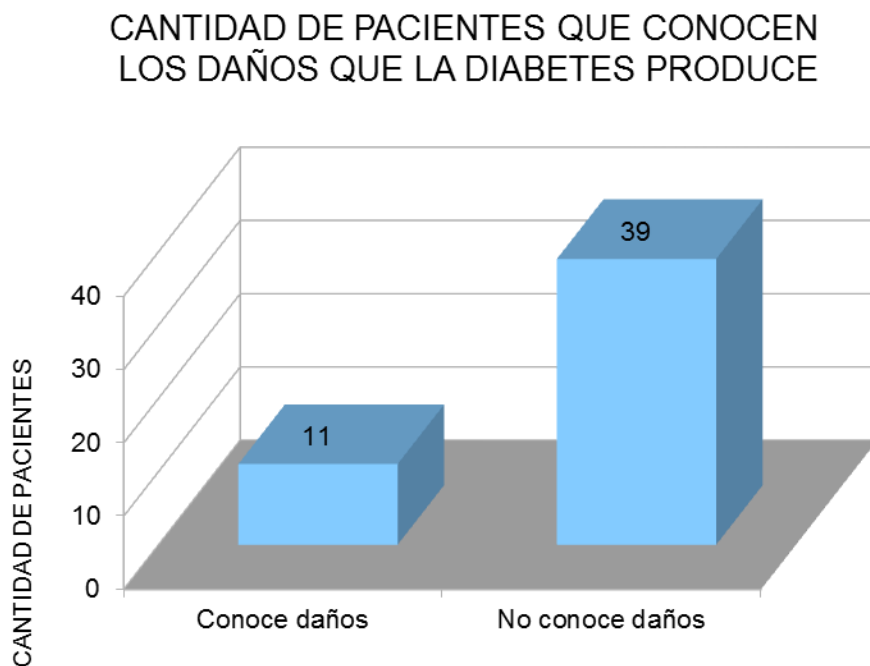


Comentario: De los 50 pacientes entrevistados, cuando se investigó si la diabetes es una enfermedad curable, el 36% manifestó que lo es que dura “toda la vida” y un 64%, solo 9 pacientes refieren que la diabetes es una enfermedad curable con tratamiento farmacológico.

TABLA 9: frecuencia absoluta y relativa de pacientes que reconocen los daños que la diabetes produce en el cuerpo

Conocimientos sobre los daños de la diabetes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Conoce daños	11	22%
No conoce daños	39	78%
Total de pacientes	50	100%

FUENTE: Grupo control. 50 encuestados.



Comentario: 11 pacientes conocen los daños que la diabetes produce en su cuerpo ,es decir mencionan daños en la vista, riñón, pies, mencionan problemas circulatorios, 39 pacientes no conocen claramente que daños puede ocasionarles la diabetes solo tienen en cuenta que aumenta la glucemia y esto produce daños en todo el organismo.

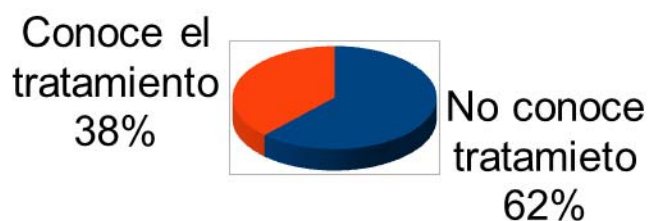
TABLA 10: frecuencia absoluta y relativa de pacientes que conocen el tratamiento de la patología

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
No conoce tratamiento	31	62%
Conoce tratamiento	19	38%
Total de pacientes	50	100%

FUENTE: Grupo control.50 encuestados

GRAFICO 10

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CONOCEN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES



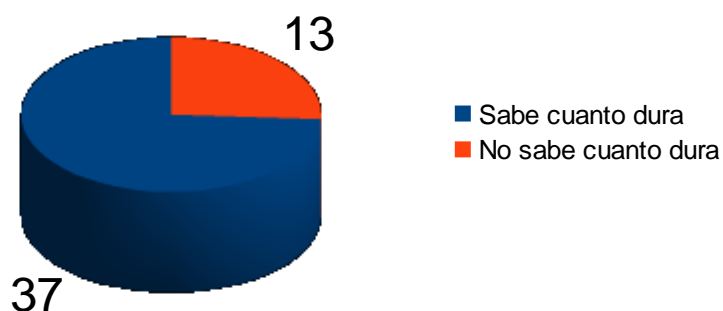
Comentario: El 62% de los pacientes es decir de los 50 encuestados no conocen el tratamiento de la patología, solamente reconocen la farmacología como tratamiento sin mencionar la dietoterapia y el ejercicio. Un 38% si reconoce los tres pilares del tratamiento.

