

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
MAESTRIA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD SOSTENIBLES
SEDE NICOYA**

**APOYO FAMILIAR DIETA Y COSTUMBRES COMO FACTORES QUE
INFLUYEN EN LA DESCOMPENSACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO
ÁREA DE SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE DEL 2004.**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO
DE MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SOSTENIBLE**

AUTORES:

**Lic. Aleyda Obando Briceño
Dr. Johnny Orozco Solano**

JULIO 2005

CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 La diabetes a nivel mundial:

Las personas con padecimientos crónicos, entre ellos la diabetes mellitus, han sido estudiadas desde varios puntos de vista, dentro y fuera de nuestras fronteras. Se ha concluido que los diabéticos se benefician del tratamiento y control en centros médicos, si se logra el control adecuado de los niveles de glicemia y una correcta educación al paciente para iniciar un nuevo estilo de vida saludable.

Múltiples estudios se realizan alrededor del mundo con el fin de dar la mejor atención a este tipo de paciente. Es así como Lepore y cols. (17) reporta que "... en Italia se asocia los niveles de glicemia con la microangiopatía diabética en pacientes con diabetes tipo 1 con lo cual sugiere que los niveles de glicemia son importantes en el control, tomándolos como parámetro para demostrar la eficiencia del tratamiento".

Por su parte W.M. Lam y cols. (16) utilizan en Hong Kong los niveles de glicemia como prueba de efectividad del control de los diabéticos con controles inadecuados.

En los Estados Unidos de Norteamérica Swattee P, P Lynch JC y Pendergrass ML (36) hacen una revisión del control de diabéticos en diferentes servicios del Hospital Tulane University Health Sciences Center, tomando en cuenta los niveles de glicemia de los pacientes y al mismo tiempo, por quién es impartida la consulta, ya sea el médico residente, el médico especialista, o si fue en clínica de diabéticos o de consulta externa.

En Kenya, Africa, Otieno, FC y cols (25) realizan una comparación entre los niveles de glicemia de los pacientes y los de hemoglobina glicosilada como un factor de predicción de calidad de los mismos en la clínica de diabéticos.

Como se puede apreciar, frecuentemente y con la finalidad de comparar resultados, siempre en procura de brindar una mejor atención al paciente diabético, constantemente en las consultas de diabéticos en el mundo entero se están realizando estudios para determinar la efectividad y la calidad de las consultas, como factor que permita obtener el manejo más adecuado de este tipo de paciente.

1.1.2 Estudio de pacientes diabéticos en Costa Rica:

El sistema de salud costarricense puso en práctica, en 1994, dentro de la implementación del proyecto de Reforma del Sector Salud, los principios básicos de una política de aumento de la eficiencia y productividad de los servicios de salud

eliminando duplicidades, descentralizando la administración, aumentado la participación social del sector privado. Mejorando la capacidad gerencial y financiera del Sector Salud.

Este proyecto de reforma propone un modelo de atención cuyo eje central es la atención integral. Pretende garantizar a todos los usuarios, bajo un concepto de universalidad y solidaridad, el derecho a la atención básica para protegerlos del riesgo de enfermar, así como facilitarles las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones.

Este modelo definió tres niveles de atención, a saber un primer nivel de atención preventiva, conformado por lo que actualmente se conoce como EBAIS y clínicas periféricas, un segundo nivel de atención constituido por los hospitales periféricos y regionales, encargado de la atención ambulatoria y hospitalización de los pacientes de toda su área de atracción y un tercer nivel de atención especializada, conformado por los hospitales nacionales.

El primer nivel de atención (Medicina general y de comunidad para efectos prácticos) ofrecería servicios básicos de salud constituidos por el Plan de Atención Primaria, cuyos proveedores serían los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS). Dentro de las funciones del EBAIS, Jiménez Navarrete (14) manifiesta que se debe “brindar atención integral a la salud de las personas en los diferentes ambientes humanos (familia, comunal, educativo, laboral y los servicios de atención) a partir de prioridades nacionales y locales y recursos existentes para mantener y mejorar la salud de la población”.

La CCSS propone, según Jiménez Navarrete (14), la metodología de la atención integral como “el abordaje de las diferentes necesidades y problemas de salud de los individuos, familias o comunidades, en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. Este abordaje particularizado se hace a través de actividades y tareas de promoción, prevención, mantenimiento y recuperación, ejecutadas por el equipo de salud, la comunidad y demás actores sociales”.

Dentro de las estrategias para lograr la atención integral en salud, se definen las modalidades de atención individual, grupal y colectiva, todas complementarias y no excluyentes, en donde las acciones de salud se ejecutan en cinco escenarios de acción definidos para el quehacer en salud (niño, adolescencia, mujer, adulto y adulto mayor). Como parte de las normas de atención del adulto se indaga la presencia de enfermedades crónicas a través del tamizaje para diabetes e hipertensión arterial.

Desde hace algún tiempo y en forma constante se realizan estudios acerca de la calidad de atención y la forma en que ayudan los niveles de glicemia para el tratamiento y control de este tipo de usuario.

Es así como por ejemplo, en 1996 Solano V (35), realizó una cuantificación de los pacientes diabéticos e hipertensos del Cantón de la Unión de Tres Ríos en Cartago. En Coronado Espino A y otras (7) llevan a cabo una evaluación del uso de las normas de atención de la diabetes e hipercolesterolemia por parte del personal médico, conociéndose este estudio como “El Caso Coronado”.

Las Normas de Atención del Paciente con Diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención bajo la responsabilidad de los EBAIS, define al autocuidado “como todas aquellas actividades que los diabéticos realizan con el fin de restablecer el control de la glicemia y prevenir las complicaciones”(4). Las principales acciones a realizar son:

- ❑ Automonitoreo de la glucosa en sangre y/o orina.
- ❑ Responsabilidad del diabético de cumplir con el tratamiento.
- ❑ Llevar un estilo de vida saludable.
- ❑ Cumplir con su dieta.
- ❑ Cuidar sus pies.
- ❑ No fumar.

La Declaración de San José, adoptada por la Federación Internacional de Diabetes, establece como derecho de las personas con diabetes, estar completamente informados sobre la naturaleza y manejo de esta enfermedad.

Del mismo modo la Declaración de las Américas sobre Diabetes, proclama que se debe “velar porque las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que las faculten para el auto cuidado de su enfermedad crónica y a la vez, velar porque el equipo de asistencia sanitaria tengan las aptitudes y los conocimientos especiales necesarios para atender a las personas con diabetes.”(4).

De ahí es que el tratamiento oportuno de la diabetes se le asigna una particular importancia en el primer nivel de atención en salud.

La meta general para pacientes diabéticos según la Declaración de San Vicente es: “Experimentar una mejoría sustancial de la salud y una expectativa de vida normal en cuanto a calidad de vida y cantidad de años”. (28)

1.1.3 El paciente diabético en el cantón de Nicoya:

Dentro del área de atracción del Hospital de La Anexión, localizada en la ciudad de Nicoya, se incluyen cuatro áreas de Salud (Nicoya, Santa Cruz, Hojanca y Nandayure) y tres territorios peninsulares de la provincia de Puntarenas (Lepanto, Cóbano y Paquera), comprendiendo una población cercana a los 100 000 habitantes, que va en franco descenso, según cifras del último censo nacional. Dentro de esta área de atracción, para 1997, estaban funcionando 30 EBAIS, cada uno con la obligación de atender entre 3000 y 5000 habitantes.

En el cantón de Nicoya y específicamente en el Hospital de la Anexión son múltiples los estudios realizados por el Dr. Jiménez Navarrete, pionero de las clínicas de pacientes crónicos en el país. Entre sus publicaciones está “El perfil educativo de los pacientes crónicos”. Con base en el conocimiento de estos pacientes, mantiene su tesis de trabajar a esta población en grupos, “de ahí la importancia que cobran estas clínicas y que estos pacientes reciban una atención especial y por qué no preferencial, si se toma en cuenta que en este momento los indicadores de Salud del país, presentan una expectativa de vida al nacer de 76 años” (15).

Se han realizado estudios con pacientes diabéticos internados en el Hospital de la Anexión, con el fin de determinar si la atención en EBAIS predispone al riesgo de aparición de más complicaciones y descompensaciones en los diabéticos.

Dichos estudios han sido retrospectivos, documentando características de diabéticos internados como: satisfacción por atención en EBAIS, educación, citas programadas, trato recibido, adherencia y causas de hospitalización, entre otras variables analizadas. También se realizaron encuestas a médicos para analizar su satisfacción, si educan, la disponibilidad de exámenes, el conocimiento de normas; los resultados demuestran que:

a-En el período 1997-1999 se internaron 1084 diabéticos, aumentando el número de internamientos cada año. Se encuestaron 20 médicos, 60% insatisfechos por la gran cantidad de pacientes a valorar entremezclando diabéticos, demasiada labor administrativa, desintegración de grupos de diabéticos, e incumplimiento de pacientes. El 80% no educa grupalmente. El 70% que educa lo hace individualmente en pocos minutos. El 80% no recibe educación continua. El 90% conoce las normas en diabetes. El 70% insatisfecho por fallas de laboratorio y gabinete.

b-En el primer cuatrimestre del 2000, el 73,4% de los diabéticos eran atendidos por los EBAIS, de los cuales el 67,2% contestó que la atención era similar antes de crearse los EBAIS y un 20,7% que era peor. Se entrevistaron 85 pacientes internados.”(15).

Concluye el Dr. Jiménez: “la forma como funcionan en la actualidad los EBAIS predispone a la aparición de una mayor cantidad de descompensaciones y de complicaciones. La educación al paciente y al equipo de salud es deficitaria”.

En el cantón de Nicoya, los pacientes con padecimientos crónicos, entre ellos los que padecen diabetes, fueron atendidos en “Clínicas de diabéticos” hasta 1996, en el Hospital de la Anexión. Cuando se trasladan estos grupos a sus respectivos EBAIS, se inicia la atención directa de estos pacientes y con ello un nuevo proceso en el tratamiento de su enfermedad.

El cambio de este nuevo modelo de atención, implica que el paciente pasa de recibir una atención grupal a recibir una de carácter individual, debido a la falta de recurso humano y al volumen de consultas diarias, donde no se puede dedicar un día

específico a la semana para la atención de pacientes con esta patología, sin descuidar la atención del resto.

Si bien es cierto en el año 1996 se inició el proceso de traslado de pacientes diabéticos a sus respectivos EBAIS, este proceso se llevó a cabo poco a poco, principalmente en las sedes que se ubicaban en áreas rurales, mientras que los correspondientes al sector urbano, (un sector amplio de esta población) seguían atendiéndose en el Hospital de la Anexión. Solamente los catalogados como “de fácil manejo” se había trasladado a los EBAIS.

A partir del 2002, cuando se concluye el traslado de todos los pacientes diabéticos a los EBAIS centrales, se dificultó continuar con la metodología de atención grupal, lo cual afectó directamente el control de dichos pacientes ya que son atendidos de acuerdo a la norma - cada 3 meses- de manera individual, perdiéndose la cohesión de grupo, con los problemas que esto genera en el manejo de la enfermedad, principalmente con aquellos pacientes que no aceptan su enfermedad y requieren el apoyo de otros iguales.

Con la incorporación del Área de Salud a los Compromisos de Gestión, igual que todas las Áreas del país, el tema de la diabetes esta presente. Para el 2004 y de acuerdo a las Fichas Técnicas, se establecen dos apartados correspondientes a este tema:

- 021011. Coberturas de detección temprana del diabético e hipertenso, cuyo objetivo indica “Detectar de manera temprana las personas portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial (no diagnosticadas previamente) con el propósito de obtener un control efectivo de su trastorno y lograr disminuir la aparición de complicaciones.
- 021021. Cobertura de personas diabéticas atendidas con calidad, donde el objetivo es “Conocer el porcentaje de la población diabética que recibe atención integral en el Primer Nivel, teniendo como base el Manual para la Atención Integral de la Diabetes Tipo 2. En el primer nivel de atención, en su versión actualizada. Y su impacto en el adecuado control de la enfermedad. (4).

Es así como para determinar si realmente el paciente es atendido con calidad, se evalúa a las personas diabéticas atendidas por primera vez en el año, en el primer nivel de atención, utilizando como criterio de calidad las que están adecuadamente controladas, cuyo valor de Hemoglobina Glicosilada (HB A1c) sean menor o igual a 7%.

Como componentes del indicador se tiene:
Cobertura de personas diabéticas:

Numerador: Número de diabéticos, hombres y mujeres, de 20 años y más, atendidos por primera vez en el año.

Denominador: Población en riesgo:5% de la población de 20 años y más (hombres y mujeres).

% de expedientes con criterio de calidad: Resultado de la revisión de expedientes.

Este indicador relaciona el número de diabéticos de 20 y más años atendidos por primera vez, entre la población de riesgo.

De acuerdo con datos del Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS), en el año 2003 se atendieron un total de 1350 diabéticos, con una población en riesgo de 1387, obteniéndose una cobertura del 97%.

Para el presente año y de acuerdo a lo pactado en el Compromiso de Gestión y a la capacidad instalada del Área, así como lo reflejado en el Avance Físico de Metas del Primer Semestre del 2004, se ha atendido el 78% de la población pactada, lo que se refleja a continuación:

SUBPROGRAMA	META PACTADA	LOGRO PRIMER SEMESTRE
D.M	1302	1018

1.2 JUSTIFICACIÓN

Con los resultados de esta investigación se tendrá información sobre la realidad que enfrenta el paciente diabético en su entorno, ya que no solamente se analiza la enfermedad desde el punto de vista biológico, es decir el paciente y su enfermedad, sino que se toman en cuenta otros factores que entran en juego en la descompensación de estas personas como lo son el apoyo familiar, las costumbres y su dieta.

Esta investigación pretende dar herramientas para una mejor atención a los funcionarios que trabajan con la población diabética del Área de Salud, que con frecuencia llega descompensada a los establecimientos de atención, llámense EBAIS o Servicio de Emergencia del Hospital de la Anexión.

No solamente es un aporte para los funcionarios de salud, sino también para las mismas familias que tienen diabéticos en sus hogares, ya que en los resultados tendrán elementos para conocer mejor la enfermedad y poder brindar apoyo a sus familiares.

La relevancia social del presente estudio, está en el hecho de que no solo la institución debe aportar para la recuperación de la salud de una comunidad, sino también debe existir un compromiso por parte de los usuarios, que al unísono redunden en el bienestar de la comunidad.

Esta investigación llena un vacío teórico en el Área de Salud de Nicoya, ya que si bien es cierto se cuenta con datos estadísticos sobre la población diabética que atiende, nunca antes se había realizado una investigación orientada a la búsqueda de factores considerados como determinantes para la descompensación. Así mismo, puede utilizarse en otros grupos con el fin de mejorarla.

Con estos resultados se amplía la visión sobre los factores específicos y la realidad que enfrentan las personas diabéticas fuera de los consultorios médicos y cómo sus acciones en la vida diaria influyen negativa o positivamente en su bienestar y así poder trabajar adecuadamente sobre los mismos.

Es una investigación que es posible ejecutarla en el tiempo establecido, ya que se cuenta con el recurso humano y material necesario, con una población meta accesible y es un tema de interés institucional, dada la alta incidencia de personas diabéticas en el cantón de Nicoya, con la ventaja que arrojará datos actualizados de ambos EBAIS centrales del Área de Salud de Nicoya.

Permitir al gerente en salud contar con información veraz y basada en la realidad del cantón, que conlleve a la toma de decisiones acertadas que se verán plasmadas en programas y proyectos viables dirigidos tanto a la población diabética como a sus

familiares y a la población en general, es el fin último de esta investigación. Así se cumple con la base fundamental de un buen gerente, al lograr la eficiencia y la eficacia de la organización.

1.3 FORMULACIÓN, DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

De acuerdo a la experiencia del trabajo con pacientes diabéticos, un 95% de los mismos, llegan descompensados a las consultas programadas por los EBAIS. Además, buen número de ellos consulta en el servicio de urgencias del Hospital de la Anexión, antes de su respectiva consulta en los EBAIS, lo cual representa para la institución un gasto a considerar, basado en la duplicidad de atención, control y tratamiento a esta población en ambos niveles.

Si cada paciente diabético que es atendido en el EBAIS recibe su tratamiento en forma individual, tomando en cuenta elementos como tipo de diabetes, exámenes bioquímicos, examen físico, entre otros. Así mismo una vez identificados y regulados, resultarían en un manejo más adecuado y dirigido para cada individuo, con glicemias dentro de los rangos normales aceptables, evitando los efectos indeseables de las variaciones en los niveles de glicemia.

Entonces, cabe preguntarse ¿ Incide el apoyo familiar, la dieta y las costumbres en el manejo de la enfermedad, en la descompensación del paciente diabético que acude a la consulta programada de los EBAIS SUROESTE y NORESTE del Área de Salud de Nicoya, durante el primer semestre del 2004?

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

GENERAL:

Analizar el apoyo familiar, la dieta y las costumbres en el manejo de la enfermedad, como factores que inciden en la descompensación del diabético que asiste a la consulta programada de los EBAIS suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya, con el fin de proponer mejoras de atención a estos pacientes.

ESPECIFICOS:

- 1- Identificar el apoyo familiar que recibe el paciente diabético descompensado que asiste a las consultas programadas de los EBAIS suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya.
- 2- Evaluar la dieta del paciente diabético descompensado que asiste a las consultas programadas de los EBAIS suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya.
- 3- Determinar las costumbres en el manejo de la enfermedad, que tiene el paciente diabético que asiste a las consultas programadas de los EBAIS suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya.
- 4- Sugerir mejoras para la atención de los pacientes diabéticos de los EBAIS suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1 EI SISTEMA DE SALUD COSTARRICENSE

2.1.1 La reforma del sector salud

En sus inicios la Reforma de Salud entró a formar parte de la Reforma del Estado, planteada a todas las naciones por los organismos internacionales en un marco estrictamente económico. Como lo plantea Miranda (23) "La reforma del sector salud es una realidad que como proyecto se desenvuelve en el campo económico de todos los países de América".

En el año 1973, se promulgó la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. El Sistema de Salud se constituyó con el Decreto Ejecutivo #14313 SPPS- Plan del 15 de febrero de 1983, conformado por : Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Ministerio de la Presidencia, Acueductos y Alcantarillados, Instituto Nacional de Seguros y la Universidad e Costa Rica.

En 1986, con el traspaso del último hospital administrado por la Junta de Protección Social de San Ramón, la CCSS asumió la total responsabilidad de proporcionar los servicios en el segundo y tercer nivel, mientras el Ministerio de Salud, aparte de cumplir con las funciones específicas de Regulación del medio ambiente, se responsabilizó de la promoción de la salud, las normas de prevención de enfermedades y la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención, es decir, en los puestos de salud, centros de salud y centros infantiles de atención integral.

En 1998 se promulgó el Decreto sobre el Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, el cual amplió el Sistema con la inclusión de las municipalidades, los servicios privados de salud, las comunidades y otras universidades con formación de profesionales en salud.

Desde finales de la década de los 90 y como parte de proceso de reforma del Sector, se retomó y fortaleció el rol Rector del Ministerio de Salud y de la CCSS.

El Ministerio de Salud se concentró en la consolidación y cumplimiento de las funciones estratégicas de rectoría a saber:

Regulación: Ambiente y Servicios de Salud.

Vigilancia de la Salud: Vigilancia Epidemiológica.

Planificación Estratégica.

Investigación y Desarrollo.

Con lo cual se pretende mejorar la equidad, eficiencia, efectividad, calidad, sostenibilidad, participación y control de los sistemas y servicios de salud.

De acuerdo a lo planteado en el Plan Nacional de Garantía de Calidad del Sector Salud 2001-2004. Con la función estratégica de regulación el Ministerio de Salud asegura que los servicios de salud se brinden con calidad, mejorando la asignación de recursos y racionalizando la inversión en salud, mediante la aplicación de dos enfoques, el estratégico y el normativo.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene la responsabilidad a partir de esta década, de proporcionar servicios de atención integral a la población en las tres modalidades de cobertura, y en igual forma administra el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), Seguro de la población cuentapropista y el Régimen de asegurados por el Estado.

En el primer nivel de atención, la CCSS dispone de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), los cuales tiene como objetivo fundamental incrementar la cobertura de servicios de atención integral a nivel primario. Sus acciones se orientan hacia la prevención de enfermedades y la atención primaria, incluyendo el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud.

En el segundo nivel de atención, la CCSS dispone de 7 hospitales regionales, 10 hospitales periféricos, y 38 clínicas tipo 3 y 4, con las cuatro especialidades básicas.

En el tercer nivel de atención se dispone de 3 hospitales nacionales generales y 6 hospitales nacionales especializados.

El nuevo modelo de atención en salud que define la reforma se caracteriza por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, cuyo énfasis está puesto en las acciones de promoción y prevención ejecutadas por el primer nivel de atención.

El sujeto de la atención pasa a ser la familia, la comunidad y el ambiente. Promovida en tres áreas:

- ❖ El auto cuidado de la salud.
- ❖ La ejecución de actividades comunales para la promoción y prevención de la salud.
- ❖ La planificación y evaluación de la gestión de los servicios de la salud.

Debido, principalmente a las graves limitaciones económicas impuestas por la crisis y por la necesidad de ampliar servicios, fueron puestos en práctica una serie de programas y políticas generales, a partir de 1990, entre las cuales destacan:

- ❖ El programa de atención primaria y el fortalecimiento constantemente con médicos generales y especialistas, los servicios ambulatorios de consulta externa de segundo y tercer nivel, en clínicas periféricas y hospitales regionales.
- ❖ La prioridad en la atención del paciente crónico y del anciano, con el apoyo del hogar y de la comunidad.
- ❖ El fortalecimiento de los niveles regionales y rurales para disminuir al máximo la referencia de pacientes a centros de mayor costo y complejidad. (23)

2.1.2 La necesidad de la prevención

Desde épocas antiguas se dice que más vale prevenir que curar, lo que plantea la gran interrogante de que si es posible realmente prevenir.

El desarrollo tecnológico y económico de las últimas tres décadas, cambió totalmente la estructura de la enfermedad y su relación con la salud.

Las enfermedades infecciosas que causaron tantas muertes en décadas pasadas, prácticamente han sido erradicadas; la morbilidad y la mortalidad de los países en vías de desarrollo se han transformado casi por completo.

El costarricense, como lo plantea Miranda (23), ya no se muere de diarrea o de sarampión, se muere de hipertensión arterial, de arterosclerosis, de accidentes vasculares, de cáncer, de muerte violenta (prevalecen los accidentes de tránsito), de malformaciones congénitas y prematuridad. Los programas para prevenir estas patologías son complejos y costosos.

El cambio en la estructura de la población con un envejecimiento progresivo, la nueva problemática social con una migración del campo a la ciudad por deterioro del sector agrícola, las duras condiciones económicas que aumentan el sector de los pobres y de los nuevos pobres, el cambio del perfil epidemiológico de morbi mortalidad de la patología, así como las nuevas expectativas de servicio que incorporan un componente tecnológico cada vez mayor con carácter imperativo, obligan a la CCSS a considerar la apertura de nuevos programas de prevención.

Tomando en cuenta que es un país que no tiene muchos recursos técnicos ni abundantes medios económicos, es necesario entonces utilizar el capital de mercado y un programa diseñado para la prevención de enfermedades.

La prevención en la diabetes es definitivamente una de las acciones de interés fundamental para todos los equipos de salud en el mundo y para las personas que ya

se hayan identificado como de alto riesgo para desarrollar la enfermedad. Afirma Colinas (5), que la prevención es la acción más importante que podemos considerar en contra de esta terrible y engañosa enfermedad.

Es fundamental comprender que la prevención de la diabetes se debe hacer en tres estadios que son diferentes en cada persona, ya que hay que prevenir situaciones que aumenten la posibilidad de desarrollar la enfermedad en pacientes que aún no la padecen, pero que son personas de alto riesgo. De igual forma en personas que ya la han desarrollado pero que aún no presentan ningún tipo de complicación y naturalmente, en individuos diabéticos de larga evolución y que ya presentan algún tipo de complicación.

Es por lo anterior, que la prevención se ha dividido en tres tipos: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

Prevención Primaria:

La prevención primaria, como lo afirma Colinas (5), consiste en una serie de medidas destinadas a modificar el estilo de vida y algunas situaciones socio-ambientales de los sujetos que tengan factores de riesgo para desarrollar la diabetes. En otras palabras, es cuestión de modificar factores de obesidad, sedentarismo, problemas de alteraciones de las grasas en la sangre, presencia de hipertensión arterial, tabaquismo, consumo de medicamentos diabético glicémicos (Cortisona otros) y nutrición no apropiadas.

La prevención primaria se podría considerar como la prevención de mayor importancia en cuanto al no desarrollo de la enfermedad, puesto que está dirigida principalmente a evitar que la enfermedad se presente clínica y sintomatológicamente y logre con esto avanzar hacia las alteraciones que posteriormente pueden llevar a lesiones irreversibles como amputaciones mayores.

La prevención primaria es sin duda la más sencilla de llevar a cabo y naturalmente se encuentra relacionada con la estructura de vida y personalidad del individuo. Se requiere realizar un esfuerzo para que se puedan llevar a cabo las medidas dietéticas y de cambio de hábitos y actitudes que son necesarias no sólo para lograr prevenir el desarrollo de la enfermedad, sino que también logren hacer que el individuo mejore en su calidad de vida y se pueda desarrollar dentro de un ámbito psicológico y social más adecuado para llevar una vida placentera y feliz.

Dentro de las actitudes que debe tomar el individuo de alto riesgo, para evitar desarrollar Diabetes Mellitus, se encuentran varias de importancia fundamental, a saber:

- ❖ Cambios en los hábitos alimentarios.
- ❖ Cambios en los hábitos físicos y de vida sedentaria

- ❖ Cambios en la personalidad y actitud hacia la vida.
- ❖ Cambios y cuidados en la ingesta de medicamentos diabéticos. (5).

Prevención Secundaria:

La prevención secundaria consiste en una serie de esfuerzos destinados a procurar la disminución de la afección en diabéticos ya diagnosticados, a prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas y a procurar retardar la progresión de la enfermedad. Este tipo de acciones se pueden obtener cuando se realiza un control adecuado de la enfermedad.

En este caso el control deberá realizarse por parte de un médico que conozca perfectamente la diabetes y que éste entrenado para su tratamiento especialmente un internista endocrinólogo.

Prevención Terciaria:

Este tipo de prevención está dirigida a pacientes ya diagnosticados y que presentan, o ya han presentado, algún tipo de complicación crónica, especialmente de los pies. Tiene como objetivo fundamental detener o retardar la progresión de estas complicaciones y evitar algunas otras que le son propias a estas personas, con el fin fundamental de evitar la incapacidad irreversible del paciente, o bien para impedir la mortalidad temprana de la que son sujetos las víctimas de esta destructiva enfermedad.

2.2 LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO

2.2.1 ¿Qué es la diabetes mellitus?

Es la más común de las enfermedades metabólicas graves en los seres humanos. La enfermedad se caracteriza por una serie de anormalidades metabólicas inducidas por hormonas, por complicaciones a largo plazo que afectan la microcirculación y que fácilmente compromete los nervios, la retina y los riñones. La lesión se localiza en los vasos sanguíneos y es una lesión en las membranas basales del endotelio vascular, demostrable por microscopía electrónica. En el término general de diabetes se encuentran una serie de síndromes, los cuales difieren tanto en sus manifestaciones clínicas como en los patrones hereditarios.

El diagnóstico de la diabetes se realiza cuando un paciente manifiesta signos y síntomas atribuibles a diuresis osmótica y al mismo tiempo demuestra que tiene hiperglicemia. Y adquiere mayor significado si este hallazgo es en ayunas.

El problema se encuentra en el paciente asintomático que por razones de riesgo es considerado como diabético, pero sus niveles sanguíneos de glucosa son normales.

Para confirmar el diagnóstico en este tipo de paciente se realiza la curva de tolerancia a la glucosa, donde se le administra una carga exógena de glucosa al paciente por vía oral y se le miden los niveles en las tres horas siguientes.

En la actualidad asociaciones internacionales de diabetes consideran diabético a personas que en ayunas presenten glicemias de 130 MG/DI o más, en dos determinaciones separadas. (4).

