

## **Tema**

Incidencia emocional de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS en el año 2012.

# **CAPÍTULO I**

## **1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO**

### **1.1. Situación nacional, regional y local o institucional**

Durante el curso de enfermedades crónicas como la diabetes, interacciones adversas, pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. Bajo tales circunstancias, la función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. Se ha enfatizado que el sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de síntomas, curso clínico, uso de las facilidades clínicas y la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. Nosotros, encontramos que el apoyo social es el principal determinante de la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos y que a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico y menor grado de neuropatía (Garay y col. 1995). Ruggiero y col 1990 encontraron que mayor adherencia a la administración de la insulina se asoció con mayores niveles de apoyo social. El ambiente social es muy importante por lo que las instituciones de salud y los médicos en la práctica clínica consideren estos factores asociados a la mejor adherencia al tratamiento y por lo tanto mejor control metabólico.

El coping se define como una conducta o esfuerzo cognitivo usado en un intento por tratar con un evento estresante y puede tener diferentes estilos dependiendo de la personalidad. Estilos positivos como el de afrontamiento, optimista y de apoyo se han asociado con mejor ajuste psicológico (Willoughby y col. 2000) y mejor control glucémico.

Los del tipo evasivo, emotivo se han asociado con problemas en el ajuste psicológico, regímenes de no adherencia al tratamiento y pobre control glucémico (Grey y col. 2004). Lo y McLean (2004) reportaron que algunos pacientes con DM tipo 2 utilizan estrategias de afrontamiento como la evasiva, negación y fantasía mientras que otros utilizan técnicas mas positivas. Coelho y col. (2003) encontraron mala calidad de vida en pacientes diabéticos quienes usaban el estilo evasivo comparándolos con aquellos que utilizaban el estilo activo-confrontativo. En un estudio realizado por nuestro grupo encontramos que los estilos del tipo evasivo y fatalista se asocian con mejor adherencia al tratamiento.

La selección del tipo de enfrentamiento que el paciente seleccione va a depender de la intensidad y duración de la enfermedad y de la interacción de otros factores como el apoyo social y de su propia experiencia personal, incluyendo factores emocionales y cognitivos (Coelho y col 2003, Willoughby y col. 2000).

## **1.2. Situación problemática**

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante; pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía, es muy alto; además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa.

Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil a vencer. En estos cambios del estilo de vida es muy importante el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud pueden ser fuentes importantes de apoyo.

## **1.3. Problema de investigación**

### **1.3.1. Problema general**

¿De qué manera influye la incidencia emocional de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS en el año 2012?

### **1.3.2. Problemas específicos**

¿Cómo influye la depresión de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS?

¿Por qué el estrés de los pacientes diabéticos influye en la recuperación de su enfermedad en el hospital del IESS?

## **1.4. Delimitación de la investigación**

### **1.4.1. Delimitación espacial**

La investigación se realizó en el hospital del IESS.

### **1.4.2. Delimitación temporal**

La investigación se realizó en el año 2012

### **1.4.3 Unidades de información**

La información la obtuvimos de los profesionales de la salud, pacientes y familiares de estos.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo general**

Analizar de qué manera influye la incidencia emocional de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS en el año 2012.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

Conocer cómo influye la depresión de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS.

Determinar por qué el estrés de los pacientes diabéticos influye en la recuperación de su enfermedad en el hospital del IESS.

## **1.6. Justificación**

Durante el curso de enfermedades crónicas como la diabetes, interacciones adversas, pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. Bajo tales circunstancias, la función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. Se ha

enfaticado que el sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de síntomas, curso clínico, uso de las facilidades clínicas y la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. Se ha encontrado que el apoyo social es el principal determinante de la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos y que a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico y menor grado de neuropatía (Garay y col. 1995). Ruggiero y col 1990 encontraron que mayor adherencia a la administración de la insulina se asoció con mayores niveles de apoyo social. El ambiente social es muy importante por lo que las instituciones de salud y los médicos en la práctica clínica consideren estos factores asociados a la mejor adherencia al tratamiento y por lo tanto mejor control metabólico.

La presente investigación además de indicarle cómo actuar de manera coordinada con el personal sanitario que le atiende habitualmente, pretende dar a las personas que tienen la enfermedad y a sus cuidadores, información útil para que puedan controlarla y conseguir una mejora en su calidad de vida, hasta hacerla lo más satisfactoria posible, tratando sobretodo los problemas emocionales de los paciente.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Alternativas teóricas asumidas**

La Diabetes es una enfermedad crónica que incapacita al organismo a utilizar los alimentos adecuadamente. Al ingerir los alimentos estos se descomponen convirtiéndose en una forma de azúcar denominada glucosa, que es el combustible que utilizan las células para proveer al organismo de la energía necesaria. Este proceso de transformar los alimentos en energía se llama metabolismo. Para metabolizar la glucosa adecuadamente, el organismo necesita una sustancia llamada insulina. La insulina es una hormona producida en el páncreas (que es una glándula localizada debajo del estómago), y cuya función es regular el uso de la glucosa en el organismo y por lo tanto es esencial en el proceso metabólico.

La insulina trabaja permitiéndole a la glucosa alojarse en las células para que éstas la utilicen como combustible, manteniendo a su vez los niveles de glucosa en la sangre dentro de lo normal (70 a 110 mg./dl).



Las personas con diabetes no producen suficiente insulina para metabolizar la glucosa, o la insulina que producen no trabaja eficientemente, por lo tanto la glucosa no se puede alojar en las células para ser transformadas en energía (metabolismo) y se acumula en la sangre en niveles elevados. La Diabetes es una enfermedad seria, pero las personas diabéticas pueden vivir una vida larga, saludable y feliz si la controlan bien.

Aunque aun no hay una cura para la Diabetes, ésta puede ser controlada. La meta principal en el tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre (glicemia) lo más cerca del rango normal como sea posible (70 a 110 mg./dl) durante la mayor cantidad de tiempo. Existen tres tipos de diabetes (diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, y diabetes gestacional) y el tratamiento depender del tipo de Diabetes.

Las personas con Diabetes (tipo 1 y tipo 2) pueden trabajar y estudiar, y lo hacen bien. La disciplina necesaria para mantener un buen control de la Diabetes, generalmente hace de los diabéticos mejores trabajadores y estudiantes. Las personas con Diabetes, requieren comer en horas establecidas, sin embargo pueden realizar incluso, actividades que requieren grandes esfuerzos físicos.

## **TIPOS DE DIABETES**

### **Diabetes Tipo 1**

#### **¿Qué es la Diabetes?**

En este tipo de diabetes el páncreas no produce insulina o produce muy poco. Aunque las causas exactas aún no se conocen realmente, los científicos saben que el propio sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico) ataca y destruye las células productoras de insulina (células beta) y éstas no pueden producir más insulina. Esto generalmente ocurre en niños y jóvenes, por eso también se le conoce como diabetes juvenil.

Debido a que la insulina es necesaria para poder vivir, las personas, con diabetes tipo 1 deben inyectarse insulina todos los días para poder metabolizar los alimentos que consumen, es por eso que también se llama Diabetes insulino-dependiente.

#### **Síntomas de la Diabetes Tipo 1**

Si usted nota uno o más de estos síntomas en forma consecutiva, debe visitar al médico, este podría determinar mediante un simple examen si usted tiene diabetes.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 generalmente aparecen repentinamente y son:

Para ver el gráfico seleccione la opción "Descargar" del menú superior

Orina frecuente, y en grandes cantidades.