TABLA 11: Frecuencia absoluta y relativa de pacientes que conocen cuánto dura el tratamiento

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sabe cuanto dura	37	74%
No sabe cuanto dura	13	26%
Total de pacientes	50	100%

FUENTE: Grupo control.50 encuestados.

CANTIDAD DE PACIENTES QUE CONOCEN CUANTO DURA EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA



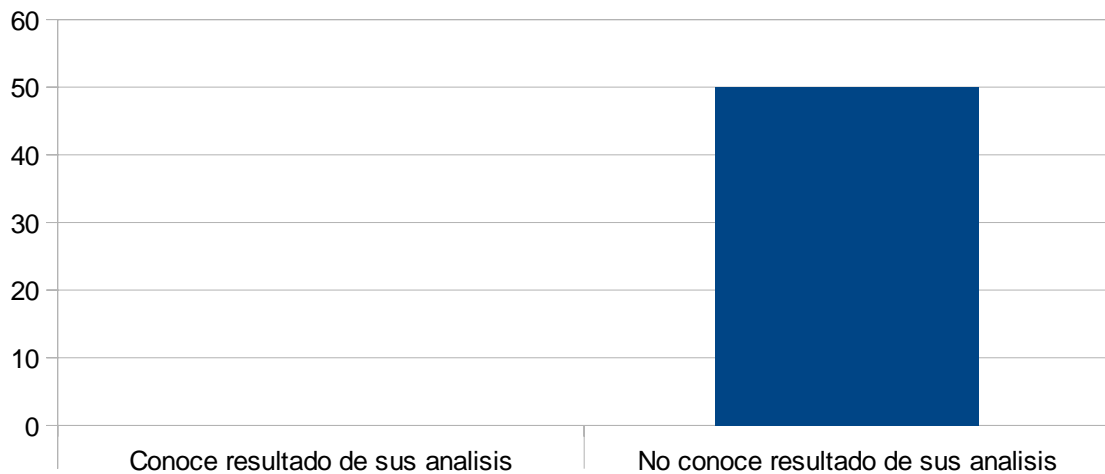
Comentario: De los 50 entrevistados 37 saben que el tratamiento es para toda la vida y solo 13 pacientes no conocen específicamente cuánto dura, refieren que termina cuando mejoren su situación.

TABLA 12: Frecuencia absoluta y relativa de pacientes que tienen conocimiento sobre los resultados de sus analíticas

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Conoce resultado de sus análisis	0	100%
No conoce resultado de sus análisis	50	0%
Total de pacientes	50	100%

FUENTE: Grupo control.

CANTIDAD DE PACIENTES QUE CONOCEN LOS RESULTADOS DE SUS ANALISIS



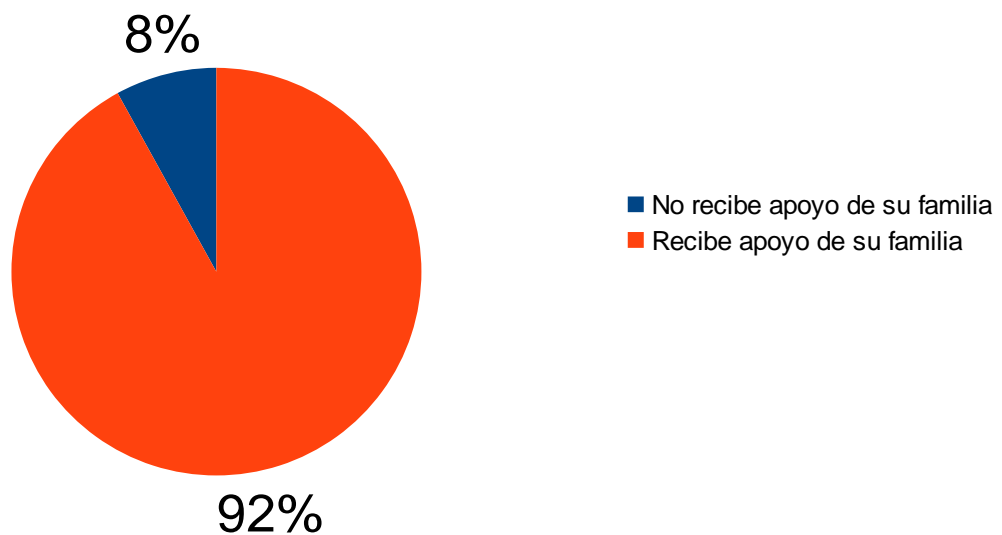
Comentario: El total de la muestra no conoce el resultado de sus analíticas, refieren que en algunas oportunidades solo son informados si estos “están bien o mal”, no conocen de que se tratan las analíticas realizadas ni los resultados de las mismas.