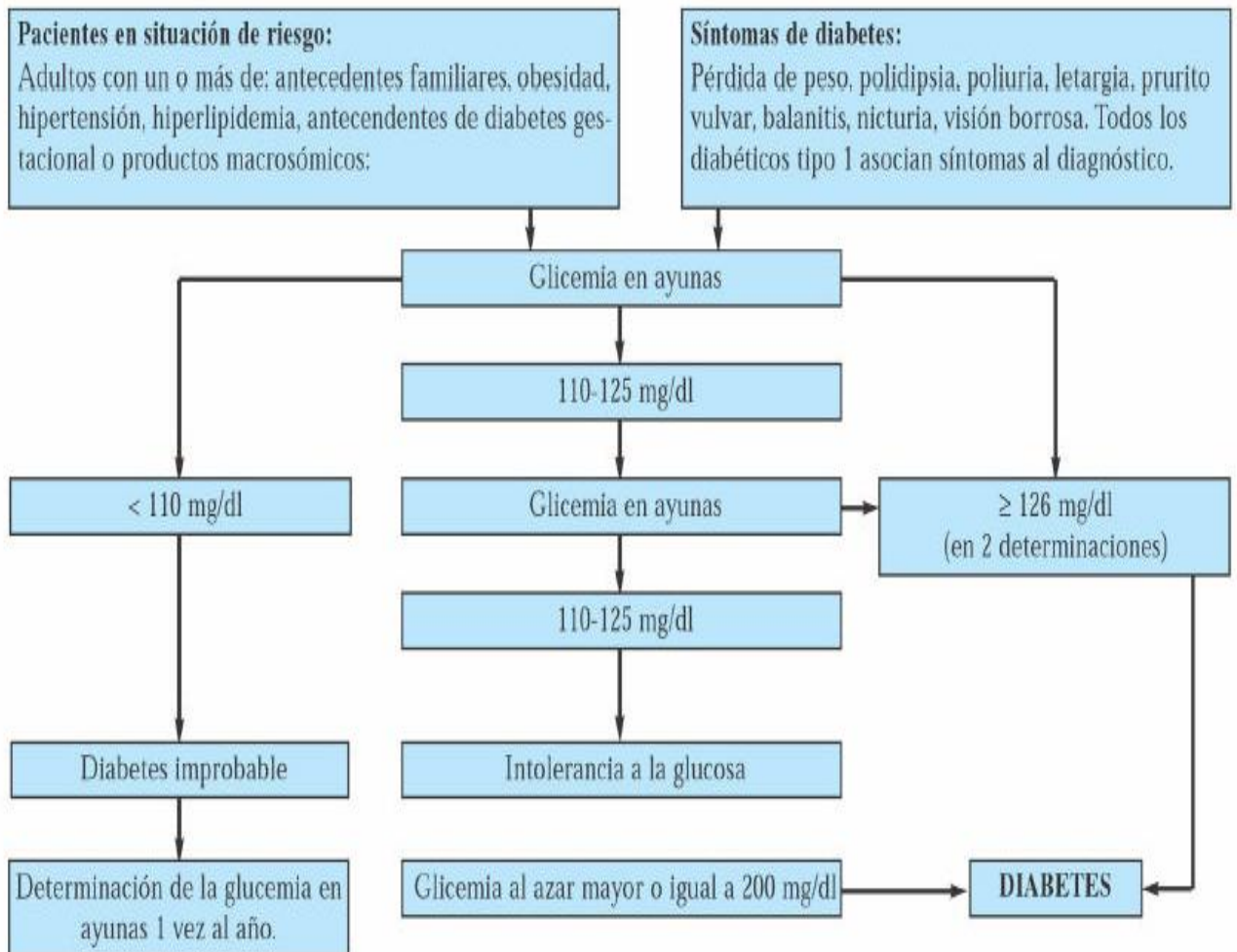
Esta prueba sirve en algunos casos para ver la propensión que tiene una persona para padecer de la enfermedad, porque excepcionalmente algunos estados de tensión pueden producir una respuesta anormal.

Se supone que la causa sea la descarga de adrenalina ya que ésta bloquea la secreción de insulina, estimula la liberación de glucagón, activa la transformación de glucógeno y disminuye la acción de la insulina en los tejidos blancos. De esta forma aumenta la producción de glucosa por el hígado y la capacidad de metabolizar una sobrecarga de glucosa queda alterada.

Aún se menciona como excepcional que la ansiedad que acompaña a las punciones venosas necesarias para la prueba puede generar suficiente adrenalina para inducir una prueba anormal. La dieta inadecuada, la falta de ejercicio físico y enfermedades concomitantes pueden dar falsos positivos.

En Costa Rica según las normas de atención se diagnostica al paciente diabético, de acuerdo a los niveles plasmáticos de glucosa de la siguiente manera:

DIAGNOSTICO BASADO EN PLASMA



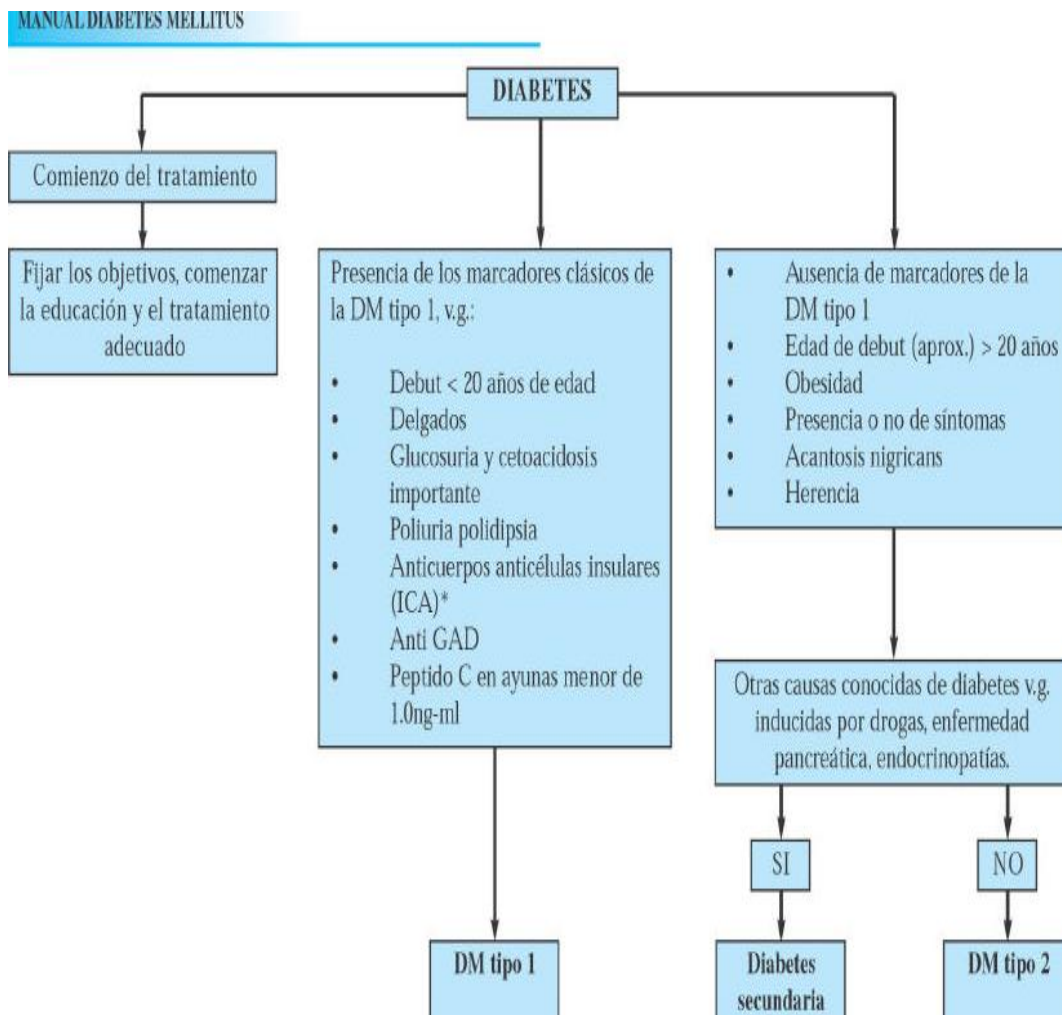
Fuente: Manual para la atención integral de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CCSS. 2002.

Como se puede apreciar el nivel de glucosa en plasma utilizado en Costa Rica es de 110 a 126 mg/dl, inclusive menor a algunos estándares internacionales.

La diabetes se clasifica en diabetes tipo 1 que es dependiente de insulina y con frecuencia llamada “juvenil”, ocurre en niños y adolescentes. La Diabetes tipo 2 que no depende necesariamente de insulina para su tratamiento, o sea se puede tratar con hipoglicemiantes orales y dieta, ocurre en mayor incidencia en adultos y adultos

mayores. En este tipo de pacientes se considera que existe un tipo de resistencia periférica a la acción de la insulina, sobre todo en personas obesas.

Según el Manual para el tratamiento integral de la diabetes tipo 2 que se utiliza en el país, se clasifica la diabetes de acuerdo a la siguiente figura:



Fuente: Manual para la atención integral de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CCSS. 2002.

Este manual anota también que la curva de tolerancia a la glucosa que se describe más adelante ya no es necesaria.

Como se puede apreciar existe la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 y las formas secundarias de diabetes que son aquellas relacionadas con enfermedad pancreática, como la que se presenta en los alcohólicos, por destrucción de las células Beta del páncreas, que son las que producen la insulina, o en otras como tumores de páncreas, o la administración de hormonas esteroideas.

Los factores genéticos definitivamente juegan un papel indiscutible en la producción de esta enfermedad.

La diabetes tipo 1 que depende de insulina, casi siempre aparece antes de los 40 años, en la niñez o en la adolescencia.

La aparición de sed, poliuria, aumento del apetito o pérdida de peso que se presentan en unos cuantos días. Una vez que los síntomas se han declarado se requiere del tratamiento con insulina.

Por su parte la tipo 2, se presenta en la segunda mitad de la vida o un poco más tarde. El paciente está excedido de peso y los síntomas empiezan en una forma más gradual y por lo general se diagnostica al llegar una persona asintomática con elevación de la glucosa en sangre. En estos casos existe una deficiencia relativa de insulina, de acuerdo al nivel de glucosa.

La hiperglicemia crónica que se produce en los que sufren esta enfermedad se asocia con daños a largo plazo, disfunción y fallas en varios órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón, y vasos sanguíneos. Los individuos que padecen de diabetes tipo 2, tienen una mayor probabilidad de presentar dislipidemias, hipertensión y obesidad.

Lo esencial de un buen control se encuentra en las normas que la CCSS tiene para tales fines y en los que claramente se califica como bueno, malo o crítico, de acuerdo al parámetro de mayor valor que es el nivel de la glucosa en sangre en ayunas, dos horas después de comer, o de acuerdo a la hemoglobina glicosilada (HbA1c).

La siguiente figura ilustra lo anterior de una manera más clara y concisa:

EVALUACION DE CONTROL

PARAMETRO	BUENO	MALO	CRITICO
GLUCEMIA EN AYUNAS (en mg/dl)	Menor de 126	Mayor de 126 y menor de 200	Mayor de 200
GLUCEMIA DOS HORAS POSTPRANDIAL (en mg/dl)	Menor de 140	Mayor de 140 y menor de 200	Mayor de 200
HbA1c (%)	Menor de 6.5	Mayor de 6.6 y menor de 9.4	Mayor de 9.5

El equipo de Salud en coordinación con el equipo de apoyo debe programar las necesidades para la realización del examen de Hemoglobina Glicosilada, las cuales deben ser incluidas en el presupuesto de cada unidad para garantizar que se contará con este método para la evaluación de la atención de la persona portadora de Diabetes.

Fuente: Manual para la atención integral de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CCSS. 2002.

Se considera las descompensaciones como un aumento mantenido del nivel de la glucosa en plasma. Se ha clasificado en descompensación simple aquella en la que la persona presenta síntomas como "orinadera" (poliuria), mucha sed (polidipsia), mucha hambre (polifagia), acompañado de deshidratación moderada (pérdida de líquidos y electrolitos), hiperglicemia (aumento en el nivel de glucosa en sangre), glucosuria (glucosa en la orina), pero sin cetonuria (presencia de cetonas en orina). Y se considera así por que una vez corregida la causa, la persona prosigue con su tratamiento habitual.

La descompensación hiperosmolar o cetoacidótica tiene la misma sintomatología; la acidosis metabólica corresponde a la presencia de cuerpos cetónicos en orina y

disminución de Ph sanguíneo, por debajo de 7.4. La descompensación es un estado de desequilibrio en las funciones metabólicas, quebrando el equilibrio normal.

Entre los factores de éxito para evitar la descompensación en las personas diabéticas está tanto el autocuidado, como la atención que reciben de parte de los sistemas de salud. La atención inadecuada de los pacientes diabéticos no solamente compromete la calidad de vida de estos pacientes, sino que lleva a una sobrecarga de los servicios de salud. Vaquero y colaboradores (38), encontraron en un estudio español que la sobreutilización que los diabéticos hacen de los servicios de urgencias hospitalarios se debe tanto a una deficiente educación como a una asistencia médica insuficiente e inadecuada en los centros de atención primaria.

Uno de los puntos más importantes a tomar en cuenta es el autocuidado. Cuando los pacientes abandonan las medidas para su cuidado adecuado y no llegan a cumplir las metas de control esperado de su enfermedad, se debe buscar respuestas en la manera en que el sistema de salud los está atendiendo, ya que muchas veces los trabajadores de salud no toman en serio, o fallan, en el proceso de enseñanza de la diabetes a sus portadores, que no reciben la educación necesaria (1).

La educación siempre es esencial en este tipo de padecimientos y no cabe la menor duda, sobre la importancia trascendental que posee que el paciente diabético sea participe activo de una educación constante y adaptada a sus condiciones de escolaridad y limitaciones para el aprendizaje, a fin de que el control de su enfermedad pueda llevarse de la mejor manera posible. La literatura médica internacional es abundante en ejemplos (8), (26), (19), (6).

Para cumplir un manejo adecuado de la diabetes, es igualmente importante que los pacientes reciban educación individualizada y grupal (3), (18) (9). Cuando cualquiera de éstas es deficitaria, el conocimiento del régimen terapéutico es inadecuado y no se logra la percepción por parte del paciente de que su buen manejo le está mejorando su calidad de vida. El autoreconocimiento (insight) del paciente para con sus enfermedades, su adherencia al tratamiento y cumplimiento de la dieta, así como el ausentismo a sus citas, son factores que inciden en el aumento de la diabetes y su repercusión en la salud pública del país (13).

2.2.2 El tratamiento de la diabetes:

El tratamiento en general de la Diabetes se lleva a cabo por medio de la educación del paciente y el cumplimiento de la dieta. Siendo estas las primeras medidas que se debe tomar en este tipo de pacientes.

Se trata de estimular un cambio hacia un estilo de vida saludable, por medio de un aumento en la actividad física, dieta y hábitos alimentarios saludables.

El tratamiento farmacológico oral o inyectable, depende del tipo de diabetes que padezca el paciente.

No se puede dejar de mencionar que el éxito del mismo se basa en la aceptación que el paciente tenga de su enfermedad y el equilibrio que se establezca entre el tratamiento médico, la dieta y el paciente. No obstante, se encuentra frecuentemente pacientes descompensados en las consultas de los diferentes EBAS lo cual es el motivo del presente estudio.

Los objetivos del tratamiento consisten en restituir el equilibrio metabólico para disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, disminuir la mortalidad y mejorar el estilo de vida. También el paciente debe saber como actuar en situaciones de urgencia (enfermedades interrecurrentes, hiperglicemia, hipoglicemia), signos y síntomas de las complicaciones agudas y crónicas, búsqueda de apoyo psicológico y participación (4) “La educación no es parte del tratamiento, es el tratamiento de la diabetes.”(4)

Respecto a la dieta como otro de los pilares fundamentales para el tratamiento del paciente diabético, las Normas de Atención aportan la siguiente figura:

PRINCIPIOS DIETETICOS

RECOMENDACIONES DIETETICAS DIARIAS	ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS
<p>Energía: Adecuadas al peso, si hay exceso restringir de 500 a 1000 Kcal por día.</p> <p>Proteínas: 10 a 20% del Valor Calórico Total (VCT)</p> <p>Carbohidratos: 50 a 60% del VCT.</p> <p>Grasas: Menos del 30% del VCT Saturadas: Menos del 10% del VCT Monoinsaturadas: 12 a 15% del VCT Poliinsaturadas: Hasta 10%</p> <p>Colesterol: Menos de 300 mg por día.</p> <p>Fibra Dietética: 20 a 30 gramos por día.</p>	<p>Evitar la ingesta de azúcares simples.</p> <p>Promover una pérdida de peso razonable en personas con sobrepeso.</p> <p>Distribuir los carbohidratos (harinas) en forma equilibrada a lo largo del día.</p> <p>Mantener constantes los horarios de comidas día con día.</p> <p>Si entre una comida principal y otra hay más de cuatro horas, indicar una merienda.</p> <p>Disminuir el consumo de frituras y de grasas saturadas.</p> <p>Promover el consumo de alimentos altos en fibra.</p>
OBJETIVOS DE LA DIETA	RECOMENDACIONES GENERALES
<p>Normalizar la glicemia y los lípidos plasmáticos.</p> <p>Reducir el exceso de peso.</p> <p>Prevenir y tratar las complicaciones agudas y crónicas.</p> <p>Mantener una dieta adecuada, que contenga todos los nutrientes necesarios diseñada en base a la disponibilidad y accesibilidad a alimentos que tenga cada familia.</p>	<p>Evitar el consumo de alcohol.</p> <p>Realizar ejercicio físico, de preferencia caminar.</p> <p>Puede utilizar edulcorantes artificiales no calóricos (aspartame y sacarina. No utilizar sacarina durante el embarazo).</p> <p>Monitorear el peso con el Índice de Masa Corporal (IMC).</p> <p>A los pacientes hipertensos limitarles la ingesta de sal.</p>

Fuente: Manual para la atención integral de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CCSS. 2002.

Respecto a los esquemas de tratamiento estos se dividen para los diabéticos obesos y no obesos de la siguiente manera:

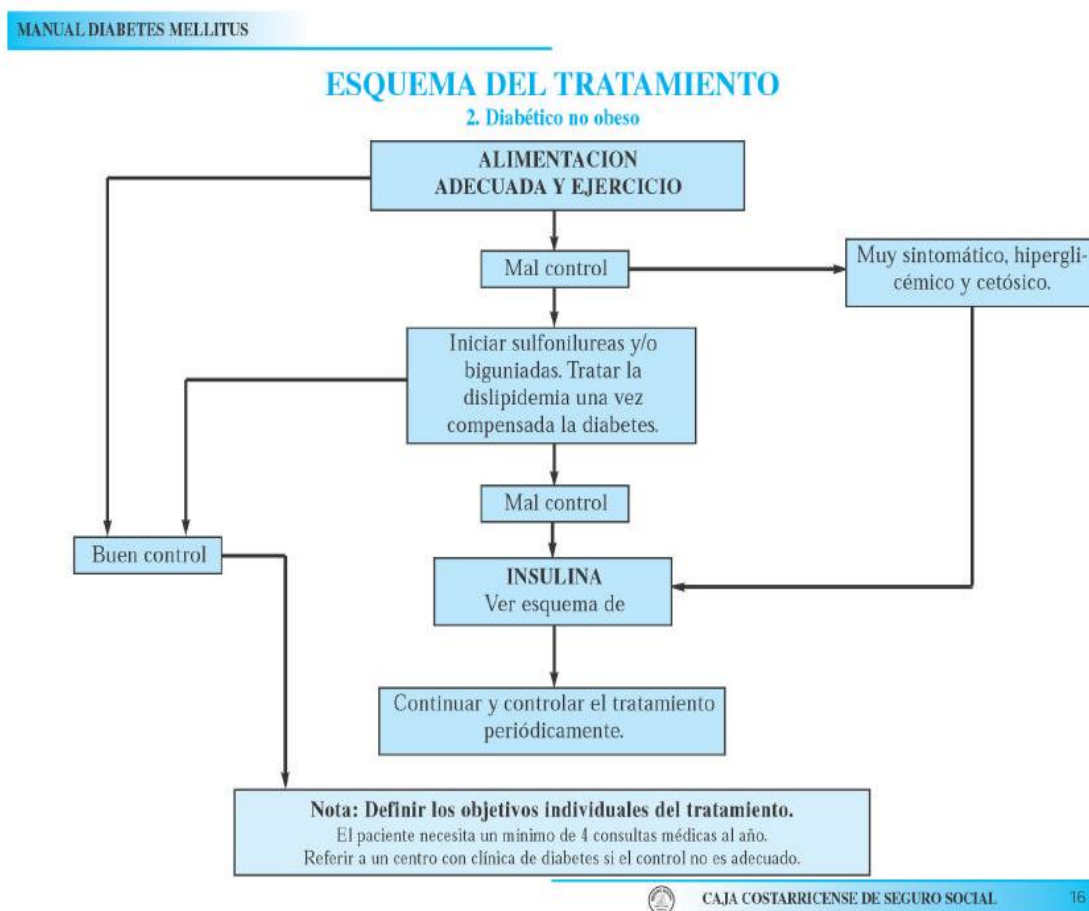
Esquema de tratamiento para el diabético obeso:



Fuente: Manual para la atención integral de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CCSS. 2002.

En el paciente obeso cobra mayor importancia la dieta, dependiendo de la aceptación de la misma por parte de la persona y los controles adecuados. Se puede lograr su manejo adecuado sin recurrir necesariamente a un tratamiento farmacológico con las ventajas que esto conlleva.

Esquema de tratamiento para los diabéticos no obesos:



Fuente: Manual para la atención integral de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CCSS. 2002.

Se observa aquí la importancia de la alimentación adecuada y el ejercicio; se agrega un buen control y esto no puede librar al paciente del tratamiento farmacológico.

Otros factores como la aceptación de la enfermedad y el apoyo familiar intervienen en este proceso.

Insulina

El tratamiento con insulina se debe aplicar a todos los pacientes diabéticos tipo 1 y muchos con enfermedad tipo 2, Así mismo, debe aplicarse a todo aquel paciente tipo 2 que no responda a la dieta y a los hipoglicemiantes orales, en vista de que al mantener los niveles de glucosa, pueden prevenir las complicaciones. Se han ideado diversas formas de tratamiento, entre ellas dosis bajas de insulina, insulina más hipoglicemiantes orales y dieta más insulina. Se utiliza el que mejor resultado obtenga.

Es importante anotar que existen dos tipos de insulina; la de acción rápida y otra de acción prolongada, ambas con indicaciones específicas.

Hipoglicemiantes Orales

Estos son medicamentos que se utilizan por vía oral en los pacientes con diabetes no dependientes de insulina (diabetes tipo 2). Hay de varios tipos. Son fáciles de usar y bastantes seguros.

Estas sustancias actúan aumentando el número de receptores en los órganos blanco y estimulando a las células beta del páncreas productoras de insulina, por lo que se utilizan en los diabéticos tipo 2.

Otros hipoglicemiantes actúan como secretagogos, que aumentan la secreción de insulina pancreática, los inhibidores de glucosidasa que disminuyen la absorción de los carbohidratos en el intestino, la tiazolidinedionas que aumentan la captación de glucosa en los tejidos y las biguanidas entre las cuales se encuentra la metformina; que disminuyen la producción de glucosa hepática. Sin embargo, el más usado es la sulfonilurea por su acción estimulante de la secreción de la insulina en el páncreas.

2.2.3 Cuidado de los pies en personas diabéticas

La neuropatía es una de las complicaciones más frecuentes y hace que sea fácil que la persona se exponga a lesiones, sin que se de cuenta de que se las está produciendo.

El pie del diabético, el cual se podría llamar como un órgano preferencial, con relación al pie de las personas que no tienen la enfermedad, puede tener varias complicaciones. La más importante es la neuropatía diabética, que es la afectación del sistema nervioso y que hace que el paciente disminuya, o pierda por completo la sensibilidad periférica.

Otra de las complicaciones en el pie del diabético, es la enfermedad arterial periférica con insuficiencia circulatoria ya que se producen obstrucciones en el trayecto de las arterias de las piernas, que no permiten que la sangre llegue hasta la punta de los dedos. Los pies van a sufrir falta de oxígeno, de nutrientes y el más mínimo trauma puede llegar a producir desde ulceraciones frecuentes, hasta tan graves como una gangrena.

La última de las complicaciones que sufre el pie del diabético son las deformaciones, que producen alteraciones para caminar y rozaduras contra los zapatos.

En los pies se debe tener una higiene diaria, al respecto Salazar (32) refiere que se debe:

- *Cambiar las medias todos los días.

- *Limpiar los zapatos por dentro y por fuera.

- *El pie, lavarlo con agua y jabón, no sumergirlo nunca en agua caliente, ni utilizar sustancias químicas que lo puedan quemar.

- *Secar muy bien el pie, para prevenir los hongos (yuyos).

- *El cuidado de las uñas nunca se debe dar durante el baño, se debe realizar cuando la piel esté seca, y que no esté tan propensa a romperse fácilmente.

- *Las herramientas de higiene para el paciente deben ser personales, nunca compartidas.

Es importante que el diabético use un zapato cómodo, como tenis, que son suaves, y con la suela gruesa. Además que sean anchos en la punta para que los dedos se acomoden bien.

Las personas diabéticas deben poner mucha atención al cuidarse las uñas de los pies y utilizar una lima de tamaño adecuado.

Las limas son muy inofensiva; el cuidado se debe dar limando la uña en forma recta, sin hacer picos. Limar los lados y las caras laterales de la uña, para que no queden picos que luego produzcan uñas encarnadas.

La prevención de las complicaciones de la diabetes se debe enfocar en factores tales como el fumado, hipertensión y aumento en los lípidos sanguíneos y no solo en los niveles de glicemia, según Zachary et al en "Clinical Highlights in Diabetes"(40). Sabemos que los niveles de lípidos en sangre en parte son debidos a la dieta de estos pacientes, lo que seria un factor importante de considerar a la hora de la atención de los pacientes.

2.2.4 Nutrición

La ciencia que estudia los alimentos, los nutrientes y otras sustancias conexas, su acción, interacción y equilibrio respecto a la salud y la enfermedad, es lo que se conoce en Costa Rica como nutrición. Estudia a la vez el proceso por el cual el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y elimina las sustancias alimentarias; de igual forma se ocupa de las consecuencias sociales, económicas, culturales y psíquicas de los alimentos y su producción.

La nutrición humana lleva a la obtención de los nutrientes adecuados mediante la alimentación, para su posterior utilización. Alimentarse es simplemente comer, pero nutrirse es comer lo indispensable para que el organismo lo procese y lo utilice en su funcionamiento normal. Una dieta adecuada asegura la energía y los nutrientes necesarios para el funcionamiento del organismo.

De lo anterior se deduce la importancia de la alimentación en el desarrollo integral del individuo. Además es importante también contar con los alimentos mínimos, ya que el desarrollo cerebral y psicosocial no pueden desligarse, debido a que forma parte de una misma unidad metabólica que interactúa estrechamente.

Refiere Marín que “en los sujetos de clase social baja, el impacto de la alimentación y la nutrición deficientes, las paupérrimas condiciones sociales y las relaciones de explotación que se establecen, contribuyen a la génesis de un síndrome llamado de multienfermedad. Polipatía que expresa la coexistencia de múltiples procesos en un sujeto, o colectividad, cuya esencia se explica en la limitante social del hombre para apropiarse del alimento y en consecuencia, de la realidad del medio que lo rodea. La multienfermedad se caracteriza por la presencia en un mismo individuo de desnutrición, infección, infestación parasitaria, retardo en el crecimiento y desarrollo mental, depresión y trastornos de la personalidad, etc.” (20)

A través del tiempo la manera de alimentarse ha cambiado, y es diferente entre un pueblo y otro. Hay evidencia de que el hombre tiende a ingerir una dieta equilibrada y suficiente.

El tipo de alimentación y la forma de hacerlo varían de una región a otra y entre las diferentes familias, ya que existen muchos estilos alimentarios. Aunque algunas veces se puedan identificar ciertas ventajas y desventajas, no es posible jerarquizarlas ni uniformarlas, ya que es esa variedad la que enriquece y acrecienta el patrimonio cultural de la humanidad. En los diferentes patrones alimentarios se resume una buena parte de la historia de cada pueblo; su manera de ser y de pensar y el equilibrio que a través de siglos alcanzan con su medio.

Existen diferentes factores que influyen en la forma y el tipo de alimentación, donde los hábitos y las costumbres ocupan un lugar importante, pero hay que destacar otros como los geográficos, tecnológicos, económicos, filosóficos, religiosos e

individuales. A pesar de la variedad de los aspectos citados, estos interactúan de tal manera que las dietas autóctonas de cada pueblo satisfacen en su mayoría las necesidades biológicas.

El cambio de los valores culturales y de las normas sociales tradicionales, son elementos que también conducen a cambios en el comportamiento alimentario.

En todos los países del mundo, principalmente en las grandes ciudades y en aquellas comunidades que no guardan sus tradiciones ancestrales, los hábitos y costumbres de alimentarse han ido cambiando, pasando de una dieta natural, balanceada, hacia una dieta más industrializada y en muchos casos menos nutritivas, donde sobresalen las “comidas rápidas”.

Al respecto comenta Sazón: “El progreso y la expansión de los restaurantes de comidas rápidas, especialmente en las zonas urbanas del mundo y entre las clases más desposeídas, ha influenciado notablemente en la adquisición de estos nuevos hábitos. En este tipo de restaurantes el consumidor aprecia la moderación de los precios de las comidas y la constancia en la calidad de los productos. La limpieza y la higiene de los locales y la rapidez del servicio favorecen también la extensión de esta forma de alimentación que no obedece a una moda, sino que se considera como un fenómeno de civilización. Sin embargo, los investigadores, médicos y nutriólogos, no consideran conveniente este tipo de alimentación cuando constituye el único tipo de comida diaria, debido a que en general, tiene un alto contenido de ácidos grasos saturados y un bajo porcentaje de calcio, fibras y vitaminas A y C.... Finalmente, de la comida rápida puede decirse que es capaz de modificar las dietas y los comportamientos alimentarios” (34).

Cuando el factor económico no es una limitante, las personas por lo general comen mucho y mal, ya que el alcohol, los refrescos gaseosos y las grasas ocultas en los productos elaborados aportan a las personas, lo que los nutricionistas conocen como “calorías vacías”, ya que estos productos carecen de muchos nutrientes y aportan mucha energía.