Sed excesivas.

Hambre excesiva a toda hora.

Pérdida de peso repentino sin causa aparente.

Debilidad, somnolencia.

Cambios repentinos en la visión, o visión borrosa.

Náuseas y vómitos.

### **Diabetes Tipo 2 (no insulino dependiente)**

En este tipo de diabetes el páncreas produce insulina, pero por alguna razón, el organismo no es capaz de usarla adecuadamente, por lo que a pesar de que existe insulina en cantidades adecuadas, los niveles de glucosa en la sangre no son normales. Afortunadamente en muchos casos la diabetes tipo 2, puede ser tratada con un adecuado control del peso (muchos diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso), dieta apropiada, reducción de ingesta de azúcar y ejercicios, en otros casos será necesario también el tratamiento con medicamentos orales y en casos más severos incluso podrán requerir insulina. La diabetes tipo 2, es conocida también como "Diabetes de adultos", ya que generalmente ocurre en personas

mayores de 40 años, aunque últimamente se ha incrementado el número de casos en adolescentes y niños.

Este tipo de diabetes, generalmente también ocurre en personas con sobrepeso, el chance de presentar diabetes tipo 2 se duplica con cada 20% de exceso de peso. Se cree que el exceso de grasa en el organismo, disminuye la función efectiva de la insulina.

### **Síntomas de la Diabetes Tipo 2**

Si usted nota uno o más de estos síntomas en forma consecutiva, debe visitar al médico, este podría determinar mediante un simple examen, si usted tiene diabetes. Los síntomas de la diabetes tipo 2, generalmente aparecen gradualmente y son:

Orina frecuente, y en grandes cantidades.

Sed excesivas.

Hambre excesiva a toda hora.

Sensación de cansancio.

Cambios repentinos en la visión, o visión borrosa.

Náuseas y vómitos.

Infecciones frecuentes, generalmente en las encías u orina.

Hormigueo, entumecimiento en manos y pies.

Picazón en la piel y genitales.

Cortaduras y heridas que tardan en cicatrizar.

Piel seca.

La diabetes tipo 2 (no insulino dependiente), puede pasar inadvertida por muchos años, y en algunos casos ésta es diagnosticada cuando ya se han producido daños irreversibles en el organismo. Por eso es recomendable que todas las personas se realicen un examen de glicemia por lo menos una vez al año.

### **La Diabetes Gestacional**

La diabetes Gestacional es la diabetes que aparece en mujeres durante el embarazo, y generalmente desaparece después del parto. Los cambios hormonales durante el embarazo, hacen que en algunos casos el páncreas no sea capaz de producir suficiente insulina. Este tipo de diabetes generalmente pasa inadvertido, por eso es muy importante que todas las mujeres embarazadas se realicen un examen de sangre que permita saber si su nivel de azúcar (glicemia) esté normal y ser muy bien evaluadas durante todo el embarazo.

El tratamiento para este tipo de diabetes puede ser desde un régimen de dieta, hasta inyecciones de insulina. Las mujeres que tienen diabetes en sus familias tienen mayores posibilidades de tener diabetes gestacional. Otros factores de riesgo son:

Tener sobrepeso

Haber tenido un bebé que pesó más de 4 kilos al nacer.

Tener más de 25 años.<sup>1</sup>

## **2.2. Categorías de análisis teórico conceptual**

### **Estado emocional**

### **Estrés psicosocial**

Se han identificado diferentes variables psicológicas que tienen impacto sobre los individuos que viven con diabetes y sobre su capacidad para manejar su enfermedad: De estos dos factores importante se han descrito, la depresión y el estrés (Kelly L. 2006)

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante; pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía, es muy alto; además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa.

---

<sup>1</sup> <http://www.monografias.com/trabajos16/diabetes/diabetes.shtml#ixzz2FvzpLDqM>

Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil a vencer. En estos cambios del estilo de vida es muy importante el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud pueden ser fuentes importantes de apoyo.

### **Estrés de la vida diaria:**

Se ha reportado que las experiencias estresantes de la vida diaria pueden ser importantes factores etiológicos en la patofisiología de enfermedades como la diabetes y la enfermedad vascular coronaria.

Otras investigaciones (Pierrot y col. 1992 y Garay y col. 2000) mostró que la percepción de mayor estrés se ha asociado con descontrol metabólico (aumento de la hemoglobina glucosilada) y este puede ser por dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés trastorna la vida cotidiana, relacionada al manejo de la enfermedad como son la dieta, ejercicio y la medicación; por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento de secreción de hormonas contra rreguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa. Por otro lado estos eventos estresantes de la vida diaria tienen un efecto sobre el control metabólico de los adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 (Seiffge-Krenke y col. 2003).

## **Negación de la enfermedad**

Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento (Zorrilla –Hernández 1998).

La negación ha sido definida como un mecanismo de defensa o barrera mental establecida por el ego entre los impulsos instintivos y la realidad externa. El diabético niega su enfermedad minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otra causa.

Al inicio de la enfermedad, el paciente sufre un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas sombrías de una enfermedad incurable, con consecuencias potenciales para su calidad de vida y su misma esperanza de vida. Esta situación induce respuestas adaptativas, como la negación de la enfermedad que tiene diversas manifestaciones.

La negación reduce la respuesta al estrés, sin embargo tiene un efecto negativo sobre la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad. Con relación a esto, encontramos que la negación de la enfermedad se asocia positivamente con el nivel de hemoglobina glucosilada. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento, que da paso a un control metabólico deficiente.



Encontramos además, que la negación aumenta con los años desde el diagnóstico antes de los cinco años, pero la asociación desaparece en los años posteriores (Garay y col. 1999). Esto indica que la desaparición de los síntomas que ocurre después de la instalación de la enfermedad, permite la aparición de este mecanismo de defensa, pero a largo plazo, las primeras evidencias de complicaciones, impiden sostener la negación.

### **Depresión y Ansiedad**

Se ha observado que la ansiedad y la depresión juegan un papel importante y complejo en la adaptación a la diabetes juvenil (Dantzer y col. 2003), otro estudio nos habla que la interacción de diabetes tipo 2 y depresión tienen un efecto sinérgico y que predicen mayor mortalidad, mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macro vasculares (Black y col. 2003). La depresión y la ansiedad también se han asociado con pobre control metabólico.

Un estudio de seguimiento en adultos diabéticos mostró que con un mejor control glucémico, los síntomas de depresión y ansiedad disminuían y con mal control los síntomas se incrementaban. Aunque es difícil determinar si el incremento de la sintomatología depresiva causa deterioro del control glucémico o viceversa. La depresión se ha

encontrado que impacta significativamente a la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sugiere que una evaluación de depresión debe incluirse en el protocolo de tratamiento de estos pacientes (Kalsekar y col. 2006).