TABLA 13: frecuencia absoluta y relativa de pacientes que reciben apoyo de su familia frente a la enfermedad.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
No recibe apoyo de su familia	4	8%
Recibe apoyo de su familia	46	92%
Total de pacientes	50	100%

Fuente: Grupo control.50 Pacientes.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBEN EL APOYO DE SU FAMILIA



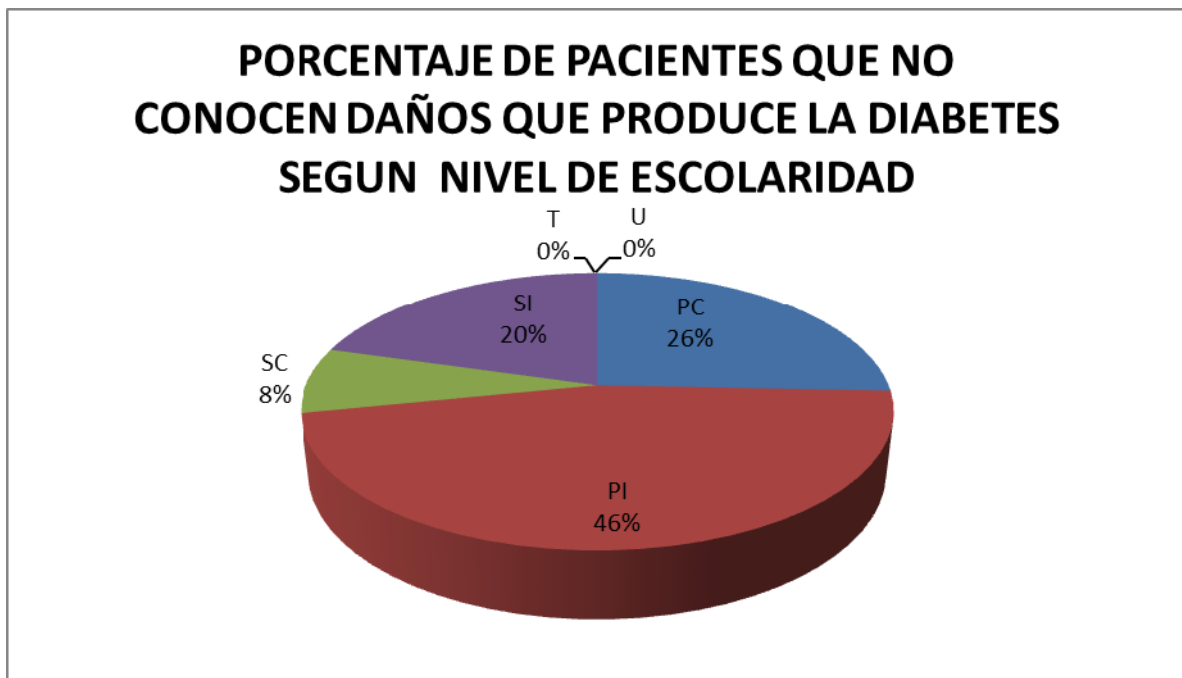
Comentario: Solo el 8% de los pacientes manifiesta no tener apoyo de su familia al llevar el tratamiento, sobre todo manifiestan que no reciben colaboración al momento de seguir el tratamiento nutricional, cabe destacar que el total de pacientes que refieren no recibir apoyo de sus familiares son hombres, el restante 92% manifiesta tener apoyo familiar.