Debido a la amplia oferta de alimentos y los factores altamente condicionantes como la propaganda comercial, han surgido una serie de enfermedades asociadas a la alimentación desbalanceada.

Sobre este tema Marín comenta; “En realidad no se puede afirmar de manera categórica que la dieta sea la causa de las enfermedades crónicas, con excepción de la obesidad en la mayoría de los casos; lo que sí se aprueba es que la dieta es uno de los factores predisponentes. Las enfermedades crónicas como la insuficiencia coronaria, y los problemas cardiovasculares asociados, la diabetes, la obesidad, los cálculos biliares, la caries y el cáncer, por ejemplo, tienen un origen multifactorial... Paradójicamente, a pesar de que el promedio de vida a nivel mundial ha aumentado considerablemente, las enfermedades crónico-degenerativas son la primera causa de muerte en muchos países industrializados como Estados Unidos,

Inglaterra, Japón y otros, en personas apenas mayores de cuarenta años, es decir, en personas bastante jóvenes”(20).

Por otra parte estudios realizados por Pinckoc, (27), afirman que tratar a los diabéticos con la dieta solamente trae más complicaciones. Esto comprueba que existen otros factores contribuyentes para el tratamiento de esta enfermedad.

2.3 LA PERSONA DIABÉTICA Y LA DIETA

La diabetes es una patología con un alto componente hereditario y causas multifactoriales.

“La nutrición, el ejercicio y el tratamiento médico, son los pilares básicos en los cuales debe apoyarse el tratamiento de esta patología crónica. El monitoreo de la glicemia, la hemoglobina glicosilada, lípidos, presión sanguínea y función renal son esenciales para evaluar el estado nutricional del paciente y su progreso. El objetivo principal de toda terapia nutricional para la diabetes es lograr un mejor control metabólico a través de cambios en el estilo de vida (actividad física) y en los hábitos alimentarios” (39).

La terapia nutricional para el diabético es parte integral de su tratamiento que se debe llevar mediante el manejo en equipo. Una nutrición efectiva para el paciente requiere de un enfoque individualizado.

El énfasis debe estar en lograr los niveles adecuados de glicemia, lípidos y presión sanguínea. Son muchos los estudios clínicos que han demostrado la efectividad de la dieta y el ejercicio en la prevención de la diabetes tipo 2, en individuos de alto riesgo. Los estudios también muestran que pequeñas pérdidas de peso mejoran el metabolismo de la glucosa. (39).

Un mito común en la alimentación de una persona diabética dice que deben eliminarse las "harinas" de su dieta, cuando en realidad la cantidad de carbohidratos que un diabético puede consumir al día va a depender de su requerimiento calórico. Su plan de tratamiento comprende dieta que le haya sido prescrita y si debe o no inyectarse insulina.

Las "harinas", o carbohidratos complejos, se encuentran principalmente en los panes, los granos como el arroz, los cereales, las pastas y las verduras harinosas como la papa y la yuca. Ya que éstos proporcionan energía, vitaminas, minerales y fibra, es importante incluirlos en los tiempos de comida más fuertes. Es preferible comer aquellos que son de grano entero, o integrales, ya que aportan una mayor cantidad de fibra que hace más lenta la absorción.

Von Saalfeld recomienda para una persona diabética “un consumo de fibra igual al de la población general, es decir de 20-35 g diarios. Aunque determinados tipos de fibras solubles son capaces de impedir la absorción de glucosa por parte del intestino delgado, con las cantidades consumidas en la dieta normal, el impacto en la glucemia es probablemente insignificante”(39).

Con relación al consumo de azúcar simple, se tiene la creencia de que debe ser eliminada de la dieta de un diabético. Sin embargo mientras exista un adecuado suministro de insulina para metabolizarla, una persona con diabetes puede ingerir cantidades moderadas de azúcar.

Se ha demostrado que la papa y el pan blanco, por ejemplo, producen un aumento de la glucemia similar al que produce la sacarosa; mientras las frutas y la leche tienen menor efecto en el aumento de la glucemia que la mayoría de los almidones.

Con relación a la fructosa, ésta produce una menor elevación de la glucemia que la sacarosa y que la mayoría de los almidones, pero debido a sus posibles efectos adversos sobre los niveles de colesterol sérico y colesterol LDL, se recomienda moderar su consumo.

Los alcoholes del azúcar (polioles) como el xilitol y el sorbitol, producen una respuesta glucémica menor que la sacarosa y muchos almidones. Poseen aproximadamente 2 Kcal. por gramo y pueden ser usados en pacientes diabéticos, teniendo en cuenta que en altas dosis podrían llegar a tener un efecto laxante.

El alcohol si es ingerido fuera de las comidas, puede provocar hipoglucemia, por lo que se aconseja consumirlo siempre junto con la comida. Si se usa moderadamente y junto con las comidas, no provoca grandes variaciones en la glucemia.

Recomienda Von Saalfeld que “ya no es necesario preparar platillos por separado, "especiales", para los miembros diabéticos de una familia. Hoy en día, tanto el público como la comunidad médica se ha percatado de lo importante que es una dieta balanceada para mantener la salud en general, a la vez que se reconoce que los principios recomendados en una dieta sana para un diabético son muy similares a lo que deberían consumir todos”(39).

Una dieta adecuada estabiliza el peso corporal a niveles ideales y a la vez reduce la hiperglicemia y protege contra la hipoglicemia (niveles bajos de azúcar en sangre) en aquellos pacientes que requieren tratamientos coadyuvantes, como la insulina o los hipoglicemiantes orales.

Según estudios realizados en adultos, la dieta por si sola no ha mostrado ser una solución para la diabetes tipo 2. Sin embargo, la misma en unión a otros factores como el ejercicio ha mostrado resultados positivos en la hemoglobina glicosilada. (1).

2.3.1 ¿Qué comer si se es diabético?

Se puede ayudar a controlar el azúcar sanguíneo (glicemia) y la diabetes, comiendo alimentos sanos, haciendo suficiente ejercicio y manteniendo un peso saludable. Para modificar la dieta es recomendable seguir ciertas pautas:

Cuando a una persona con diabetes se le recomienda como tratamiento “hacer dieta”, significa que debe seguir una alimentación variada y saludable para controlar la glicemia. No significa dejar de comer, pasar hambre, saltarse tiempos de comida o comer solo verduras y fruta, tampoco tener que comprar alimentos caros ni dejar de comer harinas.

Una alimentación variada y saludable incluye alimentos diversos como queso, harinas, verduras, hortalizas, pollo, entre otros.

Todas las personas tengan o no diabetes, necesitan el azúcar que aportan los alimentos con el fin de obtener energía; lo importante es saber escoger adecuadamente los alimentos que contienen azúcar de absorción lenta, que son los que contienen “barreras” dentro del mismo alimento, como pueden ser: fibra dietética, proteína o grasa, permitiendo que ésta entre lentamente en el cuerpo sin producir elevaciones rápidas de azúcar.

La cantidad de azúcar que aportan los diferentes alimentos varía de uno a otro, así por ejemplo:

Alimentos Harinosos →	Produce en el cuerpo el equivalente a →	3 cucharaditas de azúcar lenta
Leche o Yogur →	Produce en el cuerpo el equivalente a →	3 cucharaditas de azúcar lenta
Frutas →	Produce en el cuerpo el equivalente a →	3 cucharaditas de azúcar lenta
Vegetales no Harinosos →	Produce en el cuerpo el equivalente a →	1 cucharadita de azúcar lenta
Carne, queso, Huevos, grasa →	No producen azúcar dentro del cuerpo	

Las harinas o alimentos harinosos forman parte de la alimentación diaria de todas las personas, incluyendo las que tienen diabetes. Las harinas le dan al cuerpo la energía necesaria para vivir, por lo que deben incluirse en cantidades adecuadas en cada tiempo de comida.

Las personas con diabetes nunca deben olvidar el incluir alimentos harinosos en cada tiempo de comida, para evitar que el azúcar en la sangre se baje más de lo normal.

La insulina que circula en la sangre necesita actuar sobre los azúcares que contienen los alimentos harinosos. Si las personas con diabetes (especialmente las que se inyectan insulina) no comen alimentos harinosos, pueden sufrir repentinamente bajonazos de azúcar (hipoglicemias), que podrían ser peligrosos para su salud.

Las personas que tienen diabetes necesitan comer alimentos cada 3½ o 4 horas, lo que significa que si entre una comida y otra hay más de 4 horas, será necesario incluir una pequeña merienda entre esos tiempos de comida, para evitar hipoglicemias.

La alimentación de las personas con diabetes y la de sus familias debe tener las siguientes cuatro características:

- ◆ Saludable
- ◆ Variada
- ◆ En cantidad adecuada
- ◆ Y con un horario fijo. (20)

Comidas saludables:

Se llaman saludables a las comidas que tienen alimentos que “proporcionan salud” y que además previene la aparición de algunas enfermedades en el futuro y ayudan a curar o controlar alguna enfermedad. Las comidas saludables son aquellas que contienen:

- ◆ Más fibra
- ◆ Menos sal
- ◆ Cantidades moderadas de aceite
- ◆ Menos grasa dura
- ◆ Menos colesterol
- ◆ Menos azúcar de absorción rápida

Comidas variadas:

La variedad en las comidas se refiere a la combinación de los diferentes alimentos en las comidas, con el fin de obtener las diversas sustancias alimenticias que el cuerpo necesita para su funcionamiento normal, como son vitaminas, minerales, carbohidratos, proteínas y grasas.

Cantidad adecuada:

Una de las preocupaciones de las personas con diabetes es saber qué cantidad o porción se puede comer de cada alimento. Se entiende como porciones “Las cantidades diarias de nutrimentos que las personas necesitan consumir en determinado lapso de tiempo” (20). En la población diabética la principal duda se refiere a “cuántas harinas se pueden comer al día”.

Es importante aclarar que las personas tienen necesidades diferentes, por lo que cada una necesita diferentes cantidades de harina.

La cantidad de diaria de harina que debe comer una persona depende de la edad, el peso, el sexo y la actividad que realiza.

Es fundamental incluir harinas todos los días y en cada tiempo de comida, pero en el caso de las personas con diabetes debe recordarse que, como su páncreas está “haragán”, los alimentos deben organizarse de tal forma que en cada tiempo de comida exista un poquito de harinas, además de algún guiso, picadillo, sopa o ensalada de vegetales que actúen como barreras (20).

Horario fijo:

Mantener un horario constante de comidas es fundamental en el plan de alimentación de todas las personas, principalmente en el de las personas con diabetes. Se recomiendan tres comidas principales (desayuno, almuerzo y comida) y una o dos meriendas (a media mañana y a media tarde).

Esas meriendas serán necesarias solo si hay más de cuatro horas entre un tiempo de comida principal y otro; de no ser así no será necesario realizar una merienda.

Las personas que se inyectan insulina NPH (insulina lenta) deben hacer una pequeña merienda antes de acostarse, para evitar que se presenten hipoglicemias durante la noche o madrugada.

Para modificar la dieta no solo del paciente diabético sino de toda la familia por una más saludable es importante tener claro ciertos conceptos relacionados con el tema de la dieta:

1-Cereales, leguminosas y verduras harinosas:

Este grupo de alimentos le proporcionan al organismo los carbohidratos que dan la energía, además de la proteína necesaria para construir y reparar los tejidos. Es importante comer los cereales y las leguminosas lo menos refinados posibles ya que de esta forma, proporcionan más fibra, vitaminas y minerales. (22) Lo ideal es comer de 6 a 11 porciones diarias, de acuerdo a la dieta prescrita.

2-Vegetales:

Las verduras son sanas para todos, incluyendo las personas con diabetes. Es importante consumir verduras crudas y cocidas todos los días. Las verduras tienen

pocas calorías y le proporcionan vitaminas, minerales y fibra comestible, necesarias para regular las funciones del organismo (22). Lo ideal es comer de 3 a 5 porciones diarias.

3-Frutas:

Las frutas también son saludables para todos, incluyendo las personas con diabetes. Las frutas le proporcionan energía, vitaminas y minerales, y fibra comestible. Se recomienda ingerir de 2 a 4 porciones diarias.

4-Leche

La leche y el yogurt sin grasa o bajo en grasa son saludables porque le proporcionan energía, proteínas, calcio, vitamina A, así como otras vitaminas y minerales. Lo ideal es consumir de 2 a 4 porciones diarias.

5-Carnes:

Los alimentos con proteínas (carnes y tofu) ayudan al organismo a reconstruir los tejidos y los músculos. También le proporcionan vitaminas y minerales. Lo recomendable es ingerir de 2 a 3 porciones diarias.

6-Grasas y aceite:

Las grasas y los aceites ocupan la cúspide de la pirámide de los alimentos. Esto indica que se debe comer pequeñas cantidades de grasa y aceites porque contienen muchas calorías. Algunas grasas y aceites también contienen grasas saturadas y colesterol, los cuales si se consumen en grandes cantidades, pueden perjudicar la salud.

7-Dulces:

Para saciar los gustos por los dulces, se puede comer una porción de helado o yogurt sin grasa, refresco dietético o una bebida de chocolate caliente sin azúcar, (11) como parte del valor calórico de la dieta.

2.4 COSTUMBRES EN EL MANEJO DEL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS

Antes de profundizar en el tema de las costumbres es importante aclarar que éstas forman parte de la cultura de los pueblos. Se entiende como cultura: “el conjunto de elementos de índole material o espiritual que incluye los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, los usos y costumbres, entre otros, y todos los hábitos adquiridos por las personas, como miembros de la sociedad” (21).

2.4.1 Mitos en el manejo de la diabetes

El diccionario define a los mitos como “conjuntos de creencias e imágenes idealizadas sobre personajes o fenómenos”. Más allá de la definición académica, lo cierto es que los mitos están presentes en distintos ámbitos de la vida humana. La diabetes, tantas veces ligada a la discapacidad y a lo prohibido, es una de las áreas en las que ellos abundan. Reconocer su existencia es el primer paso en el proceso para erradicarlos y junto con ellos, a sus efectos negativos.

Los mitos más arraigados en torno al manejo de la diabetes, según estudios realizados en varios países son los siguientes:

❖ **Las personas diabéticas tienen prohibidas las 3 P (pan, pastas, y postres)**

Durante mucho tiempo, la única herramienta con la que contaba el médico para controlar la diabetes de sus pacientes era la dieta. En los primeros años del siglo XX dieta era sinónimo de privación alimenticia: se indicaban planes de comidas que contenían cantidades mínimas de frutas y verduras para los pacientes con tendencia a la cetoacidosis.

El avance en los conocimientos científicos aclaró muchos conceptos y la dieta, sin perder su importancia, no sólo se modificó –ampliándose– sino que dejó de ser el único recurso disponible para controlar la glucemia. En lo que hace específicamente a los planes alimentarios para los pacientes con diabetes, se elaboraron nuevas dietas con la inclusión de alimentos representantes de cada uno de los estratos de la pirámide alimentaria, dada su importancia para el adecuado equilibrio metabólico y salud del diabético.

Las **3 P** (pan, pastas y postres), se caracterizan por la presencia de proporciones importantes de hidratos de carbono, que elevan la glicemia, tienen elevado valor calórico y muy bajo aporte de fibras alimentarias. No obstante, en cantidades equilibradas con el resto de los alimentos que integran los grupos básicos, el diabético puede consumir las supuestamente “prohibidas” **3 P**, según su composición y el grado de control glucémico existente.

❖ **¿Será contagiosa la diabetes?**

Si pensamos que en ciertas familias muchos de sus miembros son diabéticos, no es de extrañar que el “fantasma del contagio” sea otro de los mitos generados en torno a la diabetes. En la actualidad está reconocido que se trata de una afección endocrina, con un componente hereditario importante, que explica el hecho de que padres, primos y abuelos hayan padecido o padezcan la enfermedad. Por lo tanto,

cualquier intento de discriminar o evitar el contacto con diabéticos por temor al contagio carece de sustento racional y resulta inaceptable en nuestros días.

❖ **Los niños y adolescentes diabéticos deben practicar menos actividad física**

Los familiares e incluso algunos profesores de niños con diabetes pueden considerar al pequeño paciente como candidato a un trato diferente al de otros niños, en lo que respecta a la práctica de ejercicios físicos y deportes. Nada más alejado de la realidad: los expertos consideran que el ejercicio constituye –junto con un plan de comidas y la terapia con insulina–, la base del tratamiento de la diabetes tipo 1. Sin embargo, es importante recordar la importancia de verificar los niveles de glucemia antes y después del ejercicio y adoptar los recaudos necesarios (consumo de colaciones) para evitar episodios de hipoglucemia.

❖ **Si el médico indica aumentar la dosis de insulina es porque la diabetes ha empeorado**

A lo largo de la vida, las necesidades de un individuo cambian. Así sucede también con los requerimientos de insulina. Es necesario recordar que el objetivo central en la diabetes es mantener un adecuado control glucémico. Por este motivo el médico irá modificando las dosis o el tipo de insulina, en función de los requerimientos transitorios o definitivos que pueda tener cada paciente en particular. Negarse a aceptar incrementos de dosis, en el intento de demostrar a los demás y a sí mismo que nada ha cambiado, resulta una actitud negligente y peligrosa. Asociar aumento de la dosis con “agravamiento” es otro de los mitos que deben ser desterrados.

Buena parte de los mitos que persisten en torno a la diabetes son producto de la desinformación. Es tan grave carecer de información como aceptar como cierta cualquier información. Ante la duda, la consulta al profesional que está a cargo de su tratamiento dará la respuesta más adecuada a sus interrogantes e indicará a qué material recurrir para ampliar la información de su interés.

2.4.2 Elementos necesarios para la valoración del paciente diabético

Cuando se asume la atención de pacientes crónicos, en este caso de diabéticos, Poveda afirma que debe iniciarse con la valoración del paciente, tomado en cuenta algunos aspectos muy importantes como:

1-Tipo de enfermedad y repercusión para la persona en las diferentes esferas de su vida (personal, familiar y social).

2-Vivencia de la incapacidad por parte del paciente y de su familia. Debe valorarse la existencia de ansiedad, sentimientos de desvalorización, de estigmatización, hostilidad, temor a la enfermedad y a sus consecuencias.

3-Creencias y valores personales y familiares. La capacidad de adaptación a la situación de irreversibilidad y la intención de hacerle frente de una manera activa y positiva, viene en parte determinada por las propias creencias y conceptos acerca de lo que es importante y lo que es accesorio (concepto de salud y bienestar, belleza, creencia en una vida posterior que compensa los sufrimientos actuales, etc.)

4-Limitaciones existentes para afrontar la incapacidad. Falsas creencias, falta de apoyo, aislamiento social voluntario o involuntario, falta de conocimientos, situación de precariedad económica, situación geográfica de aislamiento o lejanía de los centros asistenciales.

5-Sistema de apoyo que dispone la persona y la familia. Deben valorarse los recursos de apoyo naturales y organizados que pueden ayudar a los enfermos. (28)

La relación que se establece entre el profesional de la salud, en este caso entre los miembros de los EBAIS y el enfermo diabético, tiene una gran importancia. Afirma Poveda que el paciente en este encuentro deposita en el personal sanitario una serie de "productos" (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación) y espera del personal sanitario el reconocimiento de "su" enfermedad y de "él mismo" como persona diabética.(28)

Es importante conocer entonces las posibles reacciones del paciente ante su enfermedad y también cómo puede reaccionar el profesional sanitario.

2.4.3 Reacciones del paciente frente a la enfermedad.

1-Reacciones de huida o negación: El paciente puede hacer una negación total de su padecimiento e intentar normalizar su vida. El enfermo crónico puede también hacer una negación de su diagnóstico. En la medida en que el proceso crónico es más asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo. El funcionario de salud puede detectarla por las consultas típicamente en "rachas", con largos periodos en los que el paciente "desaparece".

2-Reacciones de agresión o rechazo activo: el enfermo crónico raramente expresa sin rodeos su agresividad a los funcionarios de salud; sin embargo fuera de la consulta, puede ser más franco. Por ejemplo, expresar "¿qué se habrán creído?, decime que tengo que comer sin sal!; " es un médico muy malo porque solo sabe tratar el azúcar con insulina". Un patrón de conducta relativamente frecuente es el "pasivo-agresivo". El funcionario de salud podría detectar este patrón de conducta a través de una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones del

profesional de la salud como pérdida de recetas, olvidar las citas, cambiar las dosis de los medicamentos. etc.

3. Reacciones de racionalización: el paciente apoya su conducta en argumentos o razones. Los pacientes crónicos pueden reinterpretar su enfermedad para justificar su conducta. Ej.: creen que si se inyectan insulina cada vez serán más diabéticos.

Estas reacciones del paciente ante su enfermedad, muchas veces hacen que el paciente desarrolle una actitud disfuncional. Según Poveda, las de mayor interés son:

1-Paciente desconfiado: está tenso, ansioso e inseguro. Sospecha de todo y a cada situación busca significados. Puede mostrarse pasivo, reservado, contestando con monosílabos. Ej.: "¿No sería mejor que me enviara al especialista?", "otras veces me han dado pinchazos".

2-Paciente agresivo: se muestra cortante, maleducado, reivindicativo. Es una actitud que genera irritación y enfado. El paciente parece que intenta provocar una espiral de mutuas agresiones y por desgracia, muchas veces lo consigue. Ej.: "¿Qué le trae a la consulta?", responde "Usted tiene que saberlo, para eso es medico".

3. Paciente manipulador: exige actuaciones precisas seduciendo al profesional mediante halagos y utilizando una relación exquisita, Intenta conseguir un determinado fármaco.

4. Paciente regresivo: se pone totalmente en las manos del equipo de salud y se desresponsabiliza de su proceso curativo.(28)

2.4.4 Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica.

El diagnóstico de enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida del paciente, teniendo repercusión sobre su área personal, familiar y social.

1 Área Personal:

El individuo presenta:

- ❖ Malestar físico y emocional.
- ❖ Cambios en los patrones de sexualidad.
- ❖ Pérdida de la independencia.
- ❖ Modificaciones en la escala de valores y filosofía de la vida.
- ❖ Pérdida de autoestima.
- ❖ Miedo a lo desconocido.
- ❖ Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

2 Área Familiar:

Se produce una pérdida del equilibrio familiar. Se manifiesta por:

- ❖ Pérdida del rol habitual del enfermo.
- ❖ Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- ❖ Separación del entorno familiar.
- ❖ Problemas de comunicación.

3 Área Social:

Los problemas que surgen son:

- ❖ Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- ❖ Aislamiento social.
- ❖ Cambio en el nivel socioeconómico.
- ❖ Cambio en la utilización del tiempo libre.

Según Grijales, en un estudio reciente realizado por la Universidad de California, EUA, entre latinos en California revela que el 71% de los encuestados tienen dudas sobre el beneficio de la insulina en diabéticos, con 17% indicando que creen que causa daño. Algunos investigadores consideran que el miedo a la insulina es un obstáculo más serio que la falta de recursos económicos para que muchos busquen tratamiento para la diabetes. (11)

Según esta misma investigación se encontró también que este grupo de la población tiene dudas acerca de las causas de la diabetes, de la posibilidad de cura y la manera de obtener una prueba para determinar si tienen esta enfermedad.

El enojo, la preocupación, la tristeza o sustos fuertes tienen algo que ver con el inicio de la diabetes. Aunque los expertos consideran que estas emociones no causan esta enfermedad, las tensiones pueden empeorar la condición de la persona quien desconoce que ya tiene diabetes, provocando una crisis que conlleva a su diagnóstico.

La mayoría de los encuestados cree que la diabetes se puede curar; solo el 38% piensan que la diabetes no tiene cura. Sin embargo, otro estudio reciente mostró que la incidencia de diabetes tipo 2 puede reducirse en un período de 3 años en un 58% en una población de antecedentes diversos, gracias a cambios marcados en el estilo de vida, incluso realizar 30 minutos de actividad física moderada casi todos los días, perder 7% del peso corporal y comer una alimentación con poca grasa.

2.5 PAPEL DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES

2.5.1 Familia

El concepto de familia ha sido objeto de múltiples definiciones, desde muy diversos ámbitos del conocimiento humano (Gramática, Antropología, Psicología, Etnología, Biología, Filosofía, etc.).

La familia es una institución indisolublemente unida al modelo de sociedad en la que se ubique. En la sociedad occidental está vigente un tipo de familia patriarcal y monogámica, cuya estructura difiere mucho de la de familias de otras partes del mundo.

Sin embargo, la naturaleza de la institución ha sufrido importantes alteraciones en un periodo de tiempo relativamente corto. Esto se debe a que la estructura y finalidades familiares han ido evolucionando al mismo tiempo que lo hace la sociedad.

Tales alteraciones han sido teorizadas y encuadradas en un proceso que según Sánchez, se conoce como el “paso de la familia extensa a la nuclear”, caracterizado por:

- Ser una *realidad secularizada*. La familia ha roto su vínculo con la iglesia y ha adoptado otro nuevo de naturaleza puramente humana, basado en el amor y el respeto.
- En consecuencia, ha *cambiado el concepto de matrimonio*, que ahora se basa en una decisión personal y no en una obligación moral.
- En su estructura interna, se pone fin a la interdependencia que había en la “familia tradicional”. Sus miembros son más *individualistas*, tratan de buscar su realización personal y la satisfacción de sus necesidades afectivas, sexuales, de seguridad, etc.
- *Los roles de los miembros son más flexibles* que los de los componentes de la “familia tradicional”. Tampoco la jerarquía está tan marcada ni obedece a los mismo fundamentos (ahora son económicos).
- En cuanto a la ideología, la “familia moderna” es *más tolerante* con las opciones que eligen sus miembros y muestra, en general, un talante más democrático y dialogador.
- También se aprecia una *delegación de funciones* en otros estamentos sociales, como la escuela”. (33)

2.5.2 Función educadora de la familia

La familia es, en todas las sociedades, la primera escuela del ser humano. En su seno se adquieren conocimientos básicos sobre la cultura, los primeros hábitos, conductas, etc. Este tipo enseñanzas pueden ser de dos tipos: involuntarias, es decir, mediante la observación, o pueden realizarse con la intención de propiciar el

aprendizaje de un contenido específico, encaminado a satisfacer un objetivo prefijado parte del adulto.

Cuando se trata de enseñanzas involuntarias, la acción educadora de la familia gira en torno a tres ejes:

- ↪ Los puntos de referencia: los adultos se convierten, ante los ojos del niño, en modelos generales de conducta. También se pueden fijar referencias en las normas y valores que impregnan la vida familiar.
- ↪ El ejemplo: en muchas ocasiones, el menor, encuentra en la conducta de los seres más próximos patrones puntuales para aplicar a situaciones inéditas (una discusión, un agradecimiento...).
- ↪ El amor: que condicionará a los dos anteriores. La presencia de amor en el ambiente familiar hará que los puntos de referencia sean la madre, el padre, hermanos... Y no personas ajenas a la familia o personajes de televisión, etc.

Son varios los motivos por los cuales es necesaria e importante la educación familiar, a continuación tres de los más sobresalientes:

1. **Biológicamente.**- Todo niño nace absolutamente inseguro, necesitado e incompleto.
2. **Psicológicamente.**- En la medida en que un cerebro está más evolucionado, más tiempo necesita para educarse y desarrollarse hasta llegar a la edad adulta. Porque tiene mayor número de zonas finas en toda su personalidad. No puede vivir sin la ayuda del adulto, sin la formación. Su autonomía la alcanzará tras un largo proceso: lactancia, niñez, adolescencia. No basta el hecho biológico. Necesita desarrollar su inteligencia, voluntad, armonía, autonomía y autoestima. Nadie es nada si no se quiere a si mismo y nadie que no se quiera a si mismo puede querer a los demás. La autoestima es el motor del hombre. Esto solo lo logra al interior de su familia. Los niños que crecen privados de un ambiente familiar, aunque crezcan físicamente, las deficiencias: psicológicas, afectivas, emocionales intelectuales y sociales son clarísimas.
3. **Sociológicamente.**- La presencia de los padres es imprescindible. El niño aprende a saber quién es a partir de su relación con sus padres y demás personas que lo quieren. Nadie puede descubrirse a si mismo si no hay un contexto de amor y de valoración.

2.5.3 Función socializadora de la familia

Educar y socializar son acciones difícilmente separables en la realidad. Ambas se dan simultánea y conjuntamente en la educación familiar.

Es así como la familia se encarga de la “socialización primaria” del sujeto, mediante la transmisión de valores, normas, conductas, etc., necesarios para desenvolverse

en la sociedad. Esta primera socialización, servirá de base al siguiente nivel de integración comunitaria: la “socialización secundaria”, en la que intervendrán la escuela, el grupo de pares y, en menor medida, la familia.

2.5.4 La familia frente a la enfermedad de uno de sus miembros

a-La familia como sistema de apoyo:

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos. Es un elemento que el funcionario de salud deberá tener en cuenta en el proceso de atención.

La familia presenta una serie de características que ayudan a su definición:

La familia como sistema social universal: en todas las sociedades, el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.

La familia como macrocosmos social: en la familia se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo, etc.

La familia como sistema abierto: un sistema es un conjunto de partes o unidades que conforman un todo complejo y estructurado. En la familia, los miembros constituyen las unidades que forman subsistemas (subsistema conyugal, subsistema hermanos, subsistema abuelos) que configuran el sistema familiar. La familia es un sistema abierto que mantiene relaciones con otros sistemas.

La familia como agente socializador: la familia transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad, que el individuo asume como propios.