En estudios previos hemos encontrado que las mujeres post menopausicas presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres pre menopausicas y mas aún que los hombres, además hemos encontrado que cuando el paciente recibe mayor apoyo de sus familiares y amigos los niveles de depresión son menores y que la ansiedad es mayor a medida que el paciente va avanzando en su enfermedad (Aguilera Peña y col. 2003). Sin embargo, en otro estudio no encontramos diferencia significativas para depresión y ansiedad en los pacientes de reciente diagnóstico y los de mas de cinco años desde el diagnóstico y encontramos que los pacientes que percibían mayor depresión eran los que tenían menos apoyo de sus familiares y amigos y un menor ingreso y los pacientes que percibían mayor ansiedad eran los que tenían mas años de haberseles diagnosticado la enfermedad (Aguilar-Zavala y col 2004).

Es muy importante tomar en cuenta que el paciente con diabetes es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta por lo que al evaluarlo debemos examinar su entorno biopsicosocial.

## **Estrategias y actividades educativas para los pacientes y encargados de su cuidado.**

El Proceso de **Aprendizaje**: Enseñaremos teniendo en cuenta que el aprendizaje es un proceso en el que se suceden una serie de fases:

Estar informado, estar al corriente

Estar interesado

Sentir la necesidad de tomar una decisión

Tomar una decisión

Ensayar el comportamiento

Adoptarlo

Adaptar la conducta

Interiorizarlo

Ejemplo: Vamos a transmitir información sobre el ejercicio y sus ventajas. Es posible que logremos interesar al individuo sobre el tema, de forma que él también busque información y reflexione sobre ella. Una vez que ha procesado esta información puede que sienta necesidad de tomar una decisión respecto a si hace ejercicio. Decide caminar todos los días y se une a un grupo de vecinos que da un paseo diariamente a primera hora de la mañana. Empieza a probar, y se da cuenta que se siente mejor, más relajado, sus cifras de glucemia, han mejorado y ha tenido que

disminuir la dosis de insulina. Además se lo pasa bien con este nuevo grupo de amigos que ha encontrado. Todas estas ventajas le irán influyendo para que el hacer ejercicio deje de ser algo que siempre iniciaba y probaba , y se convierta en una conducta adoptada, y con el tiempo interiorizada dentro de su forma de vivir. Nosotros tenemos que seguir todas estas fases y reforzar cada una de ellas.

La **comunicación**: Nuestra actividad en educación individual se va a establecer a través del dialogo. Transmitiremos información y permitiremos que exprese sus sentimientos y creencias, que los analice, que identifique problemas, que busque soluciones

La **entrevista** motivacional es el instrumento que el profesional de Atención Primaria debe conocer y utilizar en el proceso de educación del paciente diabético. Requiere un adecuado entrenamiento por parte del sanitario, ya que supone un cambio conceptual con respecto al modelo informativo clásico. Permite la aplicación de una serie de habilidades de comunicación centradas en la experiencia del consultante, bajo un clima de empatía, interés, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones del paciente. Con ello trasladamos el peso del cambio en los hábitos hacia la propia persona diabética, ayudando nosotros en el proceso de toma de decisiones, reestructurando sus creencias y negociando los cambios propuestos. Es una línea de entrevista que trata de conseguir decisiones que partan del paciente,

obtenidas tras una correcta información por parte del profesional y después de verificar la necesaria comprensión del problema de salud que presenta la persona con Diabetes.

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

Métodos de **exposición**: Los elementos conceptuales en la emisión de mensajes informativos se apoyan en una serie de técnicas que resulta imprescindible incorporar como rutinarias en el proceso de educación para la salud en la persona diabética. Estos elementos conceptuales son:

*Enunciación*: Anunciar los contenidos que vamos a explicar ("*ahora vamos a hablar de las hipoglucemias, voy a explicarle en qué consiste tener el azúcar bajo*")

*Racionalidad*: Explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica propuesta. No se trata de una explicación técnica y prolija,

sino de intentar que el paciente comprenda el porqué de nuestra propuesta, respetando su independencia (*"los hipoglucemiantes orales ayudan al páncreas a segregar insulina, la acarbosa hace que el azúcar no atraviese el intestino, la insulina es necesaria para que el organismo utilice el azúcar, el ejercicio hace consumir azúcar al organismo"*)

*Detallar las instrucciones y los cambios:* Detallar los cambios conductuales propuestos. El paciente recuerda sólo una pequeña parte de lo que le comunicamos verbalmente, pero lo que recuerda es lo más importante, lo que decimos al principio y lo que se incorpora a su régimen habitual de vida. Es conveniente basarse, a través de la bidireccionalidad, en los hábitos del paciente para detallar los cambios que queremos introducir (*"se tomará las pastillas antes de las comidas", "la insulina se la pone antes del desayuno y cena", "salga a dar un paseo por la mañana antes de recoger a sus nietos en el colegio"*). Es muy importante detallar por escrito las instrucciones terapéuticas, considerando siempre la posibilidad del analfabetismo funcional y las posibles limitaciones visuales que podemos encontrarnos.

*Comprobar la asimilación:* Cerciorarse de la exacta comprensión de los mensajes (*"explíqueme usted ahora cómo va a inyectarse la insulina", "enseñeme como se determina la glucemia capilar"*)

Las características formales en la emisión de mensajes informativos deben ser dominadas de forma eficaz por el sanitario que educa individualmente al paciente. La forma de hablar y construir las frases, el vocabulario empleado y los complementos visuales utilizados son factores esenciales para conseguir una correcta comprensión del mensaje que pretendemos comunicar:

*Frases cortas:* las frases deben tener una longitud no superior a las 20 palabras, como media. Evitaremos utilizar términos médicos, adecuando nuestro lenguaje al nivel cultural del paciente. En los ancianos es conveniente usar un tono más pausado para permitir una mejor asimilación.

*Vocabulario neutro:* Utilizar términos de bajo contenido emocional, evitando palabras que desencadenan una respuesta emocional intensa por sí mismas (ceguera, amputación, muerte)

*Dicción clara y entonación adecuada:* Las palabras más importantes deben quedar suficientemente subrayadas y la dicción permite comprenderlas sin esfuerzo. No hay peor enemigo para una comunicación eficaz que una voz inaudible o monótona.

*Complemento visual-táctil:* Utilizar vías de comunicación distintas a la auditiva, reforzando la comprensión de los mensajes. Utilizar folletos explicativos adaptados a las características de nuestros pacientes, sin

olvidar el alto grado de analfabetismo funcional que existe en nuestros mayores.

La utilización de material escrito (libros, folletos, guías) es un complemento importante en el que podemos apoyarnos para reforzar nuestro mensaje. Existe mucho material bibliográfico para personas con Diabetes que podemos proporcionar o recomendar.

Métodos conductuales: Se usan para ayudar a aprender una determinada conducta o habilidad. También los podemos utilizar una vez aprendida esa conducta, reforzar al individuo para que la perfeccione y la incorpore de forma permanente a su vida diaria.

*El entrenamiento.* Consiste en demostrar una determinada conducta o habilidad, por ejemplo como *ponerse la insulina*, y luego hacer a la persona practicar. Finalmente progresará y perfeccionará esa habilidad.

*El refuerzo positivo.* Consiste en recompensas de todo tipo, por ejemplo, *emocionales* a través de la alabanza ( es muy importante *felicitar a la persona por los logros conseguidos*, expresar nuestra alegría, etc.), *materiales*, como el dinero que ahorrará al dejar de fumar. También puede haber un refuerzo positivo por observación de las conductas de otros diabéticos y los logros conseguidos por los mismos. O por los *beneficios*



*sociales* obtenidos (ejemplo: *un diabético al que a la hora de darle un puesto de trabajo en una empresa determinada se valoró su nivel de educación en diabetes y su autonomía y dominio en el autocuidado*). Estos refuerzos son extraordinariamente importantes a la hora de mantener o aumentar la frecuencia de una conducta saludable.