TABLA 14 Frecuencia relativa y absoluta de pacientes que no conocen los daños que produce la diabetes según nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
PRIMARIA COMPLETA	10	46%
PRIMARIA INCOMPLETA	18	26%
SECUNDARIA COMPLETA	3	8%
SECUNDARIA INCOMPLETA	8	20%
TERCIARIO	0	0%
UNIVERSITARIO	0	0%

Fuente: Grupo control 39 pacientes entrevistados que no conocen daños que produce la diabetes

GRAFICO 14



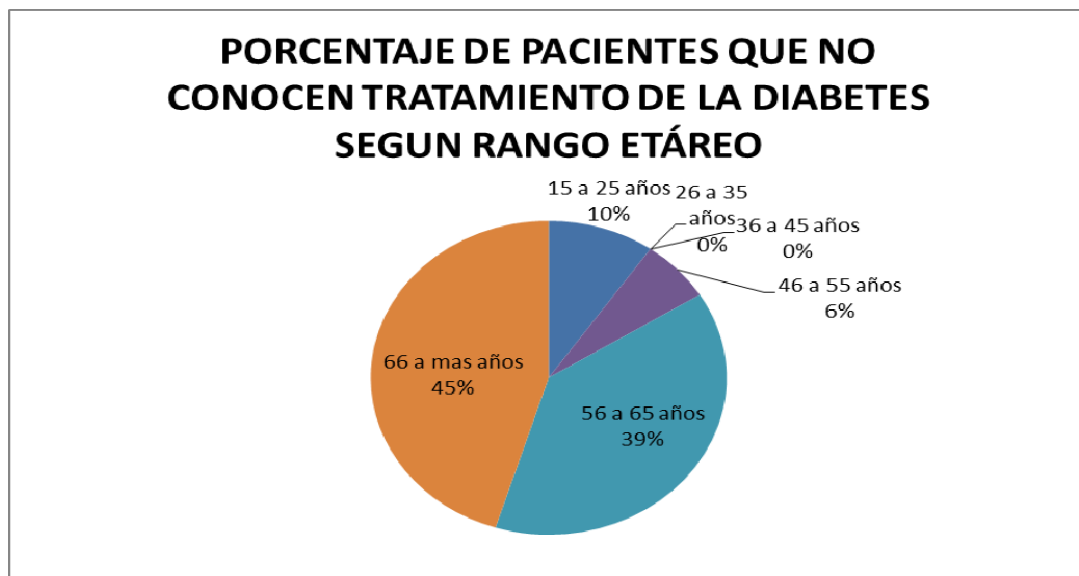
Comentario: Del total de 39 pacientes que no conocen los daños que la diabetes produce en el cuerpo, el mayor porcentaje son pacientes con primaria completa e incompleta, es decir 28 pacientes en total.

TABLA 15. Frecuencia absoluta y relativa de pacientes que no conocen el tratamiento de la diabetes, según rango etareo.

Rango de edades de los pacientes diabéticos entrevistados	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
15 a 25 años	3	10%
26 a 35 años	0	0%
36 a 45 años	0	0%
46 a 55 años	2	6%
56 a 65 años	12	39%
66 a mas años	14	45%
totales	31	100%

Fuente: Grupo control 31 pacientes que no conocen los daños que la diabetes produce en su cuerpo.

GRAFICO 15



Comentario: De los 31 pacientes que no conocen los daños que la diabetes produce, el mayor porcentaje son personas mayores de 66 años, luego encontramos el grupo de 56 a 65 años y podemos decir los pacientes que

menor porcentaje acumulan son los del grupo correspondiente a 26 a 35 años y 36 a 45.

CAPITULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

RESUMÉN DE LOS RESULTADOS MÁS RELEVANTES

- El rango de edad con mayor incidencia de diabéticos corresponde al del adulto entre los 55 y 65 años.
- El nivel de instrucción en general es bajo, el mayor porcentaje de los pacientes, es decir, el 36% no tiene la escuela PRIMARIA finalizada.
- El 60% de los pacientes eran de sexo Masculino
- El 62% No posee Obra social
- El 64% de los pacientes diabéticos son INSULINODEPENDIENTE
- El 62% manifiesta que recibieron información acerca de la enfermedad por parte del médico y el 26% la recibió por personal de enfermería.
- Del 100% de los pacientes aún queda un 26% que manifiesta no saber cuánto perdura la enfermedad.
- El 100% de los pacientes entrevistados No conoce los resultados de sus últimas analíticas.
- El 78% de los entrevistados No menciona a los 3 pilares del tratamiento como tal.
- El 42% No conoce los daños que puede ocasionar la patología
- 46 de los 50 pacientes manifiesta recibir apoyo de su familia frente a la enfermedad.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El nivel de instrucción bajo es un factor que incide en el déficit de interpretación y de adquisición de conocimientos lo que vulnera la comprensión de información como el interés por aprender.