La familia como grupo primario: en los primeros años de nuestra vida establecemos contacto e intensos lazos con un grupo reducido de personas, nuestra familia. Es una relación primaria sin la cual sería imposible sobrevivir. La pertenencia a dicho grupo viene determinada de manera involuntario, por el hecho de haber nacido en el seno de una familia u otra.

La familia como institución: la familia junto con la religión son las únicas instituciones desarrolladas universalmente en todas las sociedades.

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.)

Hay estudios que muestran que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.

Según refiere Poveda, los enfermos crónicos y entre ellos los diabéticos, con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo. A esta persona se la denomina Persona de Apoyo Principal. (28)

Para elaborar un buen plan de cuidados, es importante que los funcionarios de salud cuenten con los siguientes datos de la familia del enfermo crónico:

Identificar la Persona de Apoyo Principal: puede ser la que dedique más tiempo o la que tenga mayor influencia en el grupo familiar. Esta persona puede ayudar a planificar los cambios en la vida cotidiana del enfermo crónico.

Valorar las ideas sobre la enfermedad de la familia: es muy importante cuando el enfermo crónico es varón, ya que la mujer va a ser responsable de la mayoría de los cuidados, y hay que contar con su colaboración.

Conocer si hay limitaciones de tiempo de la Persona de Apoyo Principal, por cuestiones de trabajo o familiares. De ser así, conocer si hay apoyo de otra persona o si hay que conseguirlo. Es importante para proporcionar periodos de descanso necesarios para el cuidador.

En algunos trabajos de investigación realizados se ha estudiado el perfil psicológico del cuidador, donde las características más habituales a criterio de Poveda (28) son:

- ↪ Mujer
- ↪ Esposa o hija del enfermo
- ↪ Nivel cultural bajo.
- ↪ Cuidan al enfermo diariamente (4 horas) y sin períodos de descanso
- ↪ Escaso apoyo

b- Síndrome de Burnout:

La situación del cuidador con restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre, en sus aficiones, en su intimidad, etc., perturba de modo intenso su equilibrio personal y familiar, dañando gravemente la relación intrafamiliar y experimentando una profunda sensación de soledad.

Se puede desarrollar un síndrome de "fatiga crónica" o "Síndrome de Burnout", como una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico. "Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que observó que al año de trabajar la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta

llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes” (28).

Las manifestaciones principales del "**Síndrome de Burnout**" son:

- ↪ Síntomas depresivos: trastornos del sueño, tristeza, fatiga que no corresponde a la actividad, incapacidad para concentrar la atención, pérdida de interés en actividades previamente placenteras, cefaleas, entre otras.
- ↪ Cambios de humor, agresiones verbales y expresiones de crueldad.
- ↪ Síntomas físicos: molestias abdominales, mareos, síntomas cardiovasculares y respiratorios.
- ↪ Consumo de alcohol o drogas.

c-Las necesidades más importantes del cuidador:

- ↪ Información: el cuidador necesita aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad, sus cuidados, complicaciones, etc.
- ↪ Formación: desarrollo de habilidades de comunicación, afrontamiento de estrés, cuidados al paciente.
- ↪ Apoyo emocional: el cuidador desea recibir afecto, comprensión y apoyo de otras personas de su círculo social. El apoyo puede llegar de grupos de apoyo constituidos por personas que han vivido situaciones similares y por tanto hablar el mismo lenguaje que los "cuidadores".
- ↪ Periodos de descanso- hay que buscar fórmulas que permitan al cuidador momentos de descanso (mañanas, vacaciones, fines de semana). Se puede recurrir a centros de día, ONGS, voluntariado, asociaciones de familiares, cuidadores profesionales, etc.
- ↪ Otras: económicas, ayuda en el cuidado físico, ayuda en funciones domésticas, etc.

2.6- OTROS SISTEMAS DE APOYO SOCIAL.

La familia, como se ha mencionado, constituye la base del sistema de apoyo natural del individuo. Sin embargo, son importantes otros sistemas de apoyo que puede tener el paciente:

Amigos: Son elegidos por el individuo y con ellos se comparten intereses, aficiones y filosofía de vida, generando sentimientos positivos de pertenencia, estima y seguridad.

Compañeros de culto: Es un sistema de apoyo muy antiguo. Es una relación que se caracteriza por encuentros periódicos con individuos con los que se comparten

creencias, valores y un sentido de la vida. Es un apoyo disponible incluso con cambios geográficos.

Vecinos: Debido a la soledad en que viven algunos enfermos, con sus familias distantes geográficamente, los vecinos se sitúan en un primer lugar en el apoyo de paciente en temas domésticos (compras, alimentación) y de compañía. Proporcionan una sensación de seguridad al paciente ante los acontecimientos imprevistos que pueden surgir.

Asociaciones de autoayuda: Se reúnen personas que comparten los mismos problemas y experiencias vitales. Los fines de estas asociaciones son:

- ⇒ Apoyo y soporte para todos los miembros de la asociación.
- ⇒ Puesta en común de experiencias personales y conocimientos que pueden ayudar a otras personas.
- ⇒ Promover la adaptación al cambio de vida causado por la enfermedad.
- ⇒ Actuar como grupo de presión sobre la administración, instituciones y la opinión pública, con el fin de dar a conocer su situación y encontrar salidas pertinentes a sus problemas.

Organizaciones no gubernamentales (Ong's) y asociaciones de voluntarios. El voluntario es toda persona que de una manera desinteresada, generosa y constante dedica su tiempo libre al servicio de los demás.

Como se mencionó anteriormente, una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica como la diabetes, esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la estabilidad familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar.

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación familiar, es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar nuevamente su estabilidad.

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. Esto es especialmente frecuente en el caso de niños y adolescentes afectados por la diabetes mellitus.

El funcionario de salud que atiende de una forma integral a la persona con diabetes mellitus, debe conocer todos aquellos factores familiares que influyen de forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para su control. Entre los cuales se pueden mencionar:

Genograma familiar: nos informa acerca de la estructura de la familia y de su evolución y configuración actual.

Patopsicobiograma: en el que constarán todos los acontecimientos tanto biológicos como psicosociales que han ido configurando el itinerario vital del paciente.

Función familiar: utilizando los tests validados para ello.

Apoyo social: Para comprender mejor la manera de adaptarse las familias a las enfermedades crónicas, se propone el modelo de Hill que contempla de forma global las distintas características de la propia enfermedad, así como los recursos que posee la familia para enfrentarse a la crisis y el particular significado de la enfermedad para la familia.(28)

A.- Enfermedad Crónica.

Gravedad

Curabilidad

Incapacidad

Medidas terapéuticas

B.-Recursos.

Capacidad organizativa

Cohesión

Adaptabilidad

Apoyo social

Red social

C.-Significado de la enfermedad para la familia.

Creencias

Experiencias previas frente a la diabetes.

Cambios y alternativas

La aparición de la diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc...) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecargar aún más el sistema.

La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como ceguera, amputaciones, úlceras, etc...

Posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta estabilidad que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.

En muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación funcionario de salud/paciente, como en la diabetes.(5)

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que se establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta frente a la enfermedad el paciente experimentará, de acuerdo con sus creencias previas y sus expectativas, un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún, con la pérdida de salud. Por ejemplo:

- ↪ En el caso de las parejas sin hijos se plantearán la cuestión de tenerlos o no. A los padres les preocupará que sus hijos puedan "heredar" la diabetes.
- ↪ Si la paciente es mujer le preocupará el posible impacto del embarazo sobre su salud y la de su bebé, y su capacidad para cuidar un lactante.
- ↪ En caso de la Diabetes Gestacional nos encontramos con el impacto emocional que para una familia supone una enfermedad que entienden "provocada" por el embarazo y el miedo a sus posibles consecuencias.

- ⇒ Con frecuencia la diabetes produce impotencia para el acto sexual, con pérdida de la erección o disfunción eréctil. Debe tratarse específicamente con la pareja.
- ⇒ El diagnóstico de Diabetes en un hijo se vive como un cataclismo. Se provoca un clima de drama y abatimiento, de rechazo y agresividad. Provoca en los padres reacciones emocionales intensas, incluyendo ansiedad, depresión y culpa, que pueden llevar a una importante disfunción familiar.
- ⇒ El diagnóstico de DM2 o la aparición de sus complicaciones se realiza con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo vital familiar. Esta se inicia con la salida del primer hijo del hogar paterno, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65. En esta fase de contracción, la marcha de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja. La mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida que venía constituido por la crianza de los hijos. El marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con el problema de la jubilación. Aparecen otros problemas de salud muy prevalentes a estas edades. El diagnóstico de Diabetes o la aparición de sus complicaciones, instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. Como en otras familias en la que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, es posible que se culpabilice de todos los problemas relacionados a la diabetes, achacando a esta la existencia de una disfunción familiar que dificultará por su parte, en un círculo vicioso, el correcto control de la enfermedad.

El conocimiento por parte del Equipo de Salud que se hace cargo del cuidado de la persona con diabetes, de la estructura de la familia, de su dinámica y funcionamiento, de la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentran y de los recursos que movilizan para enfrentarse a las situaciones estresantes, le posibilitará el convertir a la familia en una auténtica Unidad de Cuidados que facilitará el correcto control integral y no solo metabólico de la persona diabética.(5)

Por otra parte le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que puedan ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones.

CAPITULO 3 MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio, se clasifica como descriptivo porque estudia los fenómenos tal y como aparecen en el momento de realizar la investigación.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación es realizada en los EBAIS Centrales Suroeste y Noreste del Área de Salud de Nicoya, de la Caja Costarricense de Seguro Social, Región Chorotega, en el cantón de Nicoya de la Provincia de Guanacaste.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS/ OBJETOS DE ESTUDIO.

3.3.1 Universo:

El universo lo constituye la población diabética descompensada, entendida como aquellas personas que presentan alguna alteración en los niveles de glicemia, que asiste a las consultas de atención integral de crónicos de los EBAIS Nicoya Suroeste y Nicoya Noreste del Área de Salud de Nicoya, durante el primer semestre del año 2004, la cual es de 275 personas, distribuidas de la siguiente manera:

Suroeste	124
Noreste:	151

Por su parte la población total de diabéticos de los EBAIS Nicoya Suroeste y Nicoya Noreste es de 374 individuos:

Suroeste	154
Noreste	220

Realizando una comparación entre los totales de los pacientes atendidos durante el periodo y los diagnosticados como descompensados en este mismo período, se aprecia que el 80.5% de los diabéticos del EBAIS Suroeste están descompensados, mientras que 68.67% del Noreste enfrentan esta misma situación.

Otra población, en el presente estudio es la conformada por los familiares de los pacientes, con una muestra del 50%, que equivale a 80 personas. Seleccionando

para el estudio a la persona de apoyo principal, que puede ser un hijo, hija o cualquier otro familiar que se encarga directamente de su atención.

Por otra parte, la población seleccionada de funcionarios que brindan atención directa a estos pacientes es la siguiente:

2 médicos generales coordinadores de EBAIS.

1 nutricionista.

3.3.2 Selección de la muestra:

Para seleccionar la muestra de los paciente descompensados, se utiliza la selección aleatoria, ya que como afirma Gómez (10), haciendo la escogencia de manera que cada uno de los elementos de la población tenga una probabilidad conocida de ser incluido en la muestra, además la muestra debe tener un tamaño acorde con la confianza que se quiere tener en las inferencias para la población.

En este sentido se trabaja con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de un 5%, que da un total de 160 individuos del total de la muestra seleccionada, con la siguiente fórmula:

$$1) n_0 = \left[\frac{Z_{\alpha/2} \sqrt{PQ}}{d} \right]^2 \Rightarrow n_0 = \left[\frac{1.96 \sqrt{50 \times 50}}{5} \right]^2 = 384$$

$$2) n_0 = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{384}{275}} = 160$$

Con estos 160 individuos seleccionados en la muestra se realiza una distribución proporcional, de la siguiente manera: suroeste 67 y noroeste 93, esto por cuanto la subpoblación del suroeste representa el 42% y la del noroeste el 58%).

Con relación a la población de familiares de diabéticos se trabaja con un 50%, del total de la muestra de diabéticos descompensados, es decir 80 familiares, que son los encargados de atender directamente a estos diabéticos, para realizar un cruce de información con respecto a la brindada por los pacientes diabéticos descompensados. Utilizando para ello la tabla de número aleatorios.

En caso de que alguna persona no desee dar la información se escoge otro, con el mismo método de la tabla de números aleatorios, hasta completar la muestra de 160 diabéticos descompensados y 80 familiares.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

3.4.1 Primarias:

Proporcionan información de primera mano:

- ↻ 160 personas diabéticas descompensadas.
- ↻ 80 familiares que están al cuidado de pacientes diabéticos descompensados.
- ↻ 3 Funcionarios del Área de Salud de Nicoya.
- ↻ Observación participante por parte de los dos investigadores.
- ↻ Expediente de salud de cada paciente de la muestra seleccionada.

3.4.2 Secundarias:

Corresponde a la información disponible en bibliotecas, centros de investigación e instituciones: tesis de grado, informes, publicaciones tales como:

- ↻ Tabla de Registro y control de casos de pacientes diabéticos de los EBAIS seleccionados.
- ↻ Plan de alimentación de la consulta de nutrición.
- ↻ Revistas y ensayos sobre avances en el control y tratamiento de la diabetes.

3.5 IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES

3.5.1 Identificación y descripción:

Las variables identificadas son:

- ↻ Apoyo Familiar.
- ↻ Dieta.
- ↻ Costumbres en el manejo del tratamiento.

Apoyo Familiar:

Son las diferentes formas en que la familia como fuente primaria da protección, auxilio, ayuda, sostén o asistencia a uno de sus miembros cuando enfrenta una enfermedad, en este caso, diabetes.

Dieta:

Régimen nutricional, indicado, con el fin de llenar sus necesidades básicas de alimentación, de acuerdo a su peso, talla, actividad física y patología que padezca.

Costumbres en el manejo del tratamiento:

Formas como el paciente diabético ha utilizado el tratamiento prescrito por el médico para su control.

3.5.2 Relación de variables:

Las variables seleccionadas se relacionan de la siguiente manera:

Variables	Relación
Costumbres en el tratamiento de la diabetes	Independiente
Dieta	Dependiente
Apoyo familiar	Dependiente

3.6 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Es todo aquello a medir, controlar y estudiar en una investigación.

A continuación el detalle de las variables e indicadores.

3.6.1 CUADROS DE VARIABLES E INDICADORES: APOYO FAMILIAR.

Problema: ¿ Incide el apoyo familiar, la dieta y las costumbres en el manejo de la enfermedad, en la descompensación del paciente diabético, que acude a la consulta programada de los EBAIS SUROESTE y NORESTE del Área de Salud de Nicoya, durante el primer semestre del 2004?

Objetivo General: Analizar el apoyo familiar, la dieta y las costumbres en el manejo de la enfermedad, como factores que inciden en la descompensación del diabético, que asiste a la consulta programada de los EBAIS Suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya, con el fin de proponer mejoras de atención a estos pacientes.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición Dimensional	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Inform.
1- Identificar el apoyo familiar que recibe el paciente diabético descompensado que asiste a las consultas programadas de los EBAIS Suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya.	Apoyo Familiar	Son las diferentes formas en que la familia, fuente primaria, da protección, auxilio, ayuda, sostén o asistencia a uno de sus miembros al enfrentar una enfermedad, como la diabetes	*Roles asumidos por los miembros de la familia	*Papel que cumple cada uno de los miembros de la familia del paciente diabético al interior de las mismas.	*Cuidados brindados al diabético en el seno familiar. *Acompañamiento a las citas de control médico. *Comunicación en el hogar con el paciente diabético. *Información brindada al diabético sobre el uso del tratamiento médico.	*Cuestionario a pacientes diabéticos descompensados. *Cuestionario a familiares de diabéticos. *Observación participante de los investigadores	*Pacientes diabéticos descomp. *Familiares de pacientes diabéticos *Ambiente familiar

			<p>**Constitución familiar</p> <p>***Ingreso familiar.</p>	<p>**Formas que toman los diferentes grupos familiares en la sociedad, que pueden ir desde familias nucleares simples hasta familias extensas y más.</p> <p>***Cantidad de recursos económicos necesarios que permitan suplir las necesidades básicas y otras, de la familia del paciente diabético.</p>	<p>**Tipo de familia</p> <p>**N. de miembros</p> <p>**Existencia de niños y o adolescentes.</p> <p>**N. personas con alguna enfermedad crónica.</p> <p>**Edad y sexo del paciente diabético</p> <p>***Ocupación del jefe de familia y del Diabético descomp.</p> <p>***Salario promedio mensual familiar</p> <p>**Tipo de vivienda.</p> <p>**Acceso a los servicios de agua potable, electricidad, salud.</p>	<p>*Cuestionario a pacientes diabéticos descompensados.</p> <p>*Cuestionario a familiares de diabéticos.</p> <p>*Observación participante de los investigadores</p>	<p>*Pacientes diabéticos descomp.</p> <p>*Familiares de pacientes diabéticos</p> <p>*Ambiente familiar</p>
--	--	--	--	--	---	---	--

			<p>**Cumplimiento del régimen alimentario recomendado al paciente diabético.</p>	<p>** Cantidad de alimentos que debe consumir el paciente diabético, de acuerdo a lo indicado o normado para el paciente diabético.</p>	<p>**Conocimiento de régimen alimentario a seguir por parte del paciente diabético.</p> <p>**Información brindada al paciente diabético sobre el tema por parte del funcionario de salud.</p> <p>**Seguimiento por parte del funcionario de salud al régimen recomendado</p>	<p>**Cuestionarios a pacientes diabéticos</p> <p>**Cuestionarios a familiares de diabéticos.</p> <p>**Hoja de cotejo.</p> <p>**Hoja de cotejo.</p>	<p>Pacientes diabéticos descomp.</p> <p>Familiares de pacientes diabéticos</p> <p>Expediente de salud.</p> <p>Plan de dieta de nutrición.</p>
--	--	--	---	--	---	--	---

3.6.2 CUADROS DE VARIABLES E INDICADORES: COSTUMBRES EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición Dimensional	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Inform.
3- Determinar las costumbres en el manejo de la enfermedad, que tiene el paciente diabético que asiste a las consultas programadas de los EBAIS Suroeste y noreste del área de Salud de Nicoya.	Costumbres en el manejo de la enfermedad.	Formas como el paciente diabético ha utilizado el tratamiento prescrito por el médico para el manejo de la diabetes.	*Mitos en el manejo de la diabetes.	*Creencias transmitidas de unos a otros y de generación a generación, principalmente a través del mensaje oral.	*Efectos nocivos en el uso del tratamiento para la diabetes. *Curación de la enfermedad de la diabetes. *Uso de sustancias no medicadas para el control de la enfermedad.	*Cuestionarios a pacientes. *Cuestionarios a familiares de diabéticos. *Hoja de cotejo	Pacientes diabéticos descomp. Familiares de pacientes diabéticos descomp.

			<p>**Prácticas utilizadas en el manejo de la enfermedad de la diabetes.</p>	<p>**Lo que hace más comúnmente el paciente diabético para el control de su enfermedad.</p>	<p>**Asistencia a citas programadas.</p> <p>**Horario de toma o aplicación del medicamento.</p> <p>**Actitud asumida por el paciente diabético ante el tratamiento prescrito.</p> <p>**Uso de "medicina alternativa" para el control de la enfermedad.</p> <p>Ejercicio físico y otras actividades realizadas para controlar la enfermedad .</p>	<p>**Cuestionarios a pacientes diabéticos descompensados</p> <p>**Observación estructurada</p> <p>**Cuestionarios a familiares de diabéticos.</p> <p>**Revisión documental.</p> <p>**Observación participante</p>	<p>Expediente de salud.</p> <p>Pacientes</p> <p>Familiares de pacientes</p>
--	--	--	---	---	--	---	---

3.7 SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

- ↗ Encuestas a pacientes diabéticos descompensados seleccionados en la muestra. Se formulará un cuestionario que será aplicado en visitas realizadas por el equipo investigador a los pacientes en sus viviendas. (Ver anexo2)
- ↗ Encuestas en sus hogares a familiares que están directamente encargados del cuidado de los pacientes diabéticos. (Ver anexo3)
- ↗ Encuestas a funcionarios de salud que brindan atención directa a los diabéticos como: médicos y nutricionista. A través de un cuestionario. (Ver anexo4 y 5)
- ↗ Observación participante, con la finalidad de “ver” más evidencias sobre el ambiente en que se desenvuelve el paciente diabético en el ámbito familiar, en el momento de la visita a las viviendas. Para lo cual se tiene una guía de observación.(anexo6)

3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

La información obtenida a través de las diferentes técnicas e instrumentos se tabula y analiza utilizando la estadística descriptiva, aplicando para ello las tablas de frecuencias simples y cruzadas; también mediante el cálculo de medidas de posición y variabilidad.

La elaboración de gráficos y cuadros comparativos, para facilitar el estudio, es a través de los programas de Microsoft Office 2000, específicamente Microsoft Word y Excel.

La información cualitativa es analizada a través de sistemas narrativos.

CAPITULO 4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo presenta un análisis de los factores que influyen en la descompensación del paciente diabético de los EBAIS Suroeste y Noreste del Área de Salud de Nicoya, investigación llevada a cabo a través de una muestra, durante el primer semestre del año 2004.

El capítulo está dividido en cinco apartados:

- Aspectos generales de la investigación.
- El apoyo familiar, la dieta y las costumbres en el manejo de la enfermedad, como factores que influyen en la descompensación del paciente diabético.
- Opinión de los familiares que tienen su cargo el cuidado de pacientes diabéticos.
- Opinión de los funcionarios de salud
- Triangulación de las informaciones.

4.1 ASPECTOS GENERALES

Durante el proceso de investigación se entrevistaron 160 diabéticos distribuidos de la siguiente manera:

TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
160	100 %	70	43.75%	90	56.25%

De este total el 41.9% corresponde a diabéticos descompensados del EBAIS Suroeste y el 58.1% corresponde a diabéticos del EBAIS Noreste cuyas sedes se encuentran localizadas en el distrito central del cantón.

4.1.1 Características generales del EBAIS Suroeste:

Está conformado por los siguientes barrios y caseríos: Barrio el INVU, Barrio San Blas, Barrio Santa Lucía, Barrio La Cananga, Barrio San Isidro. Nicoya Centro y los siguientes caseríos: Casitas, Curime, La Palma, Los Hundores, Las Pilas, Caimital, Varilla, San Juan Bosco, Matambuguito, Tierra Banca.

Tiene una población de 5 540 habitantes, distribuida de la siguiente manera: 2 748 hombres y 2 826 mujeres.

Las cinco primeras causas de consulta son: diarreas, infecciones de vías respiratorias superiores, hipertensión arterial y diabetes Mellitus, Violencia Intra familiar.

4.1.2 Características generales del EBAIS Noreste:

Está conformado por los siguientes barrios y caseríos: Barrio El Carmen, Barrio La Virginia, Barrio Los Ángeles, Barrio Guadalupe, y los caseríos: Río Grande, Pedernal, La Cuesta, Santa Ana, Espavelar, Guaitilar, El Piave, La Alianza.

Tiene una población de 5 677 habitantes, donde 2 756 son hombres y 2 921 son mujeres.

Las cinco primeras enfermedades de notificación obligatoria son: dengue clásico, diarreas, infecciones de vías respiratorias superiores, hipertensión arterial y diabetes Mellitus.

Con relación a las edades de las personas entrevistadas, los datos se aprecian en los siguientes cuadros:

CUADRO #1
EDAD Y SEXO DE PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS SUROESTE ÁREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

<i>RANGO DE EDAD EN AÑOS</i>	<i>SEXO</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>FEM</i>	<i>MASC</i>	
30 A 34	2	1	3
35 A 39	3	2	5
40 A 44	3	2	5
45 A 49	2	3	5
50 A 54	3	1	4
55 A 59	4	3	7
60 A 64	7	5	12
65 A 69	5	2	7
70 A 74	5	5	10
75 A 79	2	5	7
80 Y MAS	2		2
TOTAL	36	31	67

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004.

CUADRO #2
EDAD Y SEXO DE PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

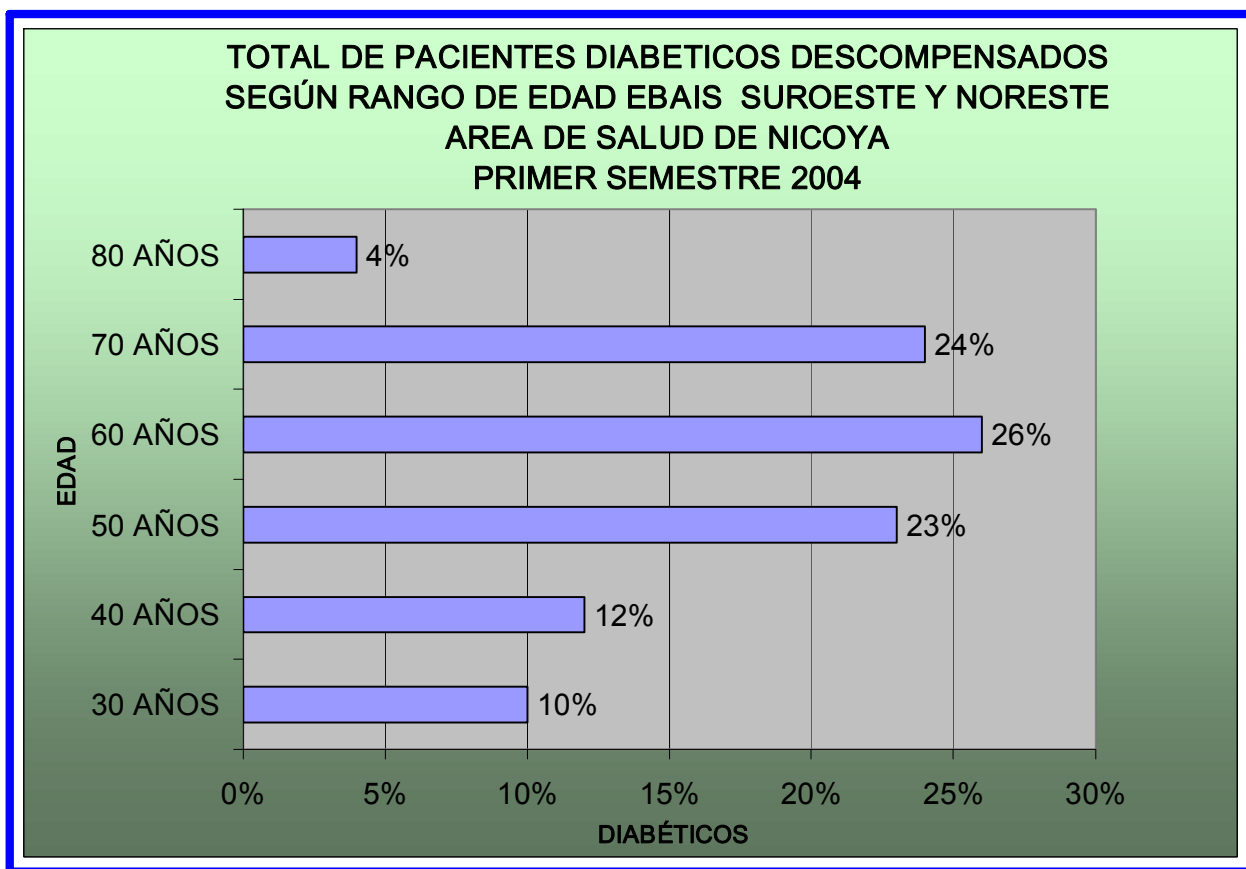
<i>RANGO DE EDAD EN AÑOS</i>	<i>SEXO</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>FEM</i>	<i>MASC</i>	
30 A 34	2	3	5
35 A 39	2	1	3
40 A 44	2	1	3
45 A 49	3	3	6
50 A 54	6	4	10
55 A 59	9	7	16
60 A 64	5	4	9
65 A 69	8	6	14
70 A 74	8	5	13
75 A 79	5	4	9
80 Y MAS	4	1	5
TOTAL	54	39	93

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004.

De la información anterior se puede apreciar que los rangos de edad donde se presentan más casos de diabéticos descompensados, son los rangos de 60 a 64 en el EBAIS Suroeste, con 12 casos. En el EBAIS Noreste los mayores casos se presentan en los rangos de 55 a 59 años con 16 casos., con un predominio de mujeres en ambos EBAIS.

En el gráfico #1 se muestra el total de pacientes descompensados por rango de edad, donde las personas mayores de 80 años son las que presentan el menor porcentaje de diabéticos descompensados, no así la población entre los 50 y 70 años.

GRAFICO #1



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.2 APOYO FAMILIAR

Catalogado como las diferentes formas en que la familia da protección, ayuda o asistencia a uno de sus miembros cuando enfrenta una enfermedad, en este caso la diabetes. A continuación los resultados de la investigación de acuerdo a cada una de las dimensiones propuestas.

4.2.1 Roles asumidos por los miembros de la familia:

Conceptualizado como el papel que cumple cada uno de los miembros de la familia del paciente diabético, desde cuidador, educador, confidente entre otros.