### **Preocupaciones sexuales de hombres diabéticos**

La impotencia frecuentemente es tema de chistes, pero a la medida que los hombres envejecen (y para muchos hombres diabéticos) la impotencia no hace ninguna gracia. Es un problema que principalmente aflige a hombres de cincuenta años en adelante, y los hombres diabéticos tienen un riesgo mayor. De hecho, el 50 o 60 por ciento de hombres diabéticos mayores de cincuenta años padecen algún grado de impotencia. (Impotencia es la incapacidad frecuente, no ocasional, de conseguir o mantener la erección).

La impotencia puede tener causas psicológicas y fisiológicas. La impotencia de base psíquica suele empezar de forma repentina, mientras que la impotencia con base fisiológica empieza de forma gradual, con un pene menos erecto y erecciones menos frecuentes, y se va haciendo peor hasta que el hombre no es capaz de mantener una erección. En los hombres diabéticos las causas suelen estar relacionadas con problemas de nervios y vasos sanguíneos. Por ejemplo, si los defectos de los vasos

sanguíneos impiden que la sangre fluya al pene, no podrá causar una erección, o si los nervios fallan al señalar el pene, el resultado puede ser que no haya erección.

La mejor manera de evitar la impotencia fisiológica para un hombre diabético es mantener un buen control de los niveles de glucosa sanguíneos, no fumar, reducir el consumo de alcohol, y mantener una presión arterial normal.

Antes de que se pueda recomendar un tratamiento para la impotencia es necesario determinar su causa, lo cual requerirá una serie de tests. Como parte de la evaluación de la situación se debe informar a su médico de los medicamentos que está tomando, incluso aquellos libres de receta médica, porque algunos medicamentos contra males comunes pueden contribuir a la impotencia. Si la medicación es la que le está causando impotencia al paciente, el médico posiblemente pueda cambiar o ajustar la receta. En cualquier caso el paciente, nunca deberá cesar de tomar medicamentos que les han sido recetados sin consultarlo con el médico. Fumar y beber alcohol también puede contribuir a la impotencia.

Hoy en día los médicos disponen de una variedad de tratamientos para la impotencia fisiológica. Pasar por el proceso diagnóstico, vale la pena. Los tratamientos comunes incluyen inyectar un medicamento directamente en el pene para producir una erección que durará 30 a 60 minutos, utilizar una bomba de vacío para producir una erección, e

implantar una prótesis dentro del pene para producir erecciones. El médico le ayudará al paciente a tomar una decisión sobre cuál de estas opciones mejor le conviene.

Si sospecha que la impotencia del paciente tiene una base psicológica, el médico le podrá indicar algún terapeuta especializado en el tratamiento de asuntos sexuales

### **Control de diabetes y el ciclo menstrual femenino**

Las mujeres con diabetes del tipo I tienen dificultades más frecuentes a la hora de controlar la glucosa sanguínea durante la semana anterior al periodo, dado que los niveles de glucosa pueden ser o bien superiores o bien inferiores a lo normal. Este problema parece prevalecer entre aquellas mujeres que sufren el síndrome premenstrual (PMS).

Las culpables de esto son las hormonas femeninas estrógenos y progesterona, aunque no se entienden muy bien sus efectos.

Durante la primera mitad de cada ciclo, los niveles de estas hormonas son relativamente bajos. Durante la segunda parte del ciclo, después de la ovulación, los niveles de estrógeno y progesterona aumentan y provocan un acolchamiento de las paredes del útero en preparación de la alimentación de un óvulo fertilizado. Si no hay

fertilización, el ovario cesa de producir estos dos tipos de hormonas, y su repentina pérdida provoca el desprendimiento de este acolchado del útero. Este desprendimiento se conoce como menstruación.

Algunos investigadores creen que en algunas mujeres los niveles altos de progesterona causan una resistencia temporal a la insulina. En estos casos la insulina estaría parcialmente incapacitada para ligarse a proteínas receptoras en la superficie de las células, mientras que en otras mujeres, los niveles altos de estrógeno incrementan la sensibilidad hacia la insulina causando niveles de glucosa inferiores al normal. Otros investigadores creen que las razones de los trastornos de los niveles de glucosa son la retención de agua, la hinchazón, la irritabilidad, depresiones y ansias de comer carbohidratos y grasas, típicos del síndrome premenstrual (PMS).

Para conocer los efectos de los ciclos mensuales sobre el control de la glucosa en la sangre, se debe comprobar diariamente el nivel de glucosa del paciente, e indicar los niveles de los últimos tres meses en un gráfico. En este gráfico se debe marcar los primeros días de cada periodo en cada uno de los meses. Entonces se comprueba si puede observar alguna regularidad, como por ejemplo niveles de glucosa que sean consistentemente más altos o más bajos de lo habitual durante los días anteriores o posteriores a la menstruación. (Si no tiene el hábito de apuntar y guardar una relación de sus niveles de glucosa)

Existen algunas medidas para aliviar la pérdida de control del nivel de glucosa relacionado con los ciclos mensuales.

Si se sospecha que los niveles de glucosa pueden estar afectados por el PMS, intente como primer paso aliviar su PMS: mantenga un horario de comidas lo más regular posible, limite su consumo de sal (la sal contribuye a la hinchazón general), y reduzca el consumo de alcohol, chocolate y cafeína, que pueden afectar su nivel de glucosa y su estado de ánimo. Y mantenga su programa de ejercicio físico para reducir los cambios de ánimo y el aumento de peso.

Incluso después de tomar estas medidas contra el PMS, puede ser necesario hacer algunos cambios en sus hábitos alimenticios, el ejercicio y la medicación durante los días previos a la menstruación para conseguir un buen control de la glucosa. Lo mejor es introducir estos cambios uno por uno, para poder observar mejor el efecto de cada uno por separado.

Si sus niveles de glucosa tienden a subir antes de la menstruación, amplíe su programa diario de ejercicio físico, evite comer más carbohidratos, y hable con su médico sobre incrementos graduales temporales de su dosis de insulina. (Necesitará trabajar conjuntamente con su médico para ajustar las dosis indicadas para usted).

Si sus niveles de glucosa tienden a ser demasiado bajos antes de la menstruación, puede intentar de reducir su programa de ejercicio durante estos días, y aumentar los carbohidratos en su dieta (con alimentos sanos, no con comida basura). También puede comentar la posibilidad de reducir su dosis de glucosa gradualmente durante estos días con su médico.

## **LA DIETA DIABÉTICA**

Las ideas falsas populares sobre la nutrición y la diabetes incluyen la idea que una "dieta diabética" es una "dieta libre del azúcar"; o esa azúcar refinada es "mala" y los "dulcificantes naturales" son "buenos". ¿Se pueden los alimentos "sin azúcar" comer en cantidades? ¿Puede una persona con la diabetes ser "tramposo" de vez en cuando? ¿Cuál es una "dieta diabética"? Porque existen tantas preguntas y malentendidos, es importante que una persona con diabetes pueda entender los fundamentos de la nutrición, uno de varios elementos esenciales de la gerencia acertada de la diabetes.