El tipo de Diabetes predominante en la muestra es la de tipo I, es decir INSULINODEPENDIENTE, se deduce entonces que hay déficit en la educación respecto a la insulino terapia como también de la comprensión de la misma por parte del paciente, sumado a esto el bajo nivel educativo y teniendo en cuenta que se trata de adultos comenzando la etapa de adultos mayores.

Hay una existencia importante de diabéticos que consideran a la enfermedad como curable y no como crónica , que no saben de qué se trata, y desconocen los daños que ésta puede causar, esto prevalece en el grupo etario de adultos en el cual predomina más la enfermedad.

El tratamiento medicamentoso es el que se considera como primera y única medida en la mayoría de las entrevistas, y en otros tienen en cuenta el No consumo de azúcar como único plan de alimentación.

Se puede objetivar que el aumento de reingresos por descompensación prevenible en los pacientes diabéticos está relacionado con el bajo nivel de autocuidado que estos presentan lo que de forma lineal se relaciona con la deficiente educación y seguimiento al diabético.

Además se identifican como los factores influyentes en éste bajo nivel de conocimientos los factores educativos y socio-económicos; como es el bajo nivel de instrucción, la edad, la falta de cobertura social y de ingresos, y la escasa existencia de espacios de contención y educación diabetológica.

PROPUESTAS DE ACCIÓN DE ACUERDO A LOS RESULTADOS Y A LOS OBJETIVOS DE ESTUDIO

Propuesta:

Creación de un espacio para Educación Diabetológica dentro del Hospital Antonio J Scaravelli, que de forma permanente funcione para atender todas las necesidades de educación, contención y asesoramiento.

Con la integración de distintos profesionales que fortalezcan la disponibilidad de recursos.

Idea:

Habilitación de espacio físico que funcione como consultorio externo de atención al paciente diabético, para Educación Diabetológica.

Recurso humano:

Enfermeros profesionales y/o Licenciados en enfermería que presenten capacitación diabetológica, junto a equipo interdisciplinario como: médicos especialistas en diabetes, nutricionistas, traumatólogos, psicólogos, como equipo fundamental, en integración con todos los servicios de internación y de atención ambulatoria.

APÉNDICE Y ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA

Sr. paciente lo invitamos a responder las siguientes preguntas, las mismas serán parte esencial de una investigación a desarrollarse sobre el paciente diabético, cuando se realice el análisis de estas encuestas usted mismo podrá consultar los resultados. Desde ya muchas gracias por su colaboración.

ENTREVISTA

Edad:	Sexo:
Escolaridad:	Obra Social:
Dirección:	Ocupación:
Motivo de internación:	Patologías base:

1. ¿Sabe usted cuál es el nombre de su enfermedad?
2. ¿Sabe usted de qué se trata?
3. ¿Es una enfermedad curable?
4. ¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo? ¿Qué órganos afecta?
5. ¿Sabe usted en qué consiste su tratamiento que está recibiendo para la diabetes?
6. ¿Sabe cuánto dura el tratamiento?
7. ¿Le han tomado análisis de sangre? ¿Sabe usted para qué le toman dichos análisis? ¿Conoce los resultados?

8. ¿Tiene apoyo de su familia? ¿Cómo lo apoyan?
9. ¿Pertenece usted a algún grupo de esta enfermedad?
10. ¿Estos conocimientos donde los ha adquirido?

ANEXO 2



Ley 23.753 - Decreto reglamentario 1271

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º .- El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.

ARTICULO 2º .La diabetes no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público, como en el privado.

ARTICULO 3º El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá la constitución de juntas médicas especializadas para determinar las circunstancias de incapacidad específica que puedan presentarse para el ingreso laboral, así como para determinar incapacidades parciales o totales, transitorias o definitivas, que encuadren al diabético en las leyes previsionales vigentes y en las que con carácter especial, promueve el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de acuerdo a la reglamentación.

ARTICULO 4º .- En toda controversia judicial o administrativa en la cual el carácter de diabético sea invocado para negar, modificar o extinguir derechos

del trabajador, será imprescindible el dictamen del área respectiva del Ministerio de Salud y Acción Social por intermedio de las juntas médicas especializadas del artículo 3º de la presente ley.