Desde esta perspectiva y tomando como base la opinión de los pacientes diabéticos descompensados, el 36% de los entrevistados manifiestan que sus familias siempre están pendientes de los cuidados que deben tener en su hogar, principalmente en lo que a toma o aplicación de medicamentos se refiere. Sin embargo, el 20% de los entrevistados también manifestaron que nunca obtiene atención en este sentido de sus familiares. El detalle por EBAIS a continuación:

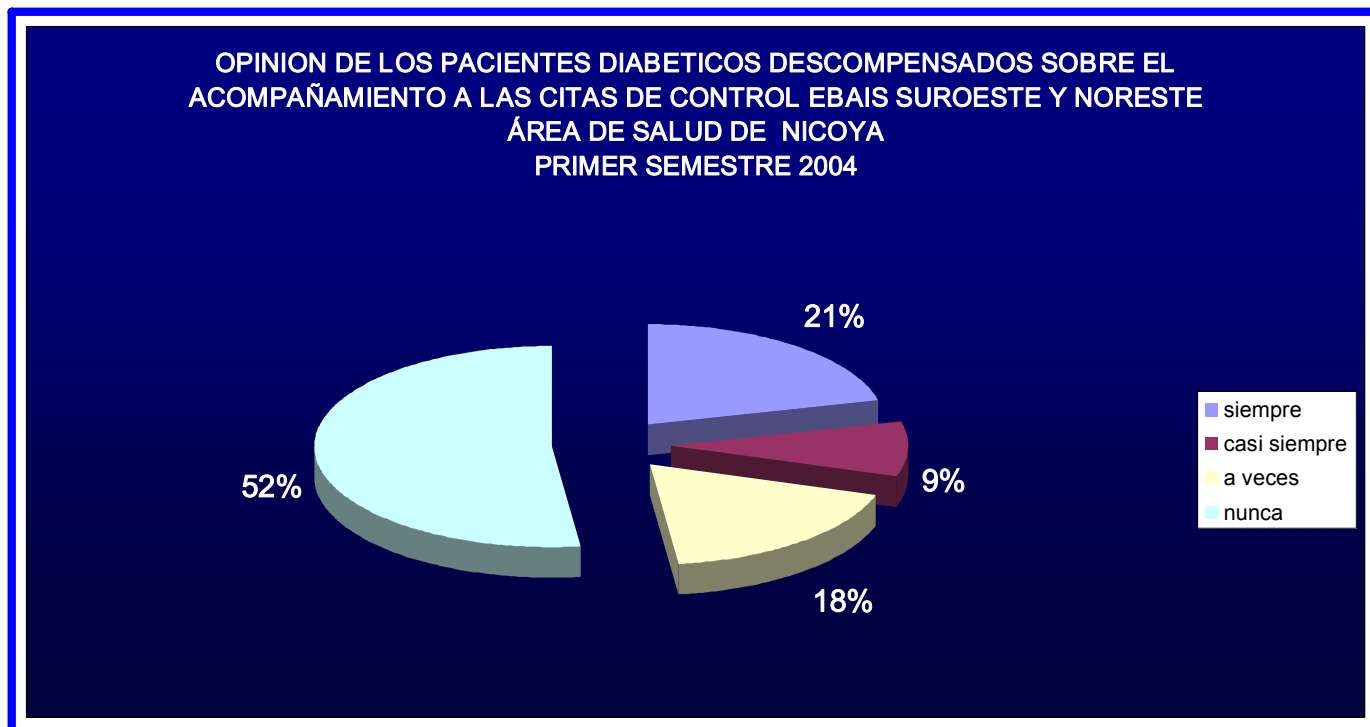
CUADRO #3
OPINION DE LOS PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS SOBRE LOS
CUIDADOS QUE OBTIENEN DE SUS FAMILIARES EBAIS SUROESTE Y
NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

OPINIÓN	SUROESTE	NORESTE	TOTAL	
			ABSOL	RELAT
SIEMPRE	24	33	57	36 %
CASI SIEMPRE	13	17	30	18.75%
A VECES	18	23	41	25.25%
NUNCA	12	20	32	20 %
TOTAL	67	93	160	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Con relación al acompañamiento a citas de control que tienen los pacientes diabéticos en sus respectivos EBAIS, el 21% manifiesta asistir con algún familiar. En este sentido toda la información que pueda ser brindada por los funcionarios de salud con el fin de obtener mejoras en la salud, no es conocida por los familiares que conviven con estos pacientes y por lo tanto desconocen aspectos importantes para un mejor control de la enfermedad. En el siguiente gráfico se puede apreciar con mayor detalle esta información:

GRAFICO #2



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Cuando el mayor porcentaje de pacientes diabéticos está en la categoría que supera los 60 años; se hace importante el apoyo que la familia brinde a estas personas. Sin embargo, la investigación demuestra que el 52% de las personas entrevistadas que asisten a citas de control, lo hacen por sus propios medios.

Un elemento básico en el control del paciente diabético es la comunicación que se pueda brindar en el seno del hogar, de manera que estos se sientan parte importante

de su familia, que sientan que les quieren y que se preocupan por su salud; es aquí donde la familia asume el rol de comunicador e informador.

No obstante lo anterior, con relación a este apartado, los datos que revela la investigación demuestran que solamente en el 23.75%, de las familias, a criterio de los pacientes diabéticos, se conversa sobre la importancia de llevar un adecuado control cuando se es diabético. Con relación al uso de los medicamentos para el manejo de la enfermedad se conversa un poco más. El detalle en el cuadro #4:

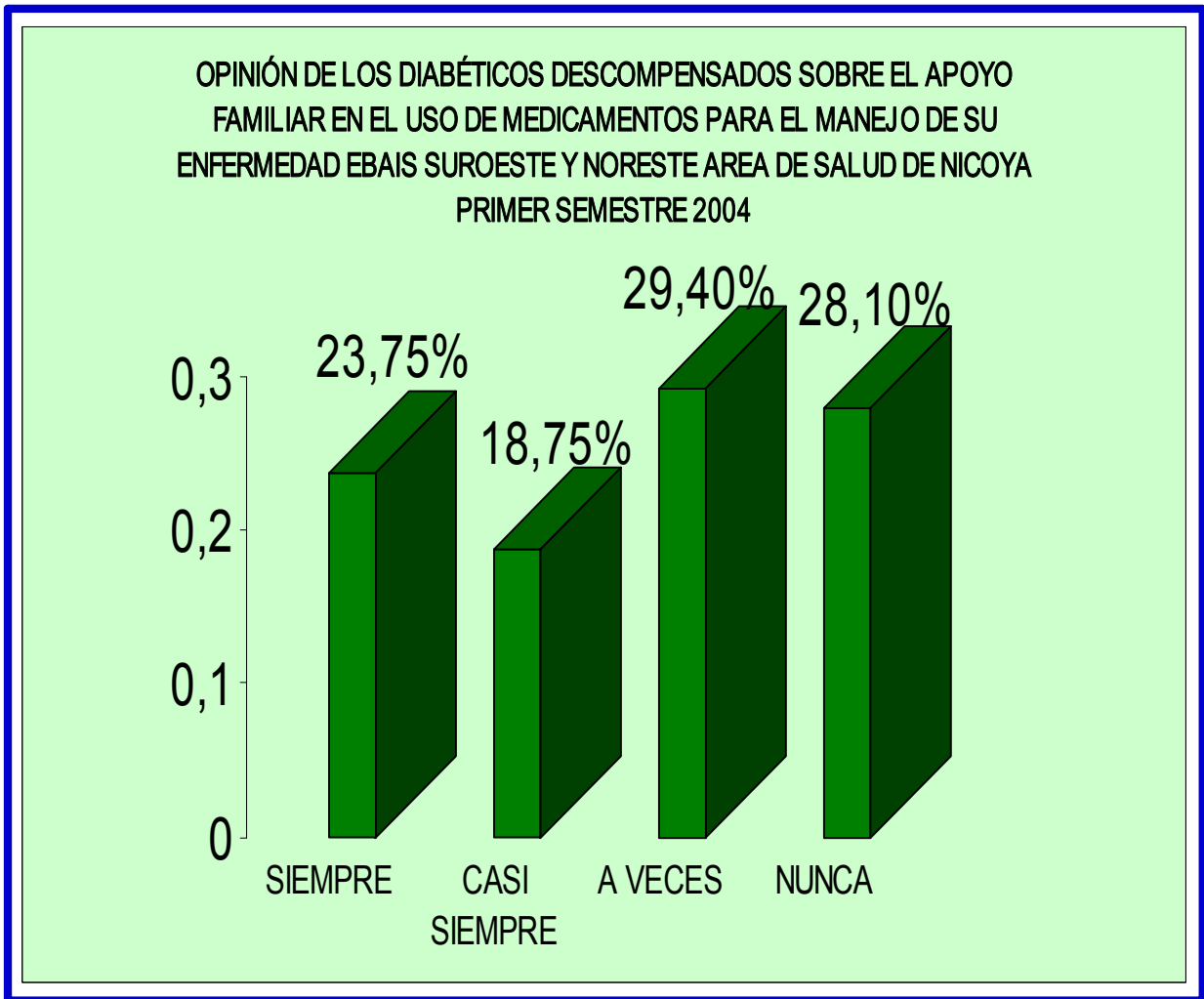
CUADRO #4
OPINION DE LOS DIABETICOS DESCOMPENSADOS SOBRE EL APOYO FAMILIAR EN EL USO DE MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DE SU ENFERMEDAD EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

OPINIÓN	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	16	22	38	23.75%
CASI SIEMPRE	13	17	30	18.75%
A VECES	18	29	47	29.4 %
NUNCA	20	25	45	28.1 %
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

En el siguiente gráfico se puede apreciar el resumen de esta misma información:

GRAFICO #3



Fuente: **Obando Aleyda y Orozco Johnny.2005.**

Ante la consulta de que si los familiares le brindaban los medicamentos el 48% manifestó que no, que ellos mismos se inyectaban o buscaban las pastillas, que la “gente de la casa ni cuenta se dan si se toman o no los medicamentos”. Solamente el 21.9 % manifestó que sus familiares siempre estaban al cuidado del tratamiento que deben utilizar. El detalle por EBAIS en el cuadro #5:

CUADRO #5
TOTAL DE PACIENTES A LOS CUALES SUS FAMILIARES LES
BRINDAN LOS MEDICAMENTOS DIARIAMENTE EBAIS
SUROESTE Y NORESTE ÁREA DE SALUD
DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

FRECUENCIA	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	15	20	35	21.9%
CASI SIEMPRE	07	11	18	11.25%
A VECES	11	19	30	18.75%
NUNCA	34	43	77	48.1 %
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.2.2 Constitución familiar:

El estudio revela que de las diferentes configuraciones familiares existentes, hay un predominio de familias extensas, caracterizadas éstas por la convivencia de varias generaciones, todos familiares. También familias nucleares conyugales, formada por una pareja conyugal e hijos solteros y también la presencia de familias unipersonales, hogares en que vive una única persona, donde eventualmente es acompañada por otro persona en ciertas horas del día.

Del total de las personas encuestadas; que incluyen diabéticos y resto de la familia, el 6% lo representan niños de 0 a 9 años, mientras que el 12% son adolescentes. Existe un predominio de personas mayores de 60 años, que representan el 33% y es en este estrato de población donde se presenta el mayor número de diabéticos. (Ver cuadro #6)

CUADRO #6
EDAD DE FAMILIARES Y PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA PRIMER
SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
DE 0 A 9 AÑOS	15	20	35	6%
DE 10 A 18 AÑOS	32	42	74	12%
DE 19 A 30 AÑOS	18	54	72	11%
DE 31 A 45 AÑOS	40	78	118	18%
DE 46 A 60 AÑOS	60	70	130	20%
61 AÑOS Y MAS	103	108	211	33%
TOTAL	268	372	640	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

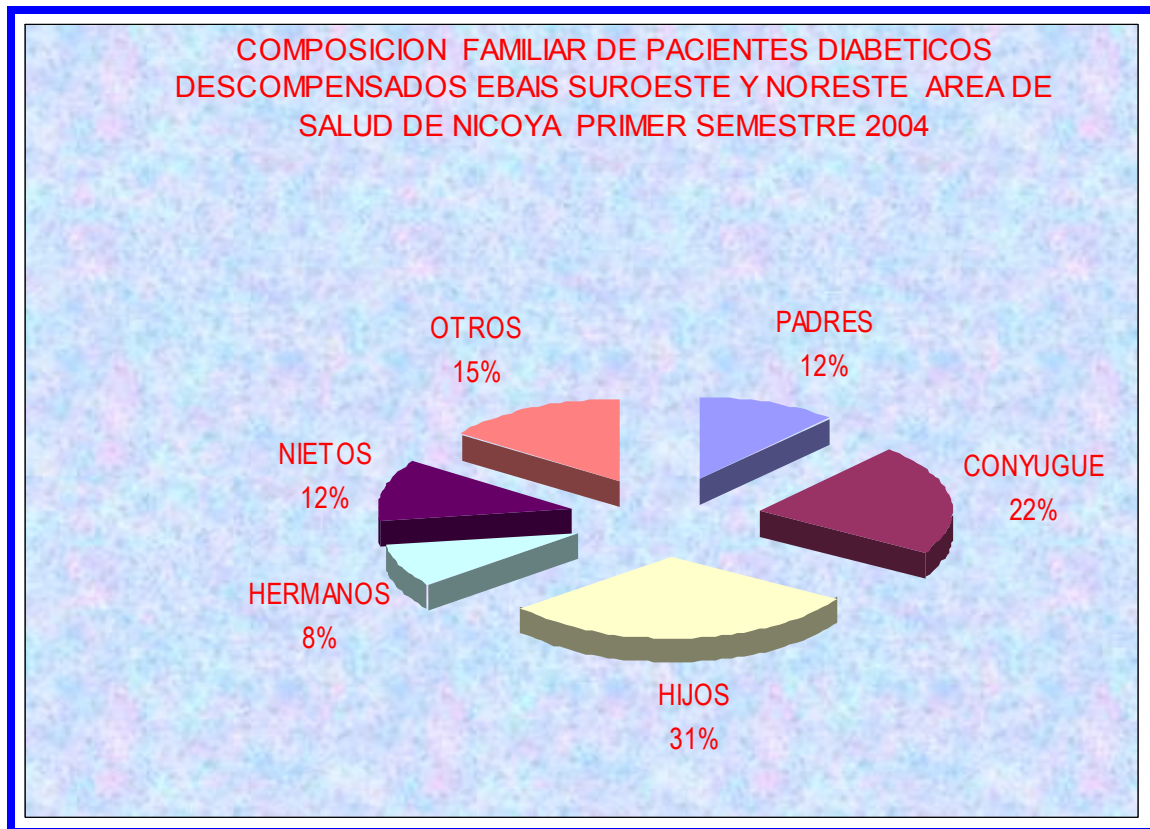
Con relación al total de la población encuestada para establecer con quien convive el paciente diabético, se tomó en cuenta todas las personas que formaban parte de los hogares, excepto las personas diabéticas, la investigación demostró que el 22% corresponde a esposos (as) o compañeros(as), mientras que el 12% corresponde a padres o madres, con lo que se evidencia que un alto porcentaje de pacientes diabéticos forman parte de familias extensas, donde conviven con hijos, nietos y nueras principalmente. Lo anterior en el cuadro # 7 y el gráfico #3.

CUADRO #7
COMPOSICIÓN FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

COMPOSICIÓN FAMILIAR	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
PADRES/ MADRES	26	31	57	12%
ESPOSOS (AS)	42	63	105	22%
HIJOS(AS)	56	91	147	31%
HERMANOS(AS)	18	21	39	08%
NIETOS(AS)	27	32	59	12%
OTROS	32	41	73	15%
TOTAL	201	279	480	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

GRAFICO #4



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

La investigación también evidencia que existen dentro de las familias de los pacientes diabéticos, personas con otras patologías como hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, entre otras. Hay evidencia del alto porcentaje de personas con padecimiento de Hipertensión Arterial, otra de las enfermedades crónicas que más afecta a las personas adultas en nuestro cantón y que año tras año se presentan nuevos casos, igual que en los diabéticos, el detalle por EBAIS en el siguiente cuadro:

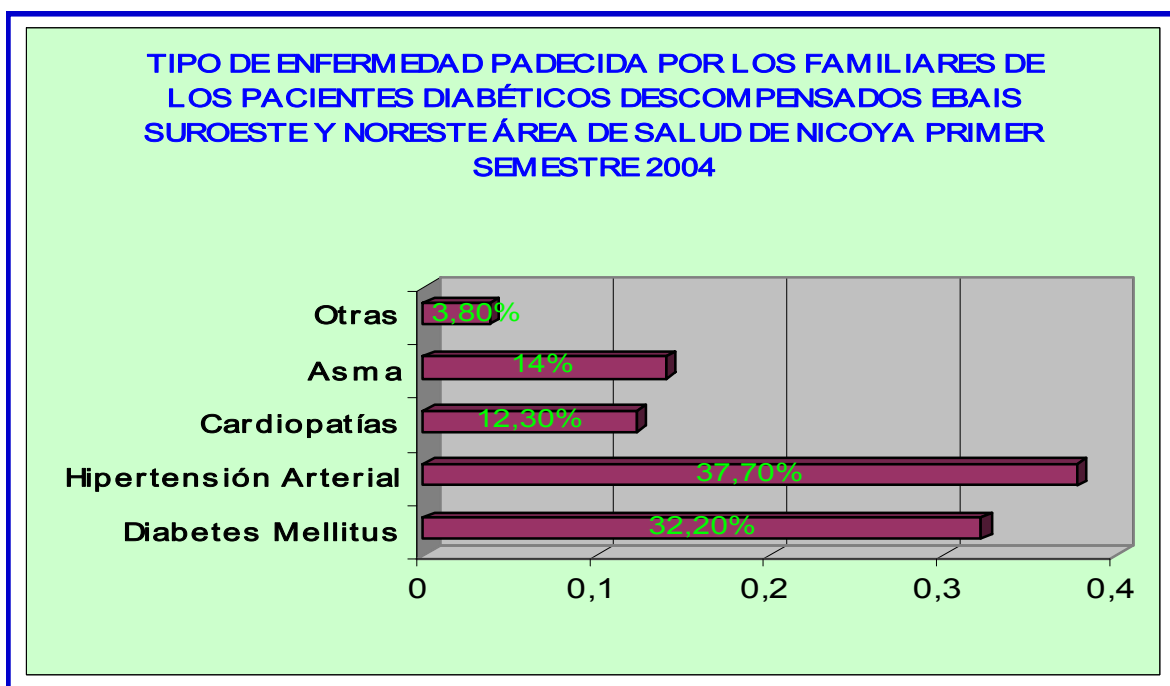
CUADRO #8
TIPO DE ENFERMEDAD PADECIDA POR LOS FAMILIARES DE LOS
PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y
NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

TIPO DE ENFERMEDAD	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
DIABETES MELLITUS	39	21	60	32.2%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	45	25	70	37.7%
CARDIOPATÍAS	15	08	23	12.3%
ASMA	17	09	26	14 %
OTROS	15	02	07	3.8%
TOTAL	121	65	186	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

El resumen de la información tomando en cuenta los dos EBAIS en el gráfico #4.

GRAFICO #5



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

La investigación evidencia que nos enfrentamos diariamente a más enfermedades crónicas, donde la diabetes y la hipertensión arterial, continúan ocupando los primeros lugares. Incluso durante las entrevistas manifestaron tener “el combo” hipertensión, diabetes y cardiopatía. Además, las edades de las personas que las sufren son cada vez menores, prueba de ello es que del total de entrevistados el 10% son personas de treinta años.

4.2.3 Ingresos económicos familiares:

Corresponde a la cantidad de recursos económicos que una familia necesita para suplir sus necesidades básicas y otras.

Sobresalen en este apartado los rangos de ingreso que van desde ¢151.000 a ¢200.000 colones, donde las principales actividades económicas son las de comerciantes, secretarías, maestros pensionados, entre otros, sin dejar por fuera los ingresos provenientes de personas que tienen pensiones del Régimen No contributivo de la CCSS, choferes, jornaleros ocasionales, empleadas domésticas, cuyo ingreso promedio está entre los ¢50.000 a ¢150.000 mil colones.

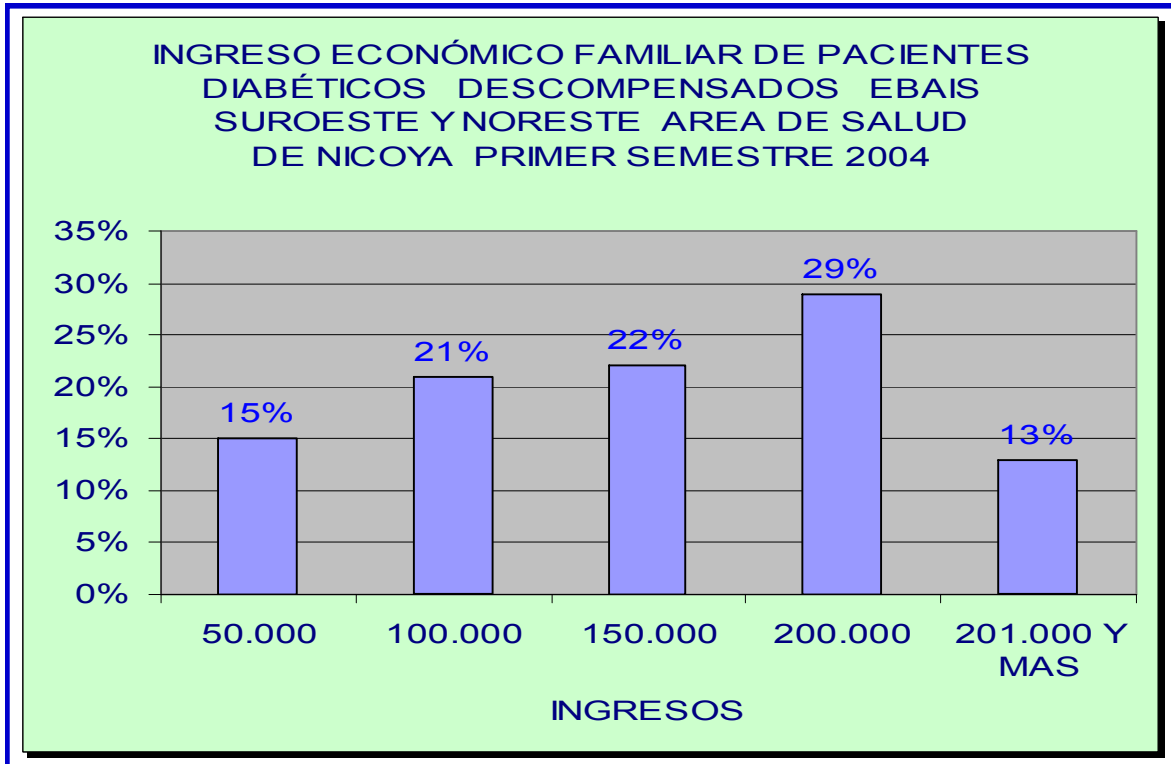
El cuadro #9 y el gráfico #5 muestran el detalle de esta información por EBAIS:

CUADRO #9
INGRESOS ECONOMICOS POR FAMILIA DE PACIENTES DIABETICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE ÁREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

INGRESO ECONÓMICO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
0 A 50.000	08	16	24	15%
50.000 A 100.000	11	22	33	21%
101.000 A 150.000	17	19	36	22%
151.000 A 200.000	21	25	46	29%
201.000 Y MÁS	10	11	21	13%
TOTAL	67	93	160	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

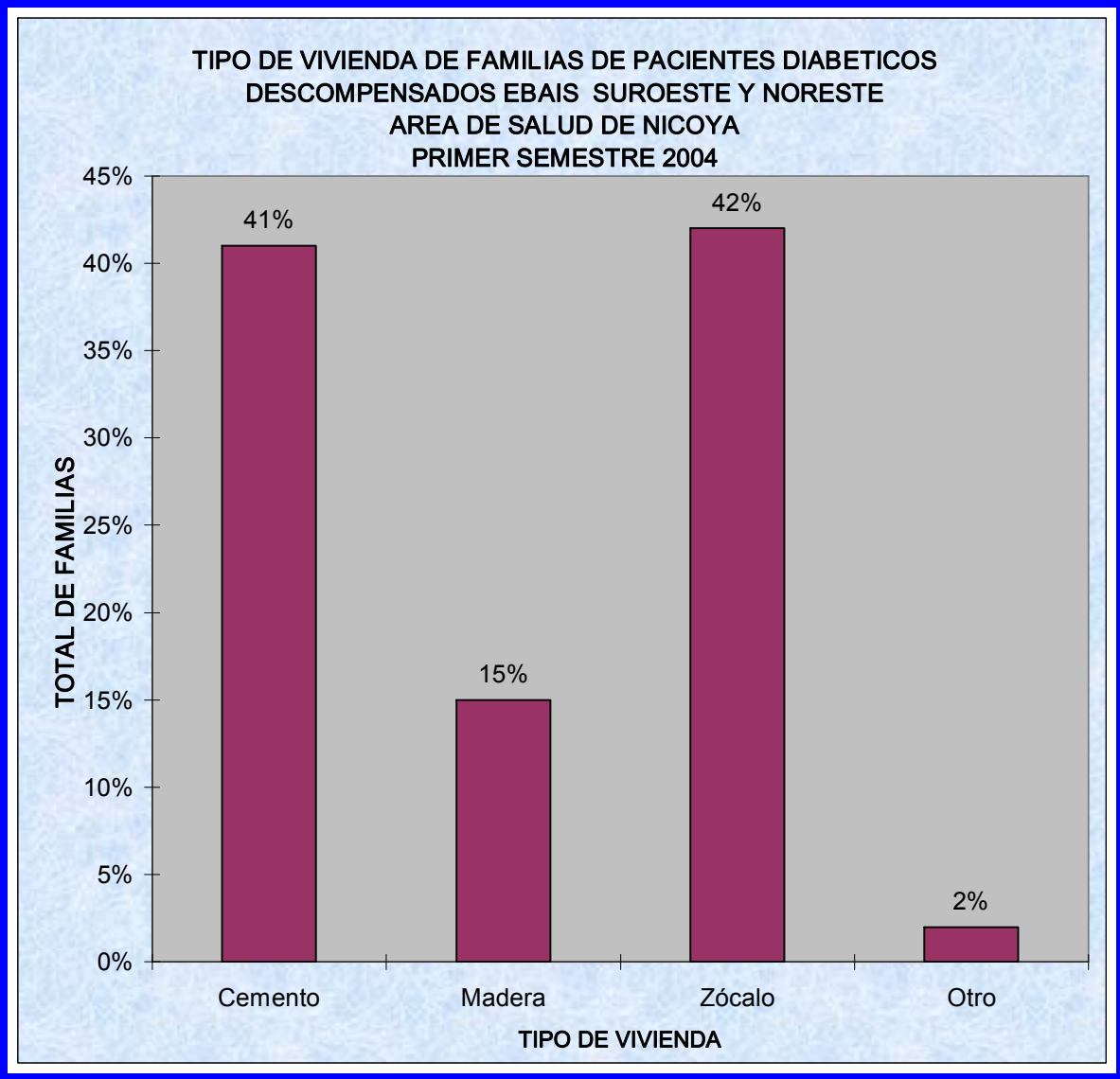
GRAFICO #6



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Por pertenecer a comunidades ubicadas dentro del distrito primero del cantón de Nicoya, todas las familias encuestadas cuentan con los servicios de agua potable, electricidad y acceso a los servicios de salud, donde las viviendas que predominan son las constituidas de cemento y zócalo con un 42.5% y 40.6% respectivamente; se visualiza la presencia de proyectos habitacionales de bono de vivienda en la zona. El detalle en el gráfico #7:

GRAFICO #7



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.3 DIETA

Entendida la dieta como el régimen de alimentación que tiene una persona. Se dice que la alimentación de las personas con diabetes debe ser saludable, variada, que incluya frutas, verduras, carnes, cereales y grasas, en las cantidades adecuadas y con un horario fijo.

4.3.1 Consumo de alimentos:

La investigación realizada demuestra que los diabéticos descompensados consumen en mayor proporción cereales, como arroz, frijoles, pastas, lo clásico dentro de la dieta del costarricense y lo que menos consumen son los vegetales y las carnes.

Los resultados de la investigación evidencian que los cereales como el arroz y los frijoles son acompañados siempre por vegetales y hortalizas, en un 26.25%, mientras que por carnes en esta misma categoría en un 18.75%. Con relación a las frutas estas son consumidas de acuerdo a la estación y al ingreso de las personas. El detalle por grupo de alimento en el cuadro #10 y por EBAIS en el anexo #7.