No hay realmente cosa tal como una sola "dieta diabética". La dieta que una persona con diabetes sigue para ayudar para manejar sus niveles de azúcar de sangre se basa en los mismos principios de la nutrición que cualquier persona sana, con o sin diabetes, debe seguir para la buena salud. Cuando una persona con diabetes ve al nutricionista

que lo aconseja, la meta es crear un plan de la nutrición. Esto ayudará a la persona a manejar sus o sus niveles de azúcar de sangre, reduce el riesgo de la enfermedad cardíaca y otras condiciones dietarias relacionadas, mantienen un peso sano, así como la estructuración de la calidad alimentaria de una persona, forma de vida y las necesidades culturales.

La energía que conseguimos de los alimentos, medidos en calorías, viene a partir de tres tipos de alimentos: grasas, proteínas, y carbohidratos. Cualquier alimento que proporcione calorías levantará el azúcar de sangre. Cuando se digieren los alimentos, se analizan en el combustible básico del cuerpo -- glucosa, un tipo de azúcar. La glucosa es absorbida por la circulación sanguínea, y después conocida como la glucosa de la sangre o azúcar de sangre. En una persona sin diabetes, la insulina es lanzada por el páncreas después de que una comida o un bocado para permitir que la glucosa en la sangre consiga en las células de cuerpo, donde se quema para la energía. Esto trae el nivel de la glucosa en la sangre abajo a la gama normal. Si la insulina no se produce ni está trabajando correctamente, la glucosa no puede incorporar las células que se utilizarán, y se acumula en la circulación sanguínea. Esto da lugar a azúcar de sangre alta, y esta condición se conoce como diabetes.

Aunque todos los alimentos que proporcionan calorías son convertidos en la glucosa por el cuerpo, ciertos alimentos tienen un efecto más directo en el nivel de la glucosa de la sangre. Las grasas en alimentos se digieren y se convierten eventual en la glucosa, pero ésta puede tomar hasta 6 a 8 o más horas después de una comida, y el lanzamiento de la glucosa en la sangre es muy lento. La proteína en tomas de los alimentos (tales como carnes, las aves de corral, los pescados, los huevos, soja, habas, y leche) cerca de 3 a 4 horas después de una comida a "demuestra como aumenta la glucosa de la sangre".

Los carbohidratos, por otra parte, toman solamente sobre mitad de la hora a una hora después de una comida que se dará vuelta en la glucosa de la sangre. La palabra "carbohidrato" significa realmente las "azúcares y los almidones." Químicamente, un alimento almidonado es justo una "cadena" de las moléculas de la glucosa. De hecho, si un alimento almidonado como una galleta de soda se sostiene en la boca por algunos minutos, comenzará a sentir dulce mientras que las enzimas digestivas en la saliva comienzan a romper el almidón abajo en sus piezas de la glucosa.

Cualquier alimento que sea alto en cualquier tipo de carbohidrato levantará los niveles de la glucosa de la sangre pronto después de una comida. Si un alimento contiene una onza de azúcar (natural o refinada) o una onza de almidón, levantará la glucosa de la sangre la misma



cantidad, porque la cantidad total de CARBOHIDRATO es igual. Aunque un cristal de zumo de fruta y la misma cantidad de soda azucarada pueden parecerse como algo "bueno" contra la "mala" opción, cada uno levantará cantidades casi iguales de la glucosa de la sangre. Esta información con respecto a la cantidad de carbohidrato en diversos alimentos es el centro de una herramienta de gerencia de la nutrición para la gente con diabetes. Los alimentos altos en carbohidratos incluyen los almidones tales como arroz, pastas, panes, cereales, y alimentos similares; frutas y jugos; leche y productos lácteos; y cualquier cosa hecha con las azúcares agregadas, tales como caramelos, las galletas, las tortas, y las empanadas.

La meta de un plan de la nutrición de la diabetes es proporcionar una mezcla de las grasas, carbohidratos, y las proteínas en cada comida en un nivel apropiado de las calorías que proporcionan los alimentos esenciales tan bien como crean incluso un lanzamiento de la glucosa en la sangre de la comida a la comida. Un nutricionista determina las necesidades alimenticias de una persona con diabetes y calcula las cantidades de grasa, de proteína, de carbohidrato, y de calorías totales necesitadas por día, y después convierte esta información en las recomendaciones para las cantidades y los tipos de alimentos para incluir en la dieta diaria. El número total de comidas y los bocados y su sincronización a través del día pueden ser diferentes para cada persona,

basado en el suyo o sus necesidades alimenticias, forma de vida, y la acción y sincronización de medicaciones.

Un plan total de la nutrición para una persona con diabetes incluye 10 a 20 por ciento de calorías de la proteína, no más de 30 por ciento de calorías de las grasas (sin más de 10 por ciento de las grasas saturadas), y los 50 a 60 por ciento restantes de los carbohidratos. Se añaden los alimentos del carbohidrato que contienen la fibra dietética, pues una alta dieta de la fibra se ha asociado a riesgos disminuidos de los dos puntos y de otros cánceres.

Para la gente con altos niveles del colesterol de la sangre, proporciones de grasas light y saturadas totales más bajas pueden ser recomendadas. El producto del sodio más del magnesio de 3000 por día se sugiere; para la gente con la tensión arterial alta, el sodio se debe limitar al magnesio 2400 por día o según lo aconsejado por un médico.

## **FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo para DM son:

- Edad, mayores de 40 años.
- Ascendencia hispana.
- Sobrepeso u obesidad.

-Obesidad infantil o de la adolescencia (IMC percentil 90 para la edad y género).

-Historia familiar previa de DM2.

-Antecedentes de Hipertensión Arterial.

-Madres con hijos macrosómicos (> 4 Kg. al nacer)

-Antecedentes de DM gestacional.

-Antecedentes de hiperlipidemia

--Recién nacidos de bajo peso al nacer.

## **FISIOPATOLOGÍA**

El mantenimiento de la glucemia en una persona depende de:

1.- Secreción de insulina.

2.-Acción periférica de la insulina en los tejidos sensibles (músculo y tejido adiposo).

3.- Control de la insulina sobre la producción hepática de glucosa.

La alteración en el equilibrio de estos tres factores, es la causa de la aparición de la D M 2, se presentara en un individuo que presente predisposición genética, asociada a la presencia de factores de riesgo.

## CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Clasificación	Condiciones de Glucemia	Mg/dl
NORMAL	Ayunas*	70-90
	PTOG** (Prueba de tolerancia oral a la glucosa)	<140
PREDIABETES	GAA*** (Glucemia Alterada Ayunas)	100-125
	ITG** (Intolerancia a la Glucosa)	140-199
DIABETES	Glucemia al azar****	≥ 200
	Glucemia en ayunas (por dos ocasiones)	≥ 126
	PTOG (Prueba de Tolerancia a la Glucosa)	≥ 200

En cualquier caso la determinación se hace en plasma venoso, (no en capilar)

El periodo de ayuno debe ser de 8- 14 horas.

PTOG (Prueba de tolerancia oral a la glucosa), valor obtenido a las dos horas de sobrecarga con 75 gr. de glucosa.