ARTICULO 5º El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a la promulgación.

ARTICULO 6º Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTINUEVE DIAS DEL MES DE SETIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE.

El Poder Ejecutivo Nacional

BUENOS AIRES , 23 OCTUBRE 1998

VISTO el Expediente N° 2002-4252/96-0 del registro del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, y considerando.

Que por el mismo tramita la reglamentación de la Ley 23.753, que contiene previsiones sobre aspectos relevantes de la prevención de la diabetes y de distintos problemas derivados de la atención de pacientes diabéticos. Que resulta necesario dictar la correspondiente reglamentación a efectos de posibilitar su aplicación en el más breve plazo posible. Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL ha tomado la intervención de su competencia. Que se actúa en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 99, inciso 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

ARTICULO 1º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL , por intermedio de la SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD y de las áreas técnicas de su dependencia que correspondieran, actuará como Autoridad de Aplicación de la Ley 23.753 y del presente Decreto reglamentario

ARTICULO 2º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL promoverá, por la vía que corresponda, la adhesión de las provincias y eventualmente de otras jurisdicciones al régimen de la citada Ley y de la presente Reglamentación.

ARTICULO 3º .- La Autoridad de Aplicación dispondrá a través de las distintas jurisdicciones las medidas necesarias para garantizar a los pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado, según lo establecido en el Programa Nacional de Diabetes y en las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional

ARTICULO 4º .- El aprovisionamiento de medicamentos y demás elementos a que se refiere el artículo precedente será financiado por las vías habituales de la seguridad social y de otros sistemas de medicina privada para cubrir las necesidades de los pacientes comprendidos en los mismos, quedando a cargo del área estatal en las distintas jurisdicciones el correspondiente a aquellos pacientes carentes de recursos y de cobertura médico social.

ARTICULO 5º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las distintas jurisdicciones a lograr la cobertura del CIENTO POR CIENTO (100) de la demanda en el caso de la insulina y de los elementos necesarios para su aplicación y una cobertura progresivamente creciente nunca inferior al SETENTA POR CIENTO (70) para los demás elementos establecidos en el mencionado Programa y las normas técnicas correspondientes.

ARTICULO 6º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las jurisdicciones a que en previsión de situaciones de emergencia que afecten la cadena de producción, distribución o dispensación de insulina, establezcan las medidas de excepción que estimen necesarias para asegurar lo establecido en el artículo 3º de la presente reglamentación.

ARTICULO 7º .- Son competentes, para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 3º de la ley 23.753 , las comisiones médicas creadas por la Ley 24.241 modificadas por la Ley 24.557. Se constituirán comisiones médicas en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL para intervenir en cualquier controversia de la previstas en el artículo 4º de la Ley 23.753.

ARTICULO 8ºComuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

PACIENTE	edades						nivel de instrucción							sexo		Obra social	
	15-25 años	26-35 años	36-45 años	46-55 años	56-65 años	más de 66	PI	PC	SI	SC	TI	TC	UNIV	F	M	SI	NO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			
50																			

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

PACIENTE	Tipo de DBT			Conoce el nombre de su patologia		Sabe de q se trata		Es curable	
	ID	NID	DG	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

PACIENTE	Conoce daños		Conoce tratamiento		Sabe cuanto dura		Conoce resultados de analisis	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

PACIENTE	Tiene apoyo de su familia		Pertenece a algun grupo		Donde adquirio estos conocimientos		
	SI	NO	SI	NO	Medico	Enfermero	Otros
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							

ANEXO 3.TABLA MATRIZ

27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							

BIBLIOGRAFIA

- Lo básico sobre la diabetes - American Diabetes Association
www.diabetes.org
- SAD Sociedad Argentina de Diabetes. www.diabetes.org.ar/
- Fundación para la diabetes. www.fundaciondiabetes.org/
- Educación para la diabetes - International Diabetes Federation
www.idf.org
- Educación para la salud - Grupo de diabetes de la Sociedad.
www.grupodiabetessamfyc.cica.es
- Manual para educadores en Diabetes Mellitus - Ministerio de Salud
web.minsal.cl/
- Guía de diabetes en la consulta de Enfermería www.sescam.jccm.es
- Programa Educativo para Personas con Diabetes TIPO2.
www.juntadeandalucia.es