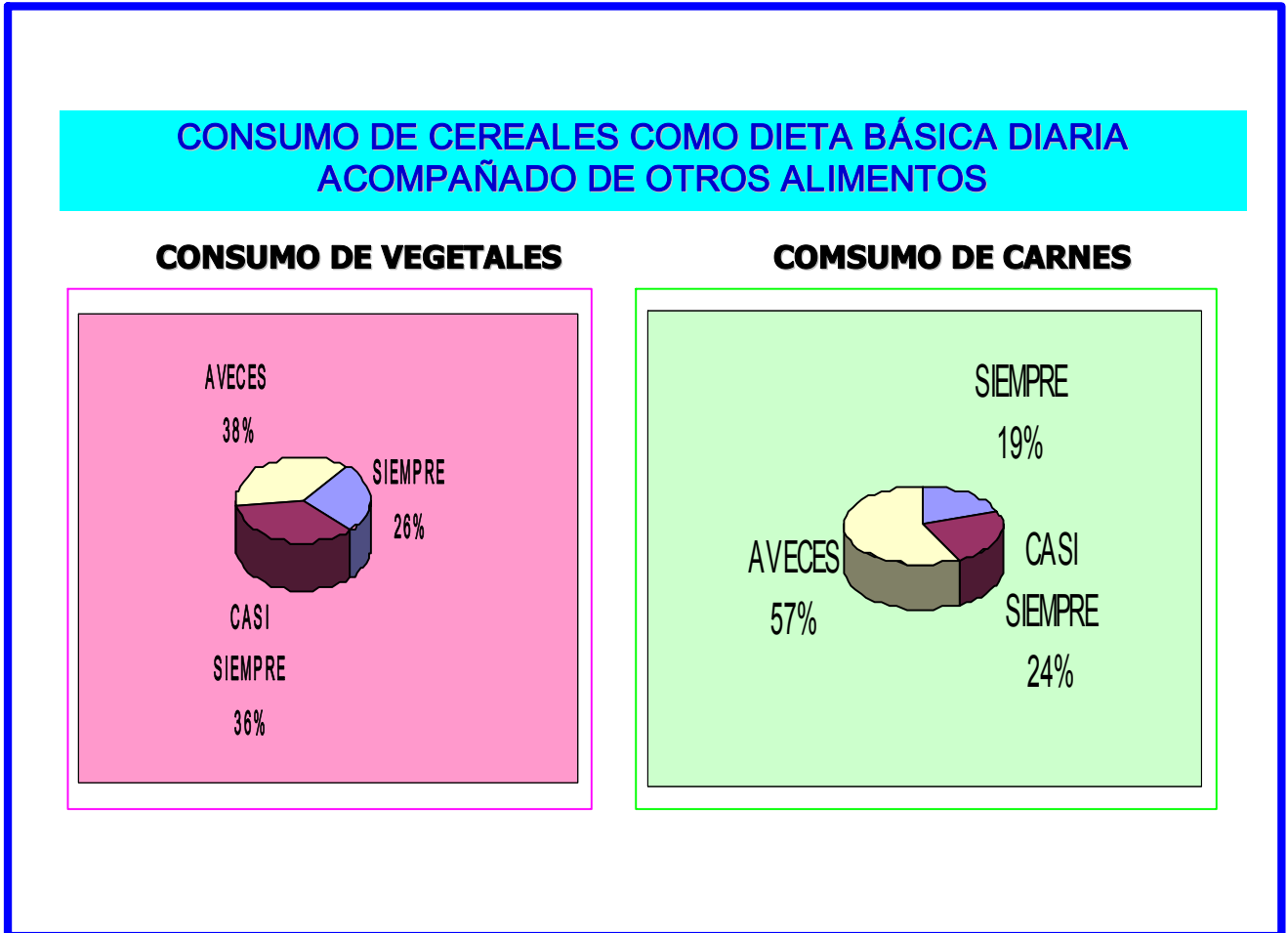
CUADRO #10
CONSUMO DIARIO DE FRUTAS, VEGETALES Y HORTALIZAS, CARNES Y
CEREALES DE LOS PACIENTES DABETICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

CONSUMO DE ALIMENTOS	FRUTAS	VEGETALES Y HORTALIZAS	CARNES
SIEMPRE	35.7%	26.25%	18.75%
CASI SIEMPRE	26.8%	36.25%	23.75%
A VECES	35.5%	37.5%	57.5%
NUNCA	-	-	-
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

En el gráfico siguiente se muestra como son consumidos los vegetales y carnes como acompañamiento a los cereales básicos.

GRAFICO #8



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Con relación a la forma de preparar los alimentos en el hogar, a criterio de los diabéticos; sobresalen los alimentos en salsa y “sudados” o cocidos, así como el tradicional “picadillo” y las frituras, información que se evidencia en el cuadro #11.

CUADRO #11
FORMA DE PREPARAR LOS ALIMENTOS LAS FAMILIAS DE LOS DIABETICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE
NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

FORMA DE PREPARAR LOS ALIMENTOS	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
FRITOS	31	50	81	16%
EN SALSA	40	67	107	22%
COCIDOS	69	63	132	27%
ASADOS	21	19	40	08%
EN PICADILLO	54	79	133	27%
TOTAL	215	278	493	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Cuando se les preguntó sobre un ejemplo de lo que consumían en un día, más del 50% de los entrevistados coincidieron en el siguiente menú:

Desayuno: Gallo pinto, café negro o con leche, sin azúcar o con “gotitas”, y pan.

Almuerzo: Frijoles, arroz, picadillo de chayote o de papas, con carne molida, ocasionalmente un pedazo de carne de res o cerdo, en bistec o pollo sudado con papas, pocas veces ensalada de repollo con tomate, tortilla y fresco de frutas de la época, de paquete o agua.

Cena: Gallo pinto “con lo que quede del almuerzo”, con fresco o café.

Por la tarde se toman un cafecito con pan simple o dulce y muy pocos comen algo por la noche.

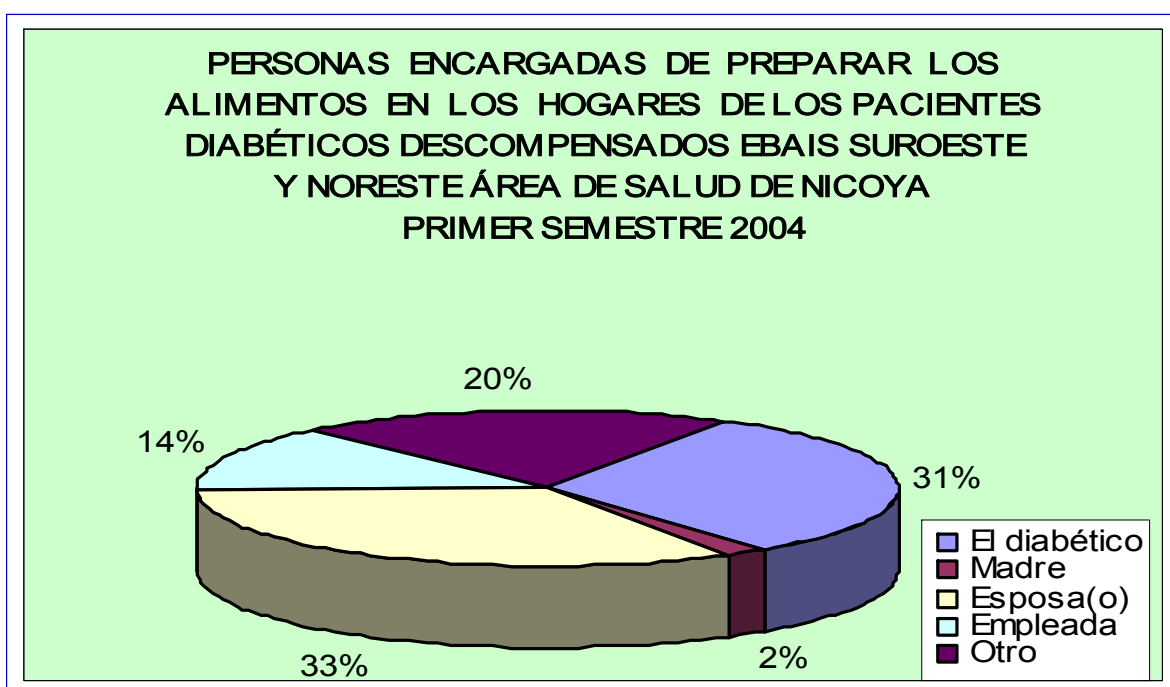
Las frutas son consumidas ocasionalmente cuando realizan mandados o van a la feria del agricultor los fines de semana.

Este tipo de plato en los hogares de los diabéticos está cargado de alimentos harinosos que producen en el organismo mayor cantidad de azúcares.

Con relación al tipo de grasa utilizada para la preparación de los alimentos, el 75.5% de los hogares utiliza aceite mientras que el 24.3%; un porcentaje representativo; lo realizan con manteca.

En cuanto a los responsables de preparar los alimentos en los hogares de los pacientes diabéticos; la investigación evidencia que en el 31% de los casos es la misma persona diabética quien realiza esta acción, el detalle en el siguiente gráfico:

GRAFICO #9



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Otro aspecto que se tomó en cuenta fue el consumo de bebidas alcohólicas de los pacientes diabéticos descompensados, donde el 27.5%% refirió consumir a veces este tipo de bebidas, principalmente en fiestas, cumpleaños o eventos especiales, lo que se detalla en el cuadro #12:

CUADRO #12
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN PACIENTES DABETICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

CONSUMO DE BEBIDAS	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	0	0	0	0
CASI SIEMPRE	1	12	13	8.2 %
A VECES	23	21	44	27.5%
NUNCA	43	60	103	64.3%
TOTAL	67	93	160	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.3.2 Cumplimiento del régimen alimentario:

En personas diabéticas es importante el cumplimiento de los seis tiempos de comidas recomendados, que consisten en tres comidas principales (desayuno, almuerzo y comida) y una o dos meriendas pequeñas (a media mañana o media tarde), meriendas que serán necesarias solo si hay más de cuatro horas entre un tiempo de comida principal y otro.

Las personas que se inyectan insulina deben hacer una pequeña merienda antes de acostarse, para evitar que se presenten hipoglicemias durante la noche o madrugada.

Es así como, del total de pacientes entrevistados solamente el 19.4% cumple siempre el régimen de dieta establecido, lo que evidencia que el no cumplir con los tiempos de comida recomendada pueda ser un factor sobresaliente en las causas de descompensación de estos pacientes. Información que se detalla en el cuadro #13:

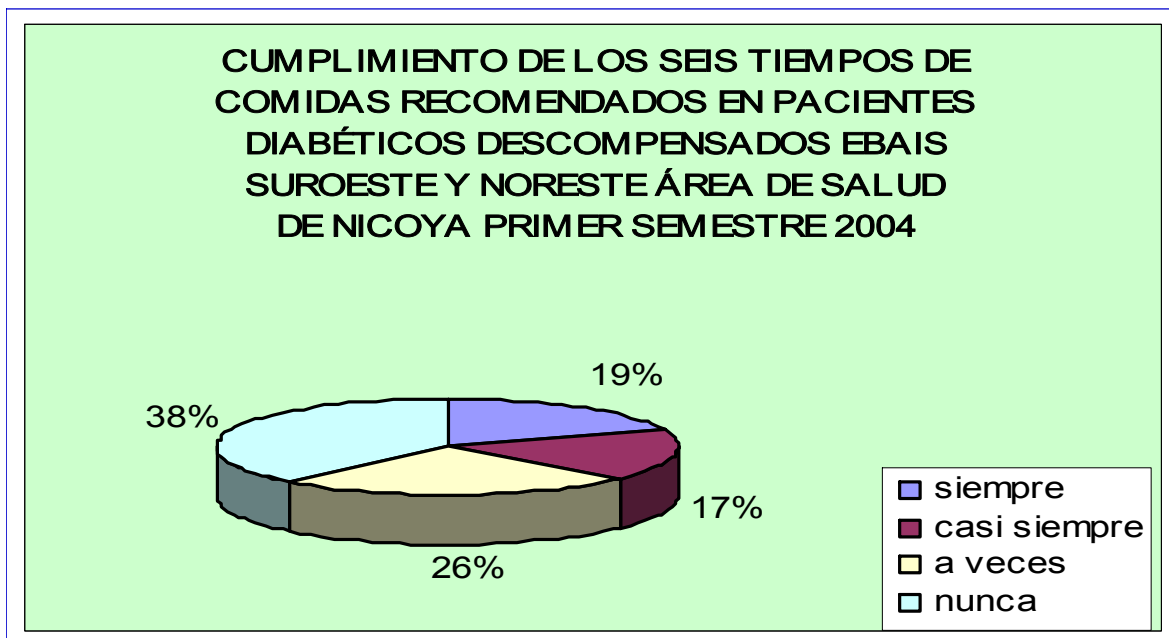
CUADRO #13
CUMPLIMIENTO DE LOS SEIS TIEMPOS DE COMIDAS RECOMENDADOS EN
PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y
NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

CUMPLIMIENTO	EBAIS		TOTAL	
	NORESTE	SUROESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	13	18	31	19.4%
CASI SIEMPRE	12	15	27	16.9%
A VECES	17	24	41	25.6%
NUNCA	25	36	61	38.1%
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

El siguiente gráfico se aprecie el detalle de este cumplimiento en forma general:

GRAFICO #10



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Llama la atención que cuando los pacientes manifiestan que no cumplen con el régimen establecido, se refieren principalmente a las meriendas y sobre todo al consumo de frutas que por lo general es lo que se les recomienda.

Con relación a la asistencia a consultas de nutrición por parte de los pacientes diabéticos, el 48.8% manifiesta que nunca han ido, ya que el médico tratante no los ha mandado a esta consulta; o que fueron cuando formaban parte de la clínica de diabéticos que funcionaba anteriormente en el Hospital de la Anexión. Solamente el 22.5% asiste puntualmente a estas consultas, lo que se evidencia en el cuadro #14

CUADRO #14
ASISTENCIA A CONSULTAS DE NUTRICIÓN DE PACIENTES DIABETICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

ASISTENCIA A CONSULTAS	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	15	21	36	22.5 %
CASI SIEMPRE	04	09	13	8.1 %
A VECES	13	20	33	20.6 %
NUNCA	35	43	78	48.8 %
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Cuando se les pregunta si en las consultas médicas, les indican sobre la importancia de una dieta balanceada para el mejor control de su enfermedad, el resultado se evidencia en el cuadro #15;

CUADRO #15
EXPLICACIÓN DEL MEDICO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA DIETA A
DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE
AREA DE SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

EXPLICACIÓN DADA	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SI	46	60	106	66.25%
NO	21	33	54	33.75%
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Lo que demuestra que de una u otra forma los pacientes diabéticos que asisten a consultas programadas tienen información sobre el tema de la alimentación; sin embargo en la práctica la situación es diferente, ya que no cumplen con estas recomendaciones.

4.4 COSTUMBRES EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD

Entendida como las formas en que el paciente diabético ha utilizado el tratamiento prescrito por el médico para el manejo de la enfermedad.

4.4.1 Practicas utilizadas en el manejo de la enfermedad:

La investigación realizada demuestra que del total de pacientes entrevistados; el 57.5% utiliza para su control médico el tratamiento a base de pastillas, insulina y dieta, lo que evidencia la complejidad en el manejo de la enfermedad. El EBAIS Noreste es el que presenta más casos de diabéticos con tratamiento de pastillas, insulina y dieta; el detalle por EBAIS en el cuadro #16:

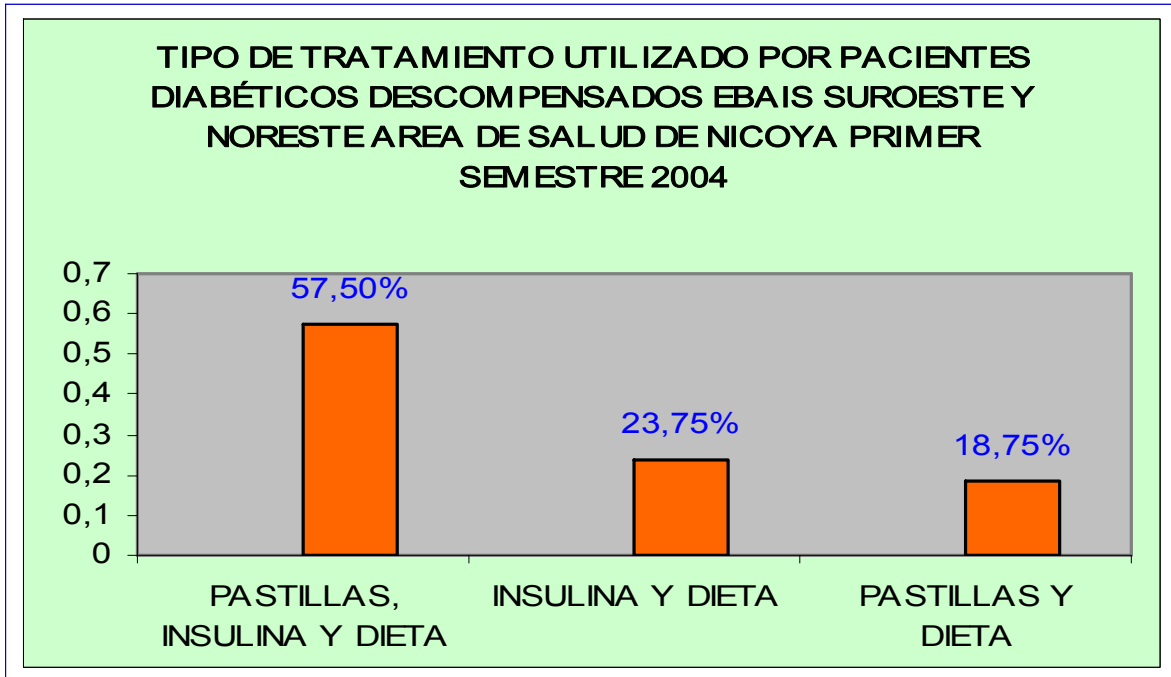
CUADRO #16
TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO POR PACIENTES DIABÉTICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

TIPO DE TRATAMIENTO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
PASTILLAS, INSULINA Y DIETA	38	54	92	57.5%
INSULINA Y DIETA	17	21	38	23.75%
PASTILLAS Y DIETA	12	18	30	18.75%
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

En el siguiente gráfico se resumen el tipo de tratamiento en el total de los pacientes diabéticos entrevistados:

GRAFICO #11



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Con relación a las consultas programadas de diabéticos en su respectivo EBAIS, la mayoría manifiesta que sus consultas de control son cada tres meses, lo que demuestra el cumplimiento de la norma para la atención de pacientes diabéticos; el detalle en el cuadro #17:

CUADRO #17
ASISTENCIA A CONSULTA PROGRAMADA PARA PACIENTES DIABÉTICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE
NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

ASISTENCIA A CONSULTA	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
CADA MES				
CADA 2 MESES	03	03	06	3.75%
CADA 3 MESES	58	86	144	90 %
CADA 4 MESES	06	04	10	6.25%
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Todos coincidieron en que la consulta que se da actualmente en los EBAIS es en forma individual, añorando los tiempos en que compartían como grupo en el Auditorio del Hospital de la Anexión, sobre todo los entrevistados mayores de 60 años.

Donde lo que más les hace falta según manifiestan, es el compartir con sus compañeros; el apoyo del grupo de iguales, el hecho de poder hablar de cualquier tema y de conocerse más como personas con un mismo padecimiento.

Estos grupos se conformaban por sectores y barrio, con alrededor de 30 participantes, se iniciaba con una charla sobre un tema relacionado con la enfermedad, se les brindaba el servicio de corte de uñas en casos especiales y la atención individualizada por parte del médico tratante, así como actividades recreativas y de otra índole como parte de la Asociación de pacientes crónicos y por lo general terminaban con un “refrigerio saludable”.

Actualmente, manifiestan, “solamente llegan a la consultan le entregan la nueva receta y salen del consultorio”, son pocas las veces que les hacen un “chequeo” y les medican por alguna otra molestia que tengan, situación que muchas veces hacen que pierdan las citas programadas y lleguen otro día por las recetas.

De la población entrevistada; el 100% coinciden en que la insulina debe guardarse en el refrigerador; además tienen el conocimiento de cómo prepararla para su aplicación. Sin embargo, un 20% de los entrevistados no se aplican personalmente el medicamento, principalmente por miedo, dándoles esta función por lo general a las hijas.

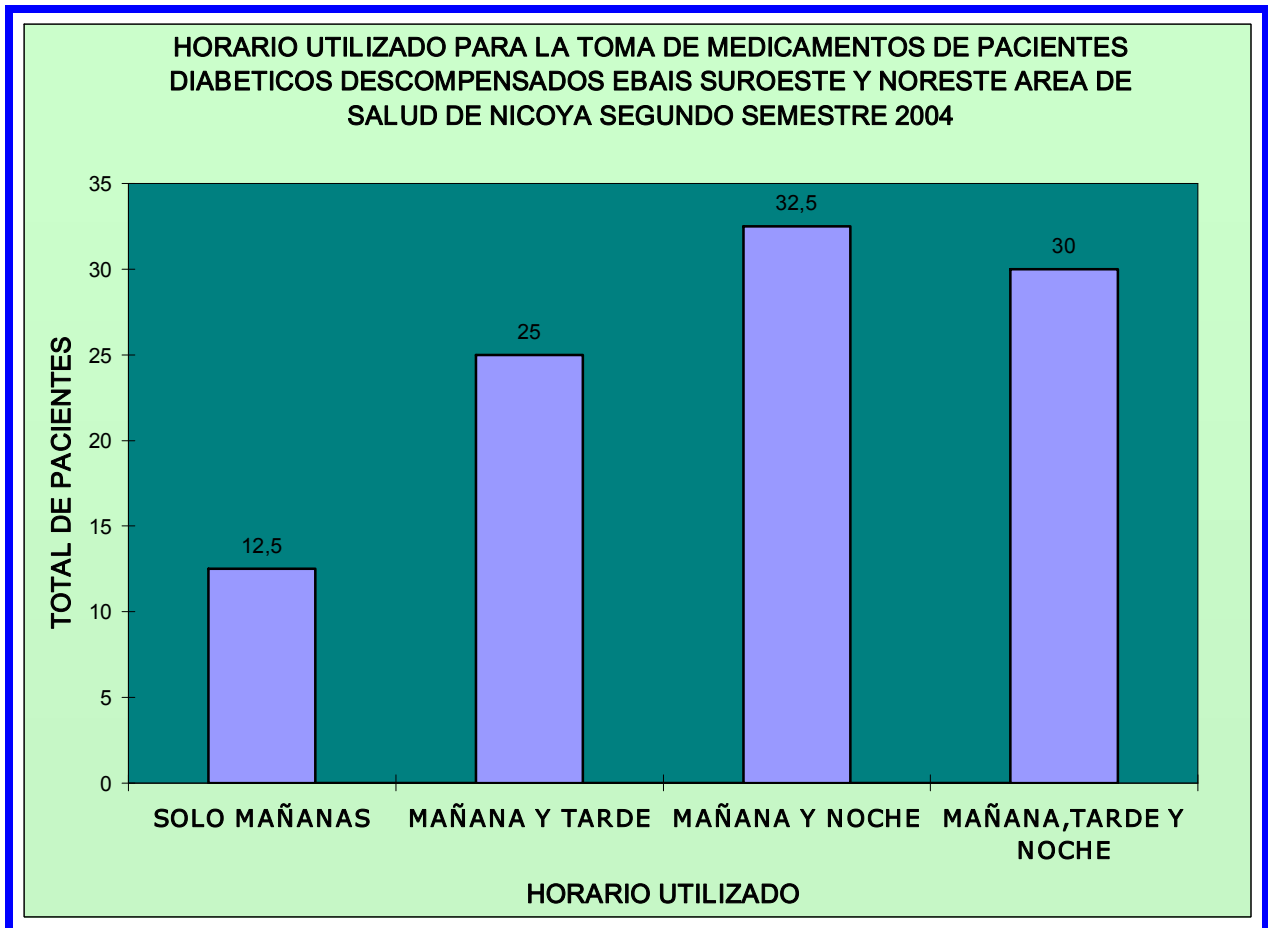
Con relación al horario de la toma o aplicación del medicamento, el mayor porcentaje lo tienen los diabéticos que utilizan el medicamento en la mañana y en la noche, cuyo valor representa el 32.5% del total de entrevistados. El detalle por EBAIS en el cuadro #18 y gráfico #12:

CUADRO #18
HORARIO UTILIZADO PARA LA TOMA O APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO
BRINDADO A PACIENTES DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS EBAIS
SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE
NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

HORARIO	EBAIS		ABSOL	TOTAL RELAT
	SUROESTE	NORESTE		
SOLO EN LA MAÑANA	11	09	20	12.5 %
MAÑANA Y TARDE	15	25	40	25 %
MAÑANA Y NOCHE	15	37	52	32.5 %
MAÑANA TARDE Y NOCHE	26	22	48	30 %
TOTAL	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

GRAFICO #12



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Como en toda enfermedad, los mejores resultados no dependen solamente del tratamiento alopático que se le asigne a la persona sino también de la disposición de ésta al tratamiento prescrito, de su estado emocional, del ritmo de vida que lleva y también de la forma de ver la vida.

En este sentido cuando se les comenta sobre el consumo de productos no tradicionales paralelos al consumo de medicamentos, es importante mencionar que el consumo de remedios caseros, principalmente infusiones de hojas y cáscaras de árboles originarios de la zona, ocupan un lugar importante. Datos que se aprecian el cuadro #19.

CUADRO #19
LISTADO DE PRODUCTOS CONSUMIDOS PARA AYUDAR A CONTROLAR LA
DIABETES EN PACIENTES DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y
NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

PRODUCTO UTILIZADO	FORMA DE PREPARACIÓN
Hojas de almendro	Hervidas
Hojas de mata de cucaracha	Hervidas
Cáscaras del árbol de Hombre Grande	Hervidas
Hojas de Guanábana	Hervidas
Hojas del árbol de manzana de agua	Hervidas
Nonis mezclado con jugo de naranja	Refresco
Nonis mezclado con jugo de uvas	Refresco
Hojas y cáscaras de bejuco del zorosí	Hervidas
Hojas de Guayabo	Hervidas
Hojas de Gavilana	Hervidas
Hojas de cas y hojas de café	Té caliente
Hojas de Juanislama	Hervidas
Sávila	Refresco
Hojas de Romero	Hervidas
Hojas del árbol de Guanacastillo	Hervidas
Hojas tiernas del árbol de Cuasquite	Hervidas
Hojas del árbol de Marañón	Hervidas
Hojas de Piña	Hervidas
Hojas del árbol de Mango.	Hervidas
Hojas del árbol de Zapotillo	Hervidas
Hojas de Guarumo	Hervidas

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Cuando los pacientes diabéticos refieren hacer estas “tomas”, mencionan que primero lavan el producto a consumir, lo hierven por un período considerable de tiempo hasta que el agua cambie de color, lo dejan enfriar, lo cuelan, lo echan en un frasco tapado y lo meten al refrigerador en la mayoría de los casos y lo están tomando una o dos veces al día, preferiblemente en ayunas.

Más del 50% de los entrevistados mencionaron utilizar estas sustancias, una minoría utiliza productos homeopáticos, suero hidratante y guardan la costumbre de consumir avena integral al desayuno. Con respecto a la actividad física menos porcentaje la practican. En el cuadro #20 se detallan las acciones que los pacientes diabéticos utilizan como complemento al tratamiento prescrito por el médico.

CUADRO #20
ACCIONES COMPLEMENTARIAS QUE REALIZAN LOS PACIENTES
DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS PARA AYUDARSE EN EL CONTROL
DE SU ENFERMEDAD EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

ACCIONES	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA	08	10	18	27%
PARTICIPACIÓN EN GRUPOS RECREATIVOS SON DEL PENSAMIENTO DE QUE PUEDEN CONTROLAR SU ENFERMEDAD Y TRATAN DE LLEVAR UNA VIDA TRANQUILA	09	11	20	12.5%
CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS Y REMEDIOS CASEROS	12	26	38	31.25%
TOTAL	38	46	84	52.5%
	67	93	160	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.4.2- Mitos en el manejo de la diabetes:

Con relación a la enfermedad y el concepto que manejan de la misma, el 27% de la población entrevistada considera que se van a curar, cifra significativa, si se toma en cuenta que es una enfermedad crónica y donde además el 88% manifestó conocer este concepto, cuando se les hizo esta pregunta.

En algunos de los casos mencionan que ellos saben que la diabetes es una enfermedad crónica, que no tiene cura, sin embargo también mencionan que existen los “milagros”, mencionan ejemplos de personas que prácticamente están “curadas”

Con relación al uso de la insulina, existe también un porcentaje significativo de personas, el 38%, que consideran que este medicamento provoca ceguera en quien lo utiliza. Incluso cuando se les pregunta a los familiares de los pacientes diabéticos si éstos se niegan a aplicarse el tratamiento, el 8% menciona que en ocasiones sus familiares no desean inyectarse por este temor, a pesar de que se les ha informado que esta es la mejor opción para manejar su enfermedad.

En opinión de sus familiares, los pacientes diabéticos descompensados cuando sienten algún síntoma de alteración en sus niveles de glicemia, les solicitan la preparación de remedios caseros, en más del 70% de los casos, lo que coincide con los datos suministrados por los propios diabéticos, lo que evidencia el fuerte uso que se le da en la zona al consumo de productos naturales. El detalle de la información en el cuadro #21.

CUADRO # 21

PRINCIPALES CREENCIAS EN TORNO AL PROBLEMA DE LA DIABETES SEGÚN PACIENTES DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE ÁREA DE SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004				
CREENCIAS	ABSOLUTOS		RELATIVOS	
	SI	NO	SI	NO
QUE SE VA A CURAR DE ESTA ENFERMEDAD Y DE QUE EXISTEN LOS MILAGROS	43	117	27%	73%
QUE LA INSULINA PROVOCA CEGUERA	61	99	38%	62%
QUE NO SE APLICAN LA INSULINA POR TEMOR A QUEDAR CIEGOS	13	147	8%	92%
FE EN LOS REMEDIOS CASEROS	84	76	52.5%	47.5%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.5 OPINIÓN DE LOS FAMILIARES QUE TIENEN A SU CARGO EL CUIDADO DE PACIENTES DIABÉTICOS

4.5.1- Apoyo familiar:

El rol de educadores o acompañantes que juegan los familiares de pacientes diabéticos es importante, si se quiere que estos no se descompensen continuamente y si en realidad se pretende que tengan una mejor calida de vida.