En los casos GAA e ITG (prediabetes) hay un riesgo cardiovascular aumentado

Glucemia al azar (muestra tomada a cualquier hora del día) de > a 200 mg/ dl, en presencia de síntomas (polidipsia, poliuria o pérdida de peso inexplicada, es DM.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la DM tiene como objetivos la corrección del dismetabolismo a nivel de glúcidos, proteínas y lípidos; la corrección del peso corporal y el estado de nutrición especialmente en los pacientes

obesos o desnutridos, la prevención de la aparición de complicaciones agudas y / o crónicas.

Para cumplir estos objetivos el tratamiento de la DM incluye:

- 1.- Educación Diabetológica.
- 2.-Dietoterapia.
- 3.-Terapéutica medicamentosa.
- 4.-Actividad física.
- 5.- Automonitoreo.

La dieto terapia es uno de los pilares básicos del tratamiento de la DM .Una correcta prescripción y una educación diabetológica con una amplia explicación del plan de alimentación adaptándola al nivel de comprensión del paciente aseguran en muchos casos el control terapéutico de la enfermedad. Mazzei y Col. observaron que el cumplimiento del plan de alimentación se presentó en el 84.5 % (siempre el 28 %, frecuente 56%) Stone y Col. observaron una mejoría del plan alimentario y del control metabólico al intensificar la educación.

La práctica de actividad física programada, sistemática y habitual, ha demostrado ser un factor determinante que contribuye en la disminución de la incidencia de DM en sujetos con factores de riesgo para padecerla, y contribuye a la mejora del control metabólico así como en la

reducción de complicaciones, tanto agudas como crónicas, en pacientes con DM.

## METAS DE CONTROL CLÍNICO<sup>2</sup>

Glucosa plasmática mg/dl	Meta	Aceptable
Ayunas	70 - 100	90 - 130
Postprandial	< 140	< 180
HbAc%	< 7%	
HDL	> 40H y > 50M	
LDL	>100	
Triglicéridos mg/dl	< 150	
Presión Arterial mmHg		
Sistólica	< 130	
Diastólica	< 80	
Índice de masa corporal	19 - 25	

## TIPOS DE DIABETES

Hay dos tipos principales de diabetes. Al tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos).

Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I.

En el tipo II, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que

---

<sup>2</sup> <http://www.monografias.com/trabajos55/familiares-diabeticos/familiares-diabeticos2.shtml#ixzz2FuZpnKj3>

produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad.

La diabetes mellitus tipo 2 supone el 80-90 % de los casos de diabetes. La frecuencia de la diabetes mellitus está aumentando en todo el mundo de forma acelerada. Si en 1997 los datos de prevalencia se encontraban en torno a 124 millones de personas, se estima que en el año 2025 esta cifra llegará a 300 millones.

En este tipo de diabetes se producen trastornos metabólicos caracterizados por una elevación inapropiada de la glucosa en sangre (hiperglucemia) que da lugar a complicaciones crónicas por afectación de grandes y pequeños vasos y nervios. La alteración subyacente en esta enfermedad es la dificultad para la acción de la *insulina* (como una pérdida de sensibilidad de los tejidos a esta hormona) que denominamos insulinoresistencia y una secreción inadecuada de *insulina* por las células encargadas de su producción en el páncreas. Además de aumentar la concentración de glucosa la acción deficiente de la *insulina* se traduce frecuentemente en elevación de los niveles de colesterol y/o triglicéridos.

La mayor parte de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se producen en el contexto de lo que llamamos **Síndrome Metabólico**. En este síndrome se asocian diabetes, hipertensión arterial, aumento de los

niveles de colesterol, triglicéridos y/o ácido úrico y sobrepeso probablemente debidos también a la insulinoresistencia. El Síndrome Metabólico eleva notablemente el riesgo cardiovascular y es una causa fundamental de muerte en los países desarrollados.

## **SÍNTOMAS**

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza precisamente por ser prácticamente asintomática en sus fases iniciales. Este es en realidad el gran problema, ya que diagnosticamos diabetes con retraso (varios años con frecuencia) y se calcula que hasta un 50 % de personas con diabetes mellitus tipo 2 permanecen sin diagnosticar en este momento. Esto hace que con frecuencia (hasta un 20 %) las personas con este tipo de diabetes presenten signos de complicaciones en el momento del diagnóstico.

Todo ello hace que la diabetes mellitus tipo 2 haya que buscarla de forma específica en las personas con riesgo, esto es

- . Cualquier persona a partir de los 45 años

- . Menores de 45 con:

- Obesidad

- Antecedentes familiares de DM

- Diabetes durante anteriores embarazos o niños con peso al nacer superior a 4 kg.



- Hipertensión arterial
- Colesterol o triglicéridos elevados
- Antecedentes de alteraciones de la glucosa en sangre

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico se realiza inicialmente mediante la determinación de glucosa en ayunas. Actualmente se considera patológico un valor repetido de glucosa mayor de 126 mg/dl. En casos dudosos se recurrirá a la realización de una curva de glucosa (determinación de glucosa en sangre de forma seriada) tras la toma de un preparado con 75 g de glucosa.

## **TRATAMIENTO INICIAL**

El tratamiento de la diabetes tipo 2 se basa en tres pilares fundamentales: seguimiento de un plan de alimentación equilibrado, práctica de ejercicio físico regular y tratamiento farmacológico personalizado. Como hemos indicado anteriormente, un buen número de personas con este tipo de diabetes presenta un grado variable de obesidad, por lo que un objetivo primordial en estos casos es la reducción de peso.

Este tratamiento debe ser individualizado en cada uno de sus aspectos y adecuado al modo de vida del paciente.

## AVANCES MÉDICOS EN EL TRATAMIENTO

En el momento actual disponemos de varios grupos de fármacos (estimulantes de la secreción de *insulina*, sensibilizadores de los tejidos a la *insulina*, inhibidores de la absorción de hidratos de carbono o grasas,...) que permiten seleccionar el tratamiento más oportuno para cada paciente de acuerdo con sus características: obesidad, cantidad de *insulina* que produce su páncreas. Además de nuevos tipos de fármacos, han aparecido algunos con un perfil de acción y seguridad que los hace más eficaces, con menor número de efectos adversos y más cómodos para el paciente.

Entre los fármacos recientes sobresale el papel de los denominados de forma genérica **Tiazolidindionas o Glitazonas**. Actualmente disponemos de dos: **Rosiglitazona y Pioglitazona**. Estos nuevos medicamentos para la diabetes son insulinosensibilizadores, es decir, favorecen la acción de la *insulina* en múltiples órganos y tejidos (hígado, tejido adiposo, músculo). Además de mejorar el control glucémico en monoterapia o en combinación con otros fármacos han demostrado beneficios reduciendo las alteraciones asociadas a la diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico (hipertensión arterial, alteraciones de los lípidos). También podrían retrasar el inicio del tratamiento insulínico.

## **LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CONTROL DE LA DIABETES**

Este defecto de la insulina provoca que la glucosa se concentre en la sangre, de forma que el cuerpo se ve privado de su principal fuente de energía. Además los altos niveles de glucosa en la sangre pueden dañar los vasos sanguíneos, los riñones y los nervios.

No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar su salud para personas afectadas por este desorden, es controlarlo: mantener los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles los normales. Un buen control puede ayudar enormemente a la prevención de complicaciones de la diabetes relacionadas al corazón y el sistema circulatorio, los ojos, riñones y nervios.

Un buen control de los niveles de azúcar es posible mediante las siguientes medidas básicas: una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre.

## **CÓMO MEJORAR EL CONTROL DE LA DIABETES**

Gracias a una serie de avances tecnológicos de los últimos años es más fácil mejorar el control del nivel de azúcar en la sangre.

Mucha gente que padece el tipo I de diabetes ha podido mejorar su control mediante terapias intensivas de insulina, mediante múltiples inyecciones diarias, o mediante bombas de insulina. La FDA ha aprobado el Humalog, un nuevo tipo de insulina de acción rápida que debe ayudar a controlar el aumento de azúcar que ocurre inmediatamente después de comer. Las investigaciones más avanzadas buscan desarrollar una pequeña bomba de insulina implantable que hiciera innecesarias las inyecciones.

Existe una nueva píldora para el tratamiento de diabetes del tipo II. El Glucóphago (metaformina) funciona aumentando la sensibilidad del cuerpo a la insulina. A diferencia de otras píldoras, que tienden a causar un aumento de peso, el Glucóphago frecuentemente causa una disminución de peso. Algunas personas afectadas por diabetes del tipo II que han estado tomando insulina, pueden dejar de tomarla cuando se añade Glucóphago a su programa. Precose (acarbose), otro tipo de píldora novedosa, funciona bloqueando la absorción de fécula, con lo cual se reduce el la oleada de azúcar que se produce inmediatamente después de comer.

Continúa el progreso en la confección de aparatos con los que los pacientes pueden medir su nivel de glucosa en su propio hogar. Cada vez son más pequeños y más rápidos que los modelos antiguos, y funcionan con muestras de sangre más pequeñas.

Uno de los mejores indicadores del control de su diabetes es de hemoglobina glicosilada, que muestra el nivel de azúcar promedio sobre un periodo de tres meses. Se puede usar los resultados de este test para mejorar el control de la diabetes del paciente, y de esta forma reducir el riesgo de complicaciones de diabetes.

## **LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SOBRE DIABETES**

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los

pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

También es necesario que la gente sepa qué puede hacer para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes. ¡Por ejemplo, se estima que con un cuidado correcto de los pies, se podría prescindir de un 75% de todas las amputaciones en personas con diabetes!

Aunque las clases de educación sobre diabetes proporcionan información general útil, cada paciente debería recibir una educación a medida de sus necesidades concretas. El equipo que confecciona la evaluación sobre diabetes incluye un médico, un tutor de diabetes, una trabajadora social, una enfermera especializada y un especialista en dietética. A continuación se debe desarrollar un plan de tratamiento que responde a las necesidades físicas, emocionales, dietéticas y educativas de cada persona.

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

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

**Ventajas:**

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

Favorece la bidireccionalidad en la relación educativa.

El establecimiento de comportamientos saludables, de hábitos de cuidados no sólo depende del "**saber**", de que esa persona sepa lo que es bueno y aconsejable para la salud; también dependen del "**querer**", de que esa persona decida adoptar determinados comportamientos de salud; y por último una vez que toma la decisión depende del "**poder**", de que tenga a su alcance los medios necesarios para realizar dicho comportamiento.

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

Saber: Que conozca los beneficios que le puede aportar el control de su enfermedad. La estrategia para transmitir estos conocimientos, no es la misma en una persona con alto nivel de instrucción que en una analfabeta.

Querer: Una serie de características personales pueden influir en que la persona decida realizar autoanálisis:

Experiencias previas de enfermedad,

Su manera de vivenciar la enfermedad y el dolor (puede haber miedo en relación con los pinchazos).

Su grado de autonomía. Si es una persona autónoma e independiente en el desarrollo de su vida diaria estará dispuesta inmediatamente a no depender de nadie para hacerse sus controles.

Poder: Condiciones físicas como agudeza visual, habilidad psicomotora, contar con el material necesario (una persona con bajos ingresos económicos puede que no se compre un reflectómetro).



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

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

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

## **2.3.- Planteamiento de la hipótesis**

### **2.3.1.- Hipótesis General**

Si controlamos la incidencia emocional de los pacientes diabéticos garantizaremos el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS en el año 2012.

### **2.3.2.- Hipótesis Particulares**

Si controlamos la depresión de los pacientes diabéticos mejoraremos el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS.

Si controlamos el estrés de los pacientes diabéticos garantizaremos la recuperación de su enfermedad en el hospital del IESS.

## **2.4. Variable**

### **2.4.1. Variables independientes**

Si controlamos la incidencia emocional

## **2.4.2. Variables dependientes**

Garantizaremos el tratamiento de su enfermedad

## 2.5.- Operacionalización de la Hipótesis

Cuadro 1. Operacionalización de la primera hipótesis

Concepto	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas instrument
<p><b>Psicología.-</b> La psicología es la ciencia que estudia los procesos mentales. La palabra proviene del griego: psico (alma o actividad mental) y logía (estudio). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual.</p> <p><b>Enfermedad.-</b> La enfermedad (palabra que viene del latín y que significa «falta de firmeza») es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud.</p> <p><b>Diabetes.-</b> Del latín <i>diabētes</i>, que deriva de un vocablo griego que significa “atravesar”, la diabetes es una enfermedad metabólica que ocasiona diversos trastornos, como la eliminación de orina en exceso, la sed intensa y el adelgazamiento.</p>	<p>Si controlamos la incidencia emocional de los pacientes diabéticos</p> <p>Tratamiento de su enfermedad</p> <p>Recuperación de su enfermedad</p>	<p>-Aplicación -Tipo de apoyo -Incidencia</p> <p>-Existencia -Postura -Autoestima</p> <p>-Cumplimiento -Recepción</p> <p>-Estado -Evolución</p>	<p>-¿Existen pacientes diabéticos que se rehúsan a reconocer que son diabéticos? -¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con su tratamiento por no reconocer que están con diabetes? -¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por no reconocer que tienen diabetes? -¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado? -¿Los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratarlos? -¿Recibe el paciente adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros? -¿Se ocupa el paciente con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta? -¿Aprecia el paciente los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia? ¿Reconoce el familiar que el paciente responde a la necesidad de revisión médica periódica?</p>	<p>OS</p> <p>Entrevista a profesionales de la salud y encuestas a los pacientes y familiares de los pacientes.</p>

## CAPÍTULO III

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. MÉTODOS

**Método Inductivo.-** Va de lo particular a lo general. Es decir, partí del conocimiento de cosas y hechos particulares que se investigaron, para luego, utilizando la generalización y llegué al establecimiento de reglas y leyes científicas.

**Método deductivo.-** Este proceso me permitió presentar conceptos, principios, reglas, definiciones a partir de los cuales, se analizó, se sintetizó comparó, generalizó y demostró.

**Método descriptivo.-** Lo utilice en la descripción de hechos y fenómenos actuales por lo que digo: que este método me situó en el presente.

No se redujo a una simple recolección y tabulación de datos a los que se acompaña, me integro el análisis reflexión y a una interpretación imparcial de los datos obtenidos y que permiten concluir acertadamente mi trabajo.

### **3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.**

En la presente investigación se empleó la modalidad de campo y documental:

De campo porque se realizaron encuestas a pacientes, familiares y entrevistas a los profesionales de la salud del en el hospital del IESS en el cantón Quevedo provincia de Los Ríos, y;

Documental por apoyarse en las referencias científicas y de profesionales en el área.