Cuando se les pregunta a los familiares sobre los cuidados que necesitan las personas diabéticas en sus hogares, el 62% manifiestan estar a cargo de los cuidados que necesita el paciente; incluso cuando se les pregunta que si al paciente se le da o aplica el tratamiento a la hora indicada, el 88% manifiesta que siempre lo hacen así. El detalle en el cuadro #22:

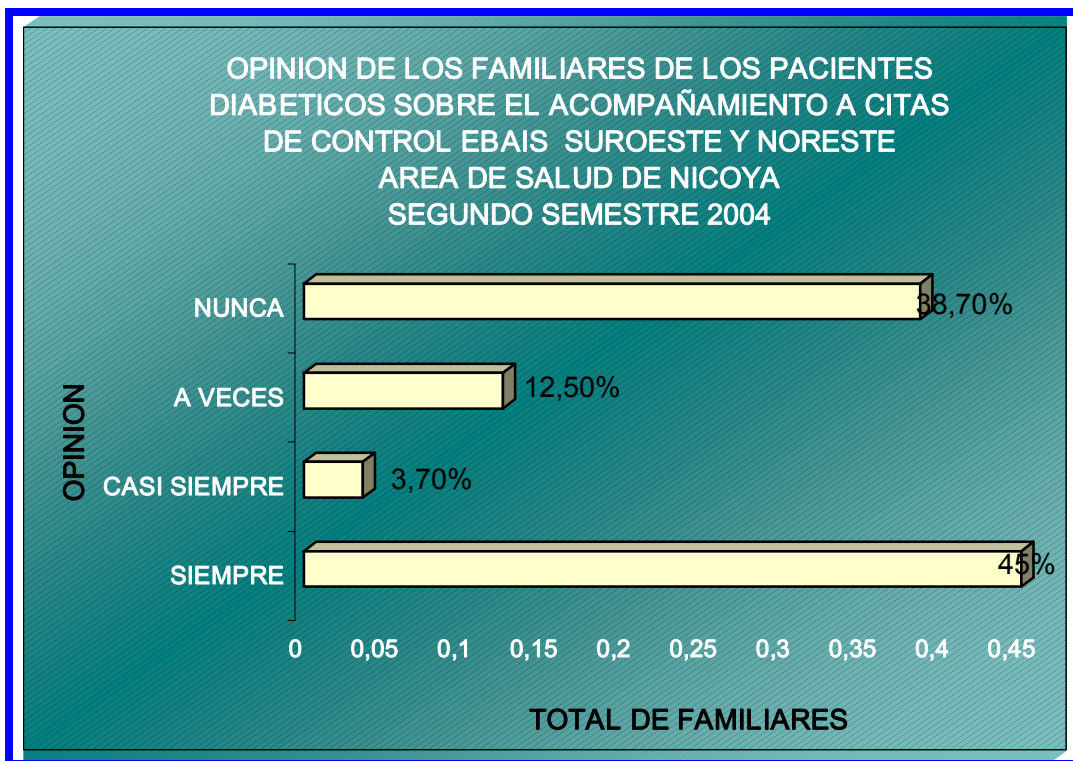
CUADRO #22
OPINION DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DIABETICOS
DESCOMPENSADOS SOBRE LA APLICACIÓN O TOMA DE
MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA EBAIS SUROESTE
Y NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

OPINION DE FAMILIARES	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	31	40	71	88.75%
CASI SIEMRE	03	06	09	11.25%
A VECES				
NUNCA				
TOTAL	34	46	80	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

El acompañamiento de los familiares a las citas de control médico, un aspecto primordial para que el personal de salud pueda aclarar las dudas sobre los medicamentos y demás acciones que todo paciente crónico debe realizar para un mejor control de su enfermedad; solamente el 45% opina que siempre algún miembro de la familia los acompaña, que no puede ir la misma persona todo el tiempo, pero por lo general alguien de la familia los acompaña. En el gráfico #13 se puede apreciar dicha información:

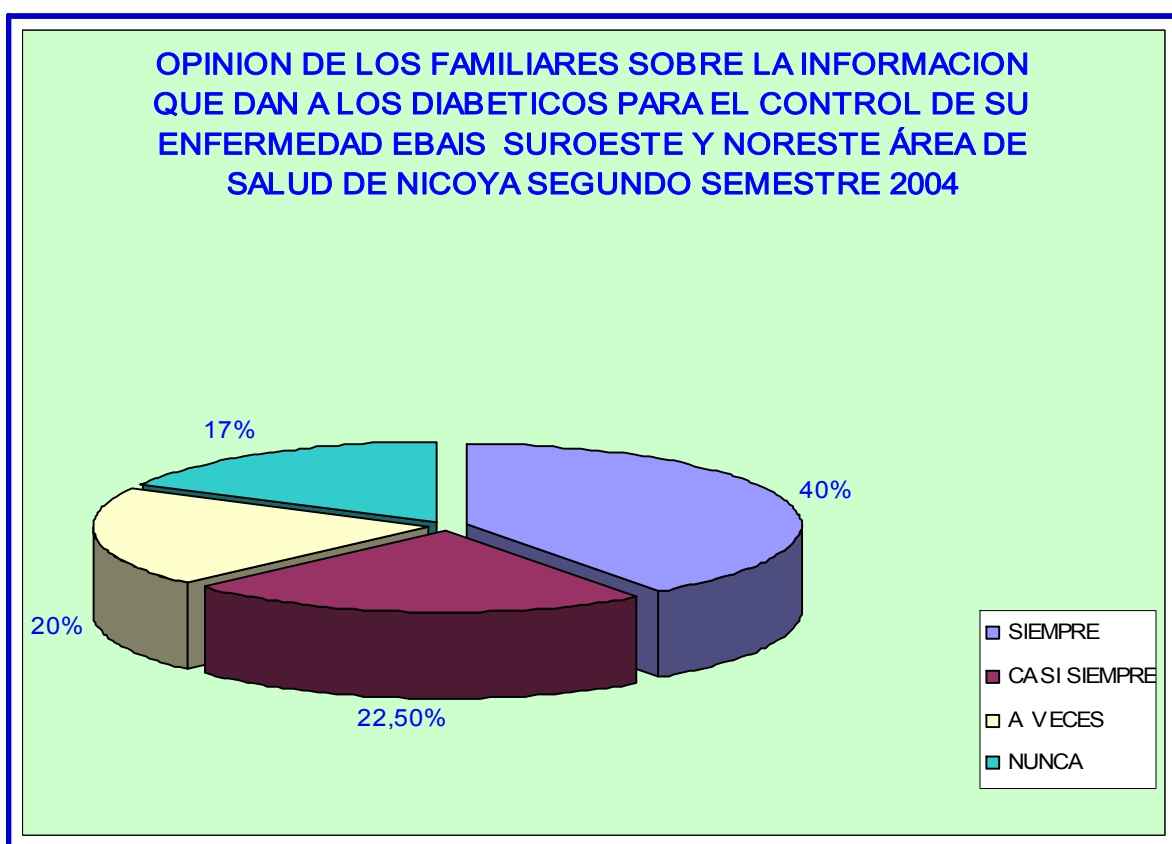
GRAFICO #13



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Con respecto a la opinión de los familiares sobre la información que les dan a los diabéticos sobre la importancia de llevar un adecuado control de su enfermedad, sobre que debe tomarse o aplicarse y a que hora lo debe hacer, el 40% manifiesta que siempre cumplen con esta labor, información que contrasta con la brindada por los pacientes diabéticos, puesto que un porcentaje representativo (ver cuadro #4) manifiesta que en su casa no les orientan en este sentido. El detalle en el gráfico #14:

GRAFICO #14



Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Cuando se les solicita a los familiares que explique con más detalle sobre su participación en las indicaciones que dan a los pacientes diabéticos sobre como deben utilizar los medicamentos prescritos los datos son diferentes, el 36.25% refieren que casi siempre le brindan esta información, mientras que el 18.7% manifiestan que nunca.

CUADRO #23
INFORMACION DADA POR LOS FAMILIARES AL PACIENTE DIABETICO
SOBRE EL USO DEL TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL CONTROL
DE LA ENFERMEDAD EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA
DE SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	16	8	24	30 %
CASI SIEMPRE	6	23	29	36.25%
A VECES	3	9	12	15 %
NUNCA	9	6	15	18.75%
TOTAL	34	46	80	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.5.1- Dieta:

A criterio de las familias entrevistadas sobre la forma en que se preparan los alimentos la situación es muy similar con lo manifestado por los propios diabéticos, ya que lo más común es acompañar el arroz y los frijoles con picadillo, con algún pedazo de pollo ya sea frito o sudado con papas, en ocasiones con plátano o tortilla y fresco.

CUADRO #24
VARIEDAD DE FORMAS EN QUE SE PREPARAN LOS ALIMENTOS SEGÚN
FAMILIARES DE LOS DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS EBAIS
SUROESTE Y NORESTE AREA DE SALUD DE NICOYA
PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		ABSOL	TOTAL
	SUROESTE	NORESTE		RELAT
FRITOS	20	25	45	17%
EN SALSA	29	39	68	26%
COCIDOS	25	32	57	21%
ASADOS	10	25	35	13%
EN PICADILLO	26	36	62	23%
TOTAL	110	157	267	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Cuando se les pregunta a los familiares sobre que se utiliza en la preparación de los alimentos, el 100% de los entrevistados coincide en que se utilizan cereales, principalmente arroz y frijoles, algunas veces verduras, hortalizas y carnes, mientras que el consumo de frutas se realiza de manera ocasional, de acuerdo a la temporada del año.

Con relación al cumplimiento de la dieta, la opinión de los familiares no varía con relación al de los propios diabéticos, ya que el mayor porcentaje de éstos opina que los diabéticos no respetan los seis tiempos de comida. El detalle en el siguiente cuadro:

CUADRO #25
CUMPLIMIENTO DE LOS SEIS TIEMPOS DE COMIDAS RECOMENDADOS EN
PACIENTES DIABETICOS DESCOMPENSADOS, SEGÚN OPINIÓN DE SUS
FAMILIARES EBAIS SUROESTE Y NORESTE ÁREA DE SALUD DE
NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	07	14	21	26.25%
CASI SIEMPRE	05	08	13	16.25%
A VECES	10	11	21	26.25 %
NUNCA	12	13	25	31.25%
TOTAL	34	46	80	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Sin embargo, cuando se les pregunta si los pacientes diabéticos respetan las cantidades recomendadas de comida, el 52.5% de los familiares mencionan que siempre lo hacen, lo que demuestran que no son todos los que están al cuidado de que esto se cumpla como grupo de apoyo primario al paciente diabético. Esta información contrasta con los datos de preparación de alimentos, donde más del 30% de los diabéticos dicen que preparan sus propios alimentos.

Con relación a la información que brinda el médico sobre la importancia de cuidar lo que se come en el hogar, el 35% considera que el médico no le brinda información al paciente diabético sobre el cuidado de la dieta. El detalle en el siguiente cuadro:

CUADRO #26
INFORMACIÓN BRINDADA POR EL MÉDICO SOBRE EL CUIDADO DE LA DIETA
DEL PACIENTE DIABÉTICO DESCOMPENSADO SEGÚN OPINIÓN DE
FAMILIARES EBAIS SUROESTE Y NORESTE ÁREA DE SALUD
DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	05	05	10	12.5%
CASI SIEMPRE	09	11	20	25%
A VECES	07	15	22	27.5%
NUNCA	13	15	28	35%
TOTAL	34	46	80	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

La visita de seguimiento de casos especiales es una labor que se realiza en el primer nivel de atención como parte de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. En este sentido se les preguntó si el personal de salud verifica en las visitas que realiza a los hogares, la dieta mandada a los pacientes diabéticos descompensados y solamente el 16.25% mencionó que esta actividad casi siempre se hace, lo que se describe a continuación:

CUADRO #27
VERIFICACIÓN DE DIETA BRINDADA A PACIENTES DIABÉTICOS
DESCOMPENSADOS EN VISITAS A HOGARES SEGÚN OPINIÓN
DE FAMILIARES EBAIS SUROESTE Y NORESTE ÁREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE				
CASI SIEMPRE	05	08	13	16.25%
A VECES	11	19	30	37.5%
NUNCA	18	19	37	46.25%
TOTAL	34	46	80	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

4.5.2 Costumbres en el manejo de la enfermedad:

En opinión de sus familiares, los pacientes diabéticos descompensados cuando sienten algún síntoma de alteración en sus niveles de glicemia, les solicitan la preparación de remedios caseros, en más del 50% de los casos, lo que coincide con los datos suministrados por los propios diabéticos, lo que evidencia el fuerte uso que se le da en la zona al consumo de productos naturales.

CUADRO #28
USO DE REMEDIOS CASEROS PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN
PACIENTES DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS SEGÚN VERSIÓN DE SUS
FAMILIARES EBAIS SUROESTE Y NORESTE ÁREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	03	09	12	15 %
CASI SIEMPRE	09	06	15	18.75 %
A VECES	14	15	29	36.25 %
NUNCA	18	16	24	30 %
TOTAL	34	46	80	100 %

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

Cuando al familiar se le pregunta si al paciente diabético se le aplica o se le da el tratamiento a la hora indicada de acuerdo a lo estipulado por recomendación médica, el 88.75% manifiesta que siempre se hace de acuerdo a lo establecido y solamente el 11.25% manifiesta que casi siempre se hace como lo manda en médico.

En el caso de que los pacientes no se quieran inyectar la insulina por temor a quedar ciegos, los familiares opinan que en realidad son pocos los diabéticos que no se aplican el medicamento; solamente el 13.6% de los familiares en algún momento han enfrentado a estos pacientes.

4.6-Opinión de los funcionarios de salud que tienen a su cargo la atención de pacientes diabéticos:

Con relación al médico como encargado directo de la atención al paciente diabético descompensado en los EBAIS Suroeste y Noreste, ambos funcionarios coincidieron en que siempre aplican las normas de atención para el primer nivel de atención a todo paciente diabético que asiste a consulta programada, para lo cual casi siempre participan en jornadas de actualización sobre el tema, cuando la institución las programa.

Ambos funcionarios manifiestan que siempre le informan y educan al diabético que llega a las consultas sobre su enfermedad, sobre el régimen alimentario a seguir, sobre la importancia de cumplir el horario de aplicación o toma del medicamento, pero mencionan encontrarse con una situación y es que los pacientes en la mayoría de los casos llegan solos a las consultas. Cuando son acompañados por un familiar; el funcionario aprovecha para realizar alguna actividad educativa orientada a informar a la familia sobre el tema de la diabetes. Dicha atención se brinda de manera individual.

Mencionan también que cuando el paciente no presenta mejorías en sus niveles de glicemia entre una cita de control y otra; es referido al servicio de Nutrición del Área de salud.

Cuando se presentan casos de que el paciente diabético falta a las citas programadas, se utilizan varias estrategias para continuar con dicho control. En primera instancia; si es factible se localiza por teléfono para averiguar las razones de su ausencia y reprogramar la cita; o se atiende de recargo cualquier otro día que asista a consulta.

Dentro de las recomendaciones brindadas a los pacientes diabéticos para un mejor control de su enfermedad, aparte del cumplimiento en el tratamiento médico, se les recomienda: realizar ejercicios y autocontrol. Son concientes los médicos de que el paciente utiliza otras sustancias diferentes a los tratamientos prescritos para controlar su enfermedad, incluso conocen el nombre de algunas plantas utilizadas como: sorosí, madero negro, cucaracha.

Con relación a la opinión de la Nutricionista que atiende a estos pacientes, refiere que lo hace tanto individual como en grupo. Son atendidos por referencia de los médicos.

En cada una de las citas de control se les informa y educa sobre su enfermedad, sobre el régimen alimentario a seguir, se les recomienda realizar ejercicio y educar a sus familiares sobre la enfermedad.

A cada paciente diabético descompensado se le realiza la dieta de acuerdo a los requerimientos nutricionales y a su situación socioeconómica, haciendo énfasis en la importancia de cumplir el horario de toma de medicamentos.

Igual que los médicos, se enfrenta con la situación de que son pocos los pacientes que llegan a consulta acompañados por sus familiares, casi solamente aquellos de mayor edad y que no pueden movilizarse por si mismos.

Menciona que cuando un paciente diabético falta a la cita de control, se reprograma la cita, se atiende de recargo cualquier otro día y se anota en el expediente.

4.7-Triangulación de las informaciones:

Toda la información recopilada por medio de las encuestas a los propios pacientes diabéticos, sus familiares, la entrevista a médicos y nutricionista que atienden directamente a estos pacientes en las consultas , así como la observación de diferentes fenómenos durante las visitas a los diferentes hogares, permiten a los investigadores expresar que tanto el apoyo familiar, la dieta y las costumbres; son factores condicionantes en la descompensación de estos pacientes, ya que están entrelazados unos con otros.

4.7.1-Con relación a la variable apoyo familiar; del total de pacientes encuestados solamente el 36% manifestó que sus familiares están pendientes de los cuidados que deben tener en sus hogares, es decir; más de 60% de estos pacientes no reciben ningún apoyo de sus familiares en cuanto al manejo de la enfermedad. Si a estos datos le agregamos lo relacionado al acompañamiento a citas de control, la cifra se reduce aún más ya que solamente el 20.6% de los pacientes es acompañado por algún familiar, información que es completamente diferente a la brindada por los familiares, debido a que el 45% manifestó que siempre “alguien” acompaña a estas personas a las citas. Sin embargo, cuando se entrevista a los médicos y nutricionistas coinciden en manifestar que muy pocas veces los familiares acompañan a los diabéticos a las citas programadas, incluso que es esta una limitante a la hora de brindar educación a esta población.

Con lo anterior queda de manifiesto que la función socializadora de la familia no se cumple realmente en las familias de los diabéticos, puesto que no hay un compromiso real de todos los integrantes para un debido control de la enfermedad. Tampoco se podría ver la familia como un sistema de apoyo completo que permita a los pacientes diabéticos soportar las diferentes crisis de la vida, no solo por la edad, en aquellos que sobrepasan los 50 años; sino las provocadas por la misma enfermedad.

Otro elemento importante de resaltar se relacionan con el aspecto de la comunicación e información que se pueda brindar por parte de sus familiares, ya que solamente en el 23.75% de las familias se conversa sobre esta enfermedad y muchas veces los diabéticos que asisten a control, tal vez por pena, miedo o vergüenza no preguntan a los funcionarios de salud, en las consultas sobre el manejo adecuado de su enfermedad, dudas que podrían despejarse si en el hogar se tratara este tema y si los familiares acompañaran a las citas a los diabéticos.

Cuando se trata el tema de ingreso económico; sobresalen dos aspectos importantes: por un lado, que los ingresos apenas alcanzan para cubrir los gastos básicos familiares y por otro, que existe un porcentaje representativo que está por debajo del salario mínimo y si a esto le anexamos el dato de composición familiar se evidencia que 30% de las personas con quien convive el paciente diabético corresponde a sus hijos, donde los ingresos de acuerdo a su actividad económica están en el rango de ¢151.000 a ¢200.000 colones, incluido en ocasiones el aporte de los diabéticos.

4.7.2- Con relación a la variable dieta; es importante resaltar que a excepción de los cereales, los porcentajes sobresalientes en los diferentes grupo de alimentos es el que corresponde al rango de “a veces”, ya que los entrevistados dijeron que por razones económicas no podían comprar todos los días frutas, verduras ni carnes, información que tiene una relación directa con el ingreso económico, donde el rango mayor es entre 151.000 a 200.000 mil colones, donde hay que sufragar gastos de pago de vivienda, de agua, luz, educación, teléfono, alimentación, para mencionar algunos, en familias con un promedio de 04 miembros aproximadamente.

Del total de pacientes entrevistados el 30% son los que preparan los alimentos en sus hogares, de diferentes formas, donde los alimentos fritos ocupan lugares relevantes y todavía se continúa con el hábito de consumir manteca en la preparación de las comidas, ya que el 24% de las familias entrevistadas, la consumen en vez del aceite.

Sobre la regularidad en las citas de control a nutrición, impresiona que el 48% manifiesta que nunca van a estas citas, lo que evidencia un porcentaje importante de ausentismo. Que anteriormente cuando los atendían en el Hospital de la Anexión si iban pero que no volvieron, e incluso algunos son del criterio de que no consumiendo azúcar se mantienen controlados, información que es confirmada por los familiares cuando les pregunta si se utiliza la “dieta diabética” en la preparación de los alimentos, puesto que el 51% de los familiares entrevistados manifestaron que no.

Cuando se les consulta a médicos y nutricionista sobre la asistencia a citas de control, refieren que tienen ausentismo y que se dan situaciones en que a los pacientes se les indica la dieta a seguir de acuerdo a sus características y llegan a las próximas citas con el mismo peso o han aumentado y con la promesa de que ahora en adelante si van a seguir la dieta.

Si se toma como punto de referencia el poco apoyo familiar en cuanto al seguimiento de las recomendaciones brindadas por el personal de salud, el factor económico y la poca asistencia a las citas de control, estaría el paciente diabético expuesto a una situación de ansiedad al conocer que tiene un régimen alimentario para el control de su enfermedad, pero no tiene los medios para llevarlos a cabo, situación que podría desencadenar en los resultados que se observaron, como rechazo a la dieta y en ocasiones abandono del seguimiento y control de su enfermedad.

4.7.3- Con relación a la variable costumbres en el manejo de la enfermedad; sobresalen el uso de la “medicina natural” como complemento en el manejo de la enfermedad, principalmente cocimientos de hojas y cáscaras de árboles y plantas conocidas en la zona por su “poder” curativo, ya que más del 50% de los entrevistados utilizan esta práctica.

Con respecto a otros criterios sobre el manejo de la enfermedad, el 38% de los entrevistados manifestaron cree que la insulina provoca ceguera en aquellas personas que la utilizan, creencia que es reforzada con la opinión de los familiares cuando se le pregunta si alguno de los diabéticos se niega a aplicarse el tratamiento, ya que el 9% de estos familiares manifiesta que “a veces” no se lo quieren aplicar por este temor. Sin embargo cuando se les consulta sobre los cuidados en la preparación de la inyección de la insulina así como la forma de aplicación el 100% coincidieron en conocer y manejar esta técnica.

El 27% de los diabéticos entrevistados creen, a pesar de tener varios años con la enfermedad y presentar alteraciones en sus niveles de glicemia, que se van a curar de la diabetes.

La situación anterior es relevante, si se parte el criterio de que en las diferentes consultas se brinda educación por parte del personal de salud sobre el manejo de la enfermedad, ante lo cual el paciente presenta una reacción de negación o rechazo activo de la enfermedad, con lo cual el riesgo de complicaciones es mayor.

Sin duda alguna, el personal de salud que atiende directamente a estos pacientes diabéticos descompensados, debe conocer el ambiente donde vive, con quien vive, su condición económica, con que tipo de alimentos cuenta en el lugar donde vive, todo con la finalidad de brindar una atención integral, que permita superar todos los temores y mitos en el control y seguimiento de esta enfermedad, que día a día es más común en nuestra comunidad y cada vez personas más jóvenes la padecen.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1- Conclusiones:

La diabetes mellitus es una enfermedad en la que el páncreas no produce insulina o la produce en forma insuficiente, por lo que el tratamiento actual está fundamentado en tener estilos de vida saludables y cumplir el tratamiento médico indicado.

Factores como el apoyo familiar, la dieta y las costumbres que tiene las personas que padecen esta enfermedad, están tan relacionados que no es posible realizar una separación de cada uno y decir con certeza cual tiene más peso sobre el otro.

Tal y como son atendidos actualmente los pacientes diabéticos por los médicos en los EBASIS, significa un factor de riesgo para la aparición de una mayor cantidad de descompensaciones y de complicaciones por esta enfermedad.

El diabético es atendido de manera individual y el médico no cuenta con el tiempo necesario para brindarle una mejor atención.

El mayor porcentaje de diabéticos descompensados que asisten a consulta programada en los EBASIS Suroeste y Noreste corresponde a personas entre los 50 y 70 años, 73%.

La atención brindada a los pacientes diabéticos no solamente compromete la calidad de vida de estos pacientes, sino que lleva a una saturación de los servicios de salud.

Existen fallas por parte de los funcionarios de salud en lo relacionado a la información, educación y control que da al paciente diabético.

La familia como elemento básico en la sociedad no está cumpliendo su rol en la atención al paciente diabético, ya que existe poco apoyo familiar en la preparación de los alimentos, en la orientación de cómo y cuando aplicarse en tratamiento y falta retroalimentación al conversar sobre la enfermedad en el seno del hogar.

El factor económico incide directamente en la dieta y por ende en la descompensación del paciente, ya que deben hacer frente a diferentes servicios básicos que absorben un alto porcentaje de sus ingresos.

La cultura arraigada en el paciente diabético en cuanto al uso de sustancias no medicadas se convierte en un factor de riesgo para el control de su enfermedad.

Los resultados de la investigación demuestran con relación al apoyo familiar que:

- ↪ Las respuestas ofrecidas tanto por los diabéticos, sus familiares y los funcionarios de salud que atienden directamente a esta población, coinciden en que los pacientes diabéticos descompensados forman parte de familias extensas, nucleares, conyugales y unipersonales, donde el promedio de habitantes por familia es de cuatro personas, con ingresos familiares que alcanza apenas para suplir los gastos básicos como vivienda, agua, electricidad, alimentación.
- ↪ Existe presencia significativa dentro de las familias; de niños y adolescentes, alcanzando ambas un 18%, así como personas mayores con diferentes tipos de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y asma entre otros.
- ↪ Solamente el 36% de los pacientes diabéticos tienen una atención continua por parte de sus familiares y esto se reduce a los cuidados, en la toma y aplicación del medicamento.
- ↪ Aunque los familiares desean proporcionar la mayor cantidad de los cuidados a los diabéticos, diversas actividades se lo impiden entre ellas, el trabajo, la educación y otras labores paralelas a la actividad y rol familiar que desempeñan, lo que incide negativamente en la aplicación del tratamiento en el hogar.
- ↪ Solamente el 20.6% de los diabéticos son acompañados a las diferentes citas de control en los EBAIS, lo que se convierte en un obstáculo para las labores de educación e información brindado por el personal de salud.
- ↪ Los pacientes son acompañados a citas solamente cuando presentan algún grado de incapacidad para la marcha o secuelas en la visión.
- ↪ La no asistencia de los familiares a las citas de control en un 52% obstaculiza la labor educadora de los funcionarios de salud.
- ↪ Solamente en el 23.75%, de las familias, se conversa sobre el tema de la diabetes, así como de la importancia de los tratamientos médicos, con lo que se evidencia que el manejo de dicha enfermedad es catalogada como una situación individual de quien la padece y no un problema de índole familiar y comunal.

Con relación a la dieta la investigación demostró que:

- ⇒ Es punto angular para el control del paciente diabético. El estudio demuestra dicho enunciado al encontrar personas con dietas poco saludables altas en harinas, debido al bajo ingreso económico, al desconocimiento de alimentos más saludables y la falta de apoyo familiar.
- ⇒ El paciente es valorado por la nutricionista en el primer nivel de atención, previa referencia médica.
- ⇒ Solamente el 22.5% de los diabéticos entrevistados asisten regularmente a las citas de nutrición programadas. Dichas consultas las realizan en forma individual y grupal, mientras que las consultas médicas son realizadas en forma individual.
- ⇒ El factor económico es un elemento importante de valorar al prescribir una dieta, ya que el dinero no alcanza para comprar todos los días vegetales y frutas; estas compras se realizan una vez por semana principalmente en la Feria del Agricultor o verdulerías.
- ⇒ La dieta de nuestra población se basa en arroz y frijoles, que si bien es cierto proporciona los carbohidratos que dan energía para hacer funcionar el cuerpo, es importante valorar las cantidades y la combinación de estos con otros alimentos como vegetales, frutas, productos de origen animal, así como grasas y azúcares, que en un adecuado equilibrio proporcionan vitaminas y minerales para obtener su optima capacidad.
- ⇒ Solamente el 19.4% de los entrevistados cumple con el régimen dietético establecido para el control de su enfermedad.
- ⇒ El 31% de los pacientes entrevistados son los responsables directos de la preparación de los alimentos en su hogar, donde sobresale el picadillo como acompañante del arroz y los frijoles, con la utilización en un 24.3% de manteca vegetal para la preparación de los alimentos.
- ⇒ Con relación al consumo de bebidas alcohólicas, en un 36% de los entrevistados lo ingieren “casi siempre” y “a veces”, lo que no deja de ser un peligro para los diabéticos de sufrir reacciones hipoglicémicas, debido a que la capacidad del hígado para la gluconeogénesis puede estar bloqueada por la falta de competencia de las enzimas hepáticas. Recomiendan algunos autores que se debe terminar con la idea errónea que el alcohol “quema las grasas”. Por el contrario, el alcohol produce hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Con relación a las costumbres en el manejo de la diabetes la investigación permitió demostrar que:

- ↪ Existen hay prácticas inadecuadas en el manejo de la enfermedad por parte de los pacientes, debido a cuestiones culturales, creencias, mitos y falta de información respecto a la enfermedad y su tratamiento.
- ↪ Es una práctica frecuente el uso paralelo de medicina no tradicional y que no es una práctica común el ejercicio, el llevar una vida tranquila y el participar en grupos recreativos, como una costumbre para mejorar su estilo de vida.
- ↪ El 27% de los diabéticos mantienen la creencia de que se van a curar de su enfermedad a pesar de las alteraciones presentadas durante el desarrollo de la misma, algunas personas manifiestan “tener la fe de que se van a curar, que todavía existen los milagros” y este es un pensamiento muy arraigado en nuestra comunidad, lo que se constituye en una forma de negación de las enfermedades.
- ↪ El 38% de los pacientes diabéticos entrevistados consideran que la insulina provoca ceguera en quien lo utiliza, sin hacer correlación que el inyectarse insulina significa que los niveles de glicemia en la sangre están demasiado altos y no pueden disminuirse solo con cambios en la alimentación.
- ↪ El 8% de los diabéticos que tiene tratamiento con insulina no se la administran, por temor a quedarse ciegos.
- ↪ Existe desconocimiento de los daños que produce la hiperglicemia en vasos sanguíneos, nervios y en los llamados órganos blanco, como el riñón y la visión, ocasionado por las creencias y la falta de información sobre el tema de la diabetes.

5.2-Recomendaciones:

Con fundamento en la información recopilada mediante la investigación de campo, su análisis y las conclusiones a las que se llegó, se proponen una serie de recomendaciones o elementos considerados importantes, como un aporte de los investigadores al problema de la descompensación en pacientes diabéticos de los EBAIS Suroeste y Noreste del Área de Salud de Nicoya.

A la gerencia del Área de Salud de Nicoya:

- Está demostrado que es poco lo que se puede lograr con un trabajo individualizado a nivel de consultorio. Es necesario buscar espacios de convivencia en que las personas diabéticas puedan socializar, sus temores, dolencias, dudas en torno al tema de la diabetes. Es importante buscar estrategias para realizar acciones en otro tipo de escenarios con los pacientes diabéticos, en especial acciones a nivel comunal y familiar, de manera que permitan mejorar su estilo de vida y se tengan familias y comunidades sanas.
- La evaluación y seguimiento son fases casi olvidadas en los procesos de capacitación, por lo que es de vital importancia que el Área de Salud retome estas fases, donde el personal encargado de ejecutar programas de capacitación cuente con los elementos pedagógicos que le faciliten desarrollar la etapa de evaluación, no solo al finalizar el evento, sino en forma continua. Además debe ser una evaluación cualitativa, ya que si bien es cierto interesa el número de acciones, es importante medir la calidad de la acción para lo que se debe integrar al paciente, quien puede aportar conocimientos que retroalimenten el proceso y de esta forma se asegura la continuidad de los mismos.
- Es importante el crear una estadística basada en los registros de controles de atención primaria que documente las características de los pacientes diabéticos, para basar en la evidencia las estrategias de prevención, promoción y manejo adecuado de la diabetes.
- Es importante que la Comisión de Docencia del Área de Salud asuma un rol más protagónico, mediante la ejecución de programas de capacitación dirigidas al funcionario, basada en una metodología que promueva la participación activa de los diabéticos y no se convierta éste solamente en un simple receptor de información.
- El control de los pacientes diabéticos debe realizarse en forma grupal; con el fin de que los mismos puedan socializar entre sí, expresando sus temores, sus

dolencias y sus dudas, constituyéndose esto en un proceso de retroalimentación para el funcionario, el médico y el paciente.

- Se debe realizar esfuerzos para reforzar la comunicación de los equipos de salud y cruzar información acerca del manejo de dichos pacientes, con el fin de crear una red que permita reconocer cuando un paciente no está llevando un control adecuado, o identificar claramente debilidades del sistema.
- Todo paciente diabético debe ser valorado en forma integral por el médico, la enfermera y la nutricionista. Esta valoración debe darse también en forma grupal, con el fin de que los pacientes aprendan de las experiencias de todos los integrantes del grupo.
- Este trabajo grupal es importante de rescatar, ya que dará contención en los trances difíciles de los diabéticos, es donde se llega a conocer realmente quien es el compañero del grupo, generando con ello verdaderos sentimientos de pertenencia, estima y seguridad, reemplazando en muchas ocasiones a aquellos miembros de sus propias familias.
- Con estos grupos consolidados los funcionarios de salud se convertirán entonces en orientadores de nuevos procesos que incluye adelantos científicos en el manejo de esta enfermedad ya que el grupo “caminaría solo” y se reforzaría la atención individualizada con actividades grupales y comunales, obteniendo como producto una retroalimentación positiva para la mejora en el manejo y control de dichos pacientes.
- Se deben fortalecer los procesos de información y educación al paciente diabético procurando establecer el tiempo adecuado y el espacio físico necesario; para brindar una atención de calidad al paciente.
- Se debe negociar a nivel institucional mayores espacios para la atención integral del paciente diabético, con el fin de mejorar la calidad de vida de éstos y disminuir los costos en atención y hospitalización.

A los funcionarios del Área de Salud encargados de la atención directa de los pacientes diabéticos:

- La actualización en el tema de la diabetes por parte del funcionario de salud juega un papel relevante, ya que es el encargado directo de brindar educación al paciente diabético, para el desarrollo de nuevos conocimientos, aptitudes y destrezas, orientadas en este caso, a transformar el concepto y el manejo de la diabetes mellitus.

- Todo el personal del Área de Salud de Nicoya debe reflexionar sobre los modelos de comunicación y las técnicas utilizadas en los procesos de capacitación. Es importante crear un programa de capacitación que responda a las características específicas y a las necesidades de la población diabética y a sus familiares, tomando en cuenta la diversidad de la población con la cual se va a trabajar para evitar la imposición de ideas.
- Es importante que todo funcionario de salud que brinde capacitación mejore sus habilidades en el “como comunicarse con el paciente”, pero no solamente en el uso de las técnicas, sino más bien en su contenido socio-cultural, en otras palabras que tenga conocimiento del entorno y el ambiente propio donde se desenvuelve el paciente.
- Es importante iniciar procesos de capacitación para las familias de los diabéticos, ya que el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.
- Las recomendaciones dietéticas se deben dar a los pacientes diabéticos acorde a las costumbres y hábitos alimentarios del país y la zona en particular, con indicaciones sencillas, referente a las cantidades y tipo de alimentos que se pueden consumir.

A las familias que conviven con pacientes diabéticos:

- Retomar el rol de educadores en el tema de la diabetes para tener familias saludables.
- Definir en conjunto con los funcionarios de salud estrategias de atención grupal y familiar para el mejor control de la enfermedad.
- Con la finalidad de no recargar a una sola persona en las familias el cuidado de pacientes con complicaciones importantes, es necesario buscar otros sistemas de apoyo para evita así el “síndrome de fatiga crónica” que podría dañar gravemente la relación.
- Fomento de grupos de autoayuda a nivel comunal en el tema de la diabetes. que funciones como soporte para todos los miembros y que proporcionen además una sensación de seguridad al paciente ante los acontecimientos imprevistos que pueden surgir.

BIBLIOGRAFIA

1. American Diabetes Association's 60th Annual Scientific Sessions. **Failure to reach treatment goals mandates better patient care and education.** San Antonio, Texas, EUA. June 2000. MedscapeWire: <http://endocrine.medscape.com/Medsc...2000/0600/medwire.0612.Failure.html>
2. Barrantes, Rodrigo. **Investigación. Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo.** San José, Costa Rica. UNED. 2002.
3. Bernárdez-Zerpa I, Comí R, Martín A y Rojas J. **Modificaciones clínicas en pacientes con educación diabetológica grupal.** Atención Primaria 1999; 24: 549.
4. CCSS. **Manual para la atención de la diabetes tipo2. En el primer nivel de atención.** 2002.
5. Colinas Cosio Ernesto. **Prevención de la diabetes.** ecolinas@prodigy.net.mx. 2004.
6. Dunn SM. **Rethinking the models and modes of diabetes education.** Diabetes Educ 1999 Nov-Dec; 25 (6 Suppl): 62-73.
7. Espino A, Aracelly U, Olga; Zambrano T, Zuleika. **Evaluación del uso de las normas de atención de la diabetes mellitus e hipercolesterolemia por parte del personal médico: El Caso de Coronado.** San José, 1995. 45 p. ilus. Tesis Presentada a la UCR para la obtención del grado de Posgrado de medicina familiar y comunitaria.
8. García R y Suárez R. **Patient education in the management of diabetes mellitus.** Patient Educ Couns 1996 Oct; 29: 87-97.
9. Gilden LJ, Hendryx MS, Clar S, Casia C y Singh SP. **Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients.** Diabetes Educ 1992 Jan-Feb; 18 (1): 40-46.
10. Gómez Barrantes Miguel. **Elementos de estadística descriptiva.** San José, CR: EUNED, 1986.
11. Grajales Hall Miriam. **Falta información acerca de la diabetes entre la población latina.** En w.w.w.groups.ucanr.org. 2003.

12. Grupo diabetes SAMF Y C. **Atención familiar a la diabetes.** w.w.w.cica.es.2004
13. Jiménez M. **El ausentismo como factor de riesgo en las enfermedades crónicas.** Revista Médica de Costa Rica 1993; 40: 61-65.
14. Jiménez Navarrete Manuel Fco. **El Paciente crónico. Programa de pacientes crónicos del Hospital de la Anexión.** San José, Costa Rica, Departamento de Publicaciones CCSS. 1990
15. Jiménez Navarrete, Manuel Fco; Ruiz Pérez, Leonor. **Perfil Educativo en los pacientes crónicos.** Revista Medica Costa Rica, Centroamérica ;(543): 89-93, abr-jun. 1998. Ilus
16. Lam WM, Li JK, Leung AY, Kwan WK. Department of Medicine and Geriatrics, Yan Chai Hospital, Tsuen Wan, Hong Kong. **Metbolic control of diabetes in a diabetes centre.** Hong Kong Med J. 2002 Dec; 8(6):419-26.
17. Lepore G, Bruttomesso D, Nosari I, Tiengo A, Trevisan R. Diabetes Unit, A.O. Ospedali Riuniti, Bergamo, Italy. **Glycaemic control and microvascular complications in a large cohort of Italian Type 1 diabetic out-patients.** Diabetes Nutr Metab. 2002 Aug; 15 (4):232-9.
18. Lozano M.L. y Armalé M.J. **Educación a diabéticos tipo 2: ¿por qué no en grupos?** Atención Primaria 1999; 23: 485-492.
19. **Manual Merck.** Editorial Salvat. 11va Edición. Barcelona, España. 2000.
20. Marín Rodríguez Zoila Rosa. **Elementos de nutrición humana.** San José Costa Rica. Editorial EUNED. 2000.
21. Méndez Raúl. **La inculturación del evangelio. Revista Umbrales. Revista de formación e información para un nuevo anuncio latinoamericano.** En: w.w.w. chasque. Apc.
22. Ministerio de Salud. **Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica.** Primera edición 1997.
23. Miranda Guido. **La Seguridad social y el desarrollo en Costa Rica.** San José, Costa Rica. EUNED,2003.440p.(Colección Ágora, Serie Estudios 2)
24. Moore H, Summerbell C, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Johnstone P, Ashton V, Kopelman P. **Dietary advice for treatment of type 2 diabetes**

- mellitus in adults** (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
25. Otieno FC, Ng'ang'a L, Kariuki M. Department of medicine, college of health Sciences, University of Nairobi, Kenya, East Africa. **Validity of random blood glucosa as a predictor of a quality of glycaemic control by glycated haemoglobin in out-patient diabetic patients at Kenyatta National Hospital.** East Africa Med J. 2002 Sep; 79(9):491-5.
26. Pierrot M y Rubin RR. **Modeling the effect of diabetes education on glycemic control.** Diabetes Educ 1994 Mar-Apr; 20: 125-128.
27. Pinckoc et al. **Diabetics treated with diet only have more complications.** *Lancet* 2004;363:423-428.
28. Poveda Salvá Rosa. **Cuidados a pacientes crónicos.** En w.w.w perso.wanadoo.es.2004.
29. Quesada Vargas Orlando. **Actualización médica periódica.** w.w.w ampm.com.2003.
30. Redhead J, Hussain A, Gedling P y McCulloch AJ. **The effectiveness of a primary-care-based diabetes education service.** J Intern Med 1993 Apr; 233: 321-326.
31. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. Octubre, Noviembre y Diciembre ,2003. Año LXX-Numero 565-Tomo LX. Jiménez F. et al. **La Atención Médica Actual de los EBAIS: Factor predisponente para una mayor aparición de descompensaciones y complicaciones en pacientes diabéticos.** Pp 145-153.
32. Salazar. Sonia. **El cuidado de los pies diabéticos.** Canal 7.Redacción de Buen Día. Junio 2004.
33. Sánchez Rivas Enrique. La Familia. **Bases teóricas para una reflexión pedagógica.** En: w.w.w romsur .com/ educa/ familia 1.htm. Junio 2004.
34. Sasson, A. 1993. La alimentación del hombre del mañana. En: Marín Rodríguez Zoila Rosa. **Elementos de nutrición humana.** San José Costa Rica. Editorial EUNED. 2000.
35. Solano Solano, Vera Argentina. **Cuantificación de la consulta de pacientes diabéticos e hipertensos en la clínica La Unión-Tres Ríos, Cartago, Costa Rica.** Revista Costarricense Ciencias Médicas 17(4):33-4, dic. 1996.

36. Swattee P, Lynch JC, Pendergrass ML. Tulane University Health Sciences Center, New Orleans, Louisiana. University of Louisiana at Monroe, Monroe, Louisiana. **Quality of care diabetic patients in a large urban public hospital.** Care Diabetic Journals. 2003 Mar;26(3): 563-8.
37. UNED. **Antología del Curso Seminario Taller de Técnicas Cualitativas y Cuantitativas de Investigación.** San José Costa Rica. UNED. 2003.
38. Vaquero P, Pallardo LF, Herranz de la Morena I, Luna R, Fernández C, Escobar Y et al. **Influencia de la Diabetes Mellitus en la urgencia hospitalaria.** Revista Clínica Española 1990; 4: 151-154.
39. Von Saalfeld Katheryn. **La diabetes mellitus y su dieta.** nutricion@racsa.co.cr. Junio 2004.
40. Zachary et al. **Clinical Highligths in Diabetes.** Copyright © 2001 Medscape Portals, Inc

ANEXOS

Anexo #1

Anexo #2

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SEDE NICOYA**

**CUESTIONARIO N.1
PARA DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS NORESTE/ EBAIS SUROESTE**

Respetuosamente le solicitamos responder a las preguntas que a continuación se le presentan.

El tema a investigar está relacionado con los factores que influyen en la descompensación del paciente diabético en el Área de Salud de Nicoya, en el primer semestre del 2004.

Las respuestas que usted nos brinde serán de gran utilidad para nuestro trabajo final de investigación en la Maestría de Servicios de Salud Sostenibles de la Universidad Estatal a Distancia, Sede Nicoya.

¡Muchas Gracias!

Lic. Aleyda Obando Briceño

Dr. Johnny Orozco Solano

I- IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____.

Edad: _____.

Sexo: _____.

EBAIS al que pertenece: _____.

II- AREA FAMILIAR:

1-Composición familiar (anote todas las personas que viven en su hogar)

Nombre	Edad	Sexo	Relación (con usted)	Nivel educativo	Ocupación	Salario aproximado

A continuación se le ofrecen una serie de preguntas, las cuales debe responder señalando con una X la (o las) respuesta que usted considere adecuada.

2- Tienen en su hogar acceso a los siguientes servicios básicos:

- () Agua potable.
 () Electricidad.
 () Salud.

3- Su vivienda está construida de:

- () Cemento.
 () Madera.
 () Zócalo
 () Otro. ¿Cuál? _____.

4-Existe en su hogar alguna persona que presente las siguientes enfermedades crónicas:

- () Diabéticos.
 () Hipertensión arterial.
 () Cardiópatas.
 () Asma.
 () Bocio.
 () Insuficiencia renal.
 () Epilepsia.

5- Algún miembro de su familia está pendiente de los cuidados que usted debe tener como diabético:

- () Siempre.
 () Casi siempre.
 () A veces.
 () Nunca.

6- Asiste usted a las citas de control de su EBAIS acompañado por algún familiar:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

7- Le brindan sus familiares los medicamentos diariamente:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

8- Conversan sus familiares con usted sobre el tema de la diabetes y sobre la importancia del uso de los medicamentos para su tratamiento.

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

III- DIETA DEL PACIENTE DIABÉTICO.

9- Le ha explicado el médico de su EBAIS en que consiste su enfermedad:

- Sí.
- No

10- Asiste usted a consultas de Nutrición en el EBAIS:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

11- Asiste usted a consultas de crónicos en su EBAIS cada:

- Mes.
- Dos Meses.
- Tres meses.
- Cuatro meses.

12- La consulta de crónicos en su EBAIS la realizan;

- En forma grupal.
- En forma individual.

13- Consume usted frutas:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

14- Consume usted verduras:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

15- Consume usted carnes:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

16- Consume usted cereales (arroz, frijoles, avena, pastas, otros):

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

17- Consume usted bebidas alcohólicas:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

18- Cumple con los “seis tiempos” de comidas recomendados para los pacientes diabéticos.

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

19- Quién prepara los alimentos que consume en su hogar:

- Usted.
- Madre.
- Esposa/ Esposo.
- Empleada.
- Otro: _____.

20- Como preparan los alimentos en su hogar:

- Fritos.
- En salsa.
- Cocidos.
- Asados.
- En picadillo.

21- Que tipo de grasa utilizan en su hogar para la preparación de los alimentos:

- Aceite.
- Manteca.

22- Qué alimentos consume en el desayuno, almuerzo y cena (Menú): _____
_____.

IV- COSTUMBRES EN EL MANEJO DE LA DIABETES.

23- Cree usted que se va a curar de la diabetes.

- Sí.
- No.

24- Cree usted que la insulina provoca ceguera.

- Sí.
- No.

25- Sabe usted lo que es una enfermedad crónica.

- Sí.
- No.

26- Qué tipo de tratamiento médico utiliza usted para controlar su diabetes.

- Pastillas.
- Insulina.
- Dieta.

27- En caso de que su tratamiento sea con insulina, lo almacena en:

- Refrigeradora.
- Vaso con agua.
- Ropero.
- Armario.
- Otro. _____.

28- En que momento del día toma o aplica su medicamento:

- Mañana.
- Tarde.
- Noche.

Hora: _____.

29- Se aplica o toma el medicamento usted mismo todos los días:

- Sí
- No. Porqué: _____.

En caso de que sea otra persona quien lo hace: _____.

30- Que otras cosas realiza usted para ayudar a controlar su enfermedad:

- Ejercicio físico.
- Participa en algún grupo recreativo.
- Forma parte de algún grupo de diabéticos en su barrio.
- Trata de llevar una vida tranquila.
- Piensa que usted puede controlar su enfermedad y no ella a usted.
- Consume algún otro medicamento o sustancia. Cuáles: _____.
- Otra: _____.

Anexo #3

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SEDE NICOYA**

**CUESTIONARIO N.2
PARA FAMILIARES QUE TIENE A SU CARGO EL CUIDADO DE PACIENTES
DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS NORESTE/ EBAIS SUROESTE**

Respetuosamente le solicitamos responder a las preguntas que a continuación se le presentan.

El tema a investigar está relacionado con los factores que influyen en la descompensación del paciente diabético en el Área de Salud de Nicoya, en el primer semestre del 2004.

Las respuestas que usted nos brinde serán de gran utilidad para nuestro trabajo final de investigación en la Maestría de Servicios de Salud Sostenibles de la Universidad Estatal a Distancia , Sede Nicoya.

¡Muchas Gracias!

Lic. Aleyda Obando Briceño

Dr. Johnny Orozco Solano

I- IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____.

Edad: _____.

Sexo: _____.

Parentesco con el paciente diabético: _____.

A continuación se le ofrecen una serie de preguntas, las cuales debe responder señalando con una X la (o las) respuesta que usted considere adecuada.

II- AREA FAMILIAR:

1- Está usted a cargo de los cuidados que necesita el paciente diabético en su hogar:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

2- Acompaña algún miembro de la familia al paciente diabético a las citas de control en el EBAIS:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

3- Informa usted al paciente diabético sobre el uso del tratamiento dado por el médico:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

4- Mantiene usted informado al paciente diabético sobre los medicamentos que debe utilizar:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

III- DIETA DEL PACIENTE DIABÉTICO:

5)- Consume el paciente diabético

- verduras
- frutas
- legumbres
- cereales(arroz, frijoles, rosquillas, tortillas.)
- carnes.

6- Respeta el paciente diabético las cantidades recomendadas de comida:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

7- Respeta el paciente diabético los seis tiempos de comida

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

8- Como preparan los alimentos que consume el paciente diabético:

- Fritos.
- En salsa
- Cocidos:
- Asados.
- En Picadillo

9- Consume el paciente diabético alcohol:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

10- Se utiliza en la preparación de los alimentos del paciente diabético:

- Hortalizas.
- Verduras.
- Cereales: Arroz, Frijoles, pastas, otros.
- Frutas.
- Carnes.

11- Se utiliza la “dieta diabética” en la preparación de los alimentos del paciente diabético:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

12- El médico del EBAIS le informa sobre el cuidado de la dieta en el paciente diabético:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

13- Cuando los funcionarios de salud realizan visitas a las casas verifica que se cumpla la dieta del paciente diabético:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

IV- COSTUMBRES EN EL MANEJO DE LA DIABETES.

14- El paciente diabético se niega a aplicarse el tratamiento porque cree que se va a quedar ciego:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

15- Cuando el paciente diabético se siente mal pide que le preparen algún tipo de remedio casero.

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

Por ejemplo: _____.

16- Se le aplica el tratamiento médico al paciente diabético a la hora indicada:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

17- A parte del tratamiento médico el paciente diabético utiliza:

- Homeopatía.
- Acupuntura.
- Iridoterapia.
- Aromaterapia.
- Otro: _____.

18- El paciente diabético realiza otra actividad que le ayude a controlar su padecimiento

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

Cuáles: _____.

Anexo #4

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SEDE NICOYA**

**CUESTIONARIO N.3
PARA MEDICOS QUE BRINDAN ATENCIÓN DIRECTA A
PACIENTES DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS NORESTE/ EBAIS SUROESTE**

Respetuosamente le solicitamos responder a las preguntas que a continuación se le presentan.

El tema a investigar está relacionado con los factores que influyen en la descompensación del paciente diabético en el Área de Salud de Nicoya, en el primer semestre del 2004.

Las respuestas que usted nos brinde serán de gran utilidad para nuestro trabajo final de investigación en la Maestría de Servicios de Salud Sostenibles de la Universidad Estatal a Distancia , Sede Nicoya.

¡Muchas Gracias!

Lic. Aleyda Obando Briceño

Dr. Johnny Orozco Solano

A continuación se le ofrecen una serie de preguntas, las cuales debe responder señalando con una X la (o las) respuesta que usted considere adecuada.

1- Aplica las normas de atención al paciente diabético descompensado que asiste a las consultas programadas:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

2- Participa usted en jornadas de actualización sobre el tema de la diabetes:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

3- Le informa y educa al paciente diabético descompensado sobre su enfermedad:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

4- Informa usted al paciente diabético sobre el régimen alimenticio a seguir:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

5- Le informa usted al paciente diabéticos sobre la importancia de cumplir el horario de aplicación o toma del medicamento.

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

6- Usted da cita al paciente diabético con la Nutricionista cuando ve que éste no mejora sus niveles de glicemia a pesar del tratamiento:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

7- Los pacientes diabéticos que asisten a las consultas de control lo hacen acompañado de algún familiar:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

8- Cuando un paciente diabético descompensado falta a la cita de control usted:

- Reprograma la cita.
- Reporta a l ATAP para visita domiciliar.
- Se atiende de recargo cualquier otro día.
- Se anota en el expediente y este se archiva.
- Otro _____.

9- En su EBAIS la atención al paciente diabético se realiza en forma:

- Individual.
- Grupal.

10- En su EBAIS realizan actividades educativas orientadas a informar a la familia sobre el tema de la diabetes.

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

11- Conoce usted de otras sustancias diferentes a los medicamentos prescritos, que utilicen los pacientes diabéticos descompensados para controlar su enfermedad:

- Si.. Cuáles: _____.
- No

12- Qué acciones aparte del tratamiento médico recomienda usted a sus pacientes descompensados para controlar la enfermedad:

_____.

Anexo #5

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SEDE NICOYA**

**CUESTIONARIO N.4
PARA NUTRICIONISTA QUE BRINDA ATENCIÓN DIRECTA A
PACIENTES DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS
EBAIS NORESTE/ EBAIS SUROESTE**

Respetuosamente le solicitamos responder a las preguntas que a continuación se le presentan.

El tema a investigar está relacionado con los factores que influyen en la descompensación del paciente diabético en el Área de Salud de Nicoya, en el primer semestre del 2004.

Las respuestas que usted nos brinde serán de gran utilidad para nuestro trabajo final de investigación en la Maestría de Servicios de Salud Sostenibles de la Universidad Estatal a Distancia , Sede Nicoya.

¡Muchas Gracias!

Lic. Aleyda Obando Briceño

Dr. Johnny Orozco Solano

A continuación se le ofrecen una serie de preguntas, las cuales debe responder señalando con una X la (o las) respuesta que usted considere adecuada.

1- Participa usted en jornadas de actualización sobre el tema de la diabetes:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

2- Los pacientes diabéticos descompensados que asiste a las consultas de nutrición son referidos por los médicos de EBAIS:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

3- La atención que usted brinda al paciente diabético la realiza en forma:

- Individual.
- Grupal.

4- Le informa y educa al paciente diabético descompensado sobre su enfermedad:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

5- Informa usted al paciente diabético sobre el régimen alimenticio a seguir:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

6- Le realiza usted al paciente diabético descompensado una dieta de acuerdo a sus requerimientos nutricionales:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

7- A la hora de diseñar la dieta a cada paciente diabético descompensado toma en cuenta su situación socioeconómica:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

8- Brinda usted consultas de seguimiento al paciente diabético descompensado:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

9- Le informa usted al paciente diabéticos sobre la importancia de cumplir el horario de aplicación o toma del medicamento.

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

10- Los pacientes diabéticos que asisten a las consultas de control lo hacen acompañado de algún familiar:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

11- Cuando un paciente diabético descompensado falta a la cita de control usted:

- Reprograma la cita.
- Informa al médico del EBAIS
- Se atiende de recargo cualquier otro día.
- Se anota en el expediente y este se archiva.
- Otro _____.

12- Participa en actividades educativas dirigidas a los pacientes diabéticos descompensados de los EBAIS NORESTE y SUROESTE.

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Nunca.

13- Conoce usted de otras sustancias diferentes a los medicamentos prescritos por el médico, que utilicen los pacientes diabéticos descompensados para controlar su enfermedad:

- Si.. Cuáles: _____.
- No

14- Qué acciones aparte del tratamiento médico y la dieta, recomienda usted a los pacientes diabéticos descompensados para controlar la enfermedad:

_____.

_____.

Anexo #6

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL INVESTIGADOR A PONER EN PRACTICA DURANTE LA VISITA DOMICILIAR

I- APOYO FAMILIAR:

- 1- Presentación personal del diabético durante la entrevista.
- 2- Condiciones de aseo de la vivienda.
- 3- Cuidados de los familiares para con el paciente diabético durante la entrevista.
- 4- Interrupciones de familiares durante la entrevista.

II- DIETA:

- 1- Existencia de un plan de dieta para el paciente diabético en uso.
- 2- Formas de uso de recetas y medicamentos para la diabetes.
- 3- Conocimiento de las fechas de citas de control médico.
- 4- Revisión del Plan de dieta de nutrición que maneja el diabético en el hogar.

III- COSTUMBRES EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD:

- 1- Estado de ánimo del paciente durante la entrevista.
- 2- Sustancias, bebidas u otras que tenga a mano para el control de la diabetes durante la entrevista.
- 3- Anécdotas con el tratamiento de su enfermedad.
- 4- Comentarios sobre la forma en que percibe la atención brindada por el EBAIS.

Comentarios: _____

_____.

Anexo #7

CUADRO #29
CONSUMO DIARIO DE FRUTAS DE LOS PACIENTES DIABETICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	25	32	57	35.7%
CASI SIEMPRE	18	25	43	26.8%
A VECES	24	36	60	37.5%
NUNCA				
TOTAL	67	93	160	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

CUADRO #30
CONSUMO DIARIO DE VEGETALES Y HORTALIZAS DE LOS PACIENTES
DIABETICOS DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE
AREA DE SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	17	25	42	26.25%
CASI SIEMPRE	23	35	58	36.25%
A VECES	27	33	60	37.5%
NUNCA				
TOTAL	67	93	160	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

CUADRO #31
CONSUMO DIARIO DE CARNES DE LOS PACIENTES DIABETICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	13	17	30	18.75%
CASI SIEMPRE	16	22	38	23.75%
A VECES	38	54	92	57.5%
NUNCA				
TOTAL	67	93	160	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

CUADRO #32
CONSUMO DIARIO DE CERALES DE LOS PACIENTES DIABETICOS
DESCOMPENSADOS EBAIS SUROESTE Y NORESTE AREA DE
SALUD DE NICOYA PRIMER SEMESTRE 2004

RANGO	EBAIS		TOTAL	
	SUROESTE	NORESTE	ABSOL	RELAT
SIEMPRE	49	72	121	75.6%
CASI SIEMPRE	15	18	33	20.6%
A VECES	03	03	06	3.8%
NUNCA				
TOTAL	67	93	160	100%

Fuente: Obando Aleyda y Orozco Johnny. 2004