### **3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

Los tipos de investigación a emplearse son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se va a clasificar elementos y estructuras para caracterizar una realidad y,

Explicativa, porque permite un análisis del fenómeno para su rectificación.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1.- Población**

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación, en este caso tenemos una población de estudio determinada en la totalidad de la población 240 pacientes y 5 profesionales de la salud del hospital del IESS.

#### **3.4.2.- Muestra**

Se considera como muestra a una parte de la investigación que facilita el estudio y hace más eficaz a la investigación para lo cual aplicamos la siguiente fórmula.

Total de Encuestas:

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

#### **Simbología**

M = Total de muestra

N = Total de la población

E = margen de error (de 0.01 hasta 0.10)

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

$$M = \frac{240}{(0.05)^2 (240 - 1) + 1}$$

$$M = \frac{240}{(0.0025) (239) + 1}$$

$$M = \frac{240}{0,5975 + 1}$$

$$M = \frac{240}{1.5975}$$

$$M = 150,23 = 150$$

Las encuestas se aplicarán a los 150 pacientes tal cual lo demuestra la muestra, y para mayor veracidad de la investigación se tomará el 100% de los profesionales de la salud en el hospital del IESS en el año 2012.

### 3.5. Técnicas de recolección de datos

**3.5.1.- Cuestionario para la encuesta:** Es la técnica que a través de un cuestionario permite recopilar datos de toda la población o de una parte representativa de ella.

### 3.6. Procedimiento.

Una vez concluida la aplicación de la entrevista, procederemos a clasificar la información y a tamizar, primero en forma general por cada



extracto y luego pregunta por pregunta, para elaborar los gráficos estadísticos que correspondan al análisis e interpretación de los resultados obtenidos y poder sacar las respectivas conclusiones y recomendaciones

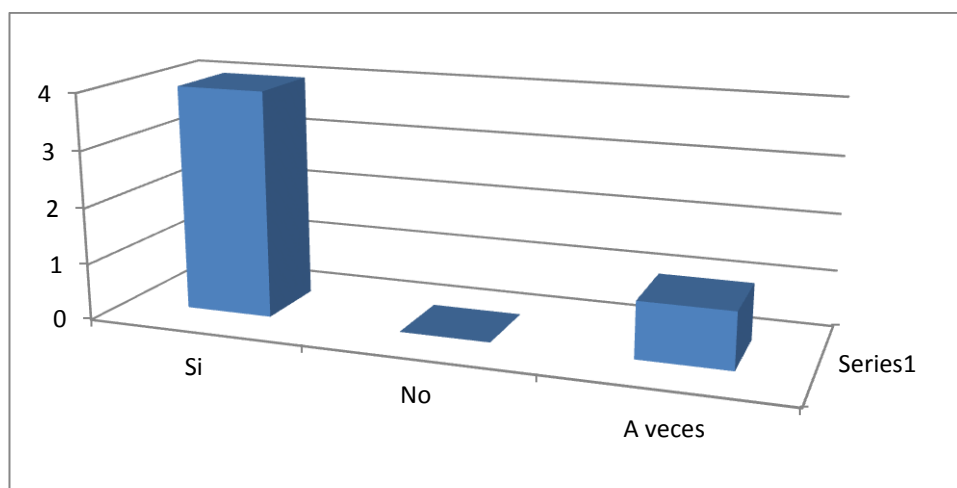
## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

#### 4.1. Entrevista realizada a los profesionales de la salud del hospital del IESS

1).- ¿Existen pacientes diabéticos con problemas emocionales que se rehúsan a reconocer que son diabéticos?

Respuesta	#	%
Si	4	80
No	0	0
A veces	1	20
Total	5	100



#### Análisis

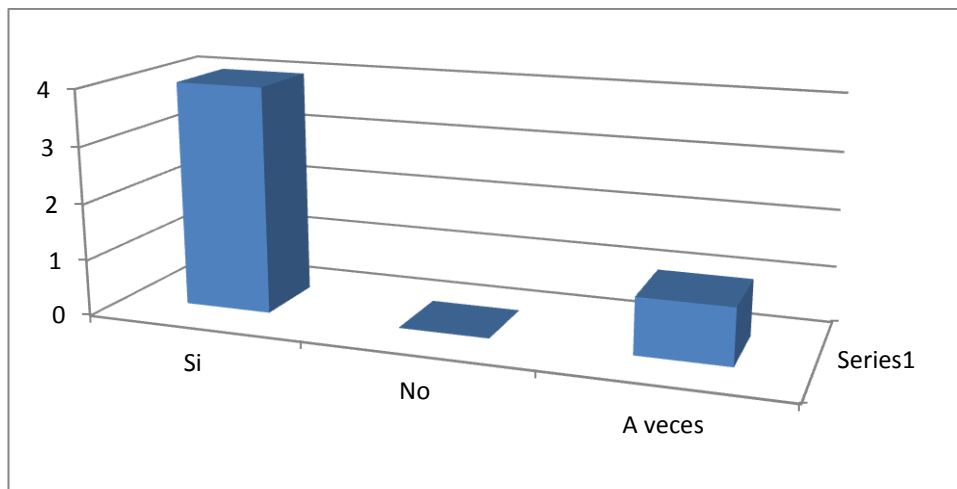
De la investigación realizada, el 80% manifiesta que si existen pacientes con problemas emocionales que se rehúsan a reconocer que padecen de diabetes, mientras que un 20% dice que solo a veces.

#### Interpretación

La mayoría de los pacientes con problemas emocionales se rehúsan a reconocer que padecen diabetes.

2).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad?

Respuesta	#	%
Si	4	80
No	0	0
A veces	1	20
Total	5	100



### Análisis

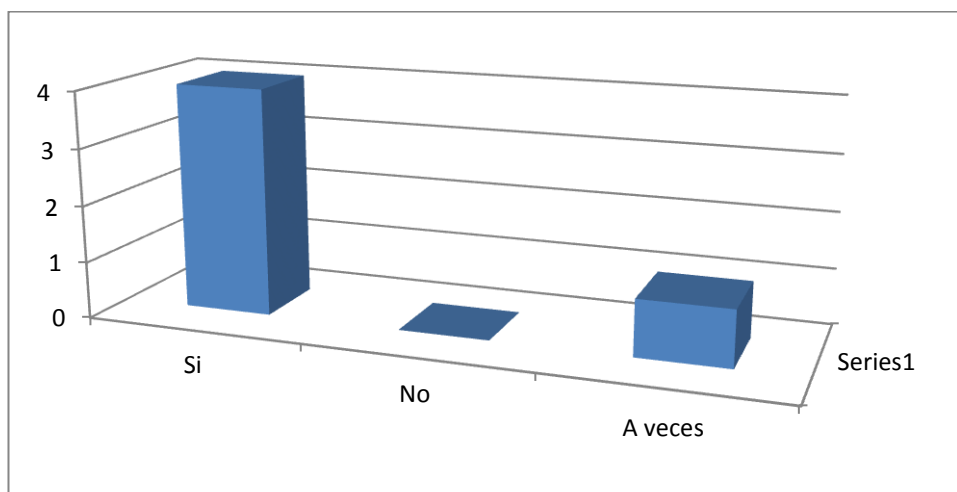
De la investigación realizada, el 80% manifiesta que si los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad, mientras que un 20% dice que solo a veces.

### Interpretación

La mayoría de los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad.

3).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales?

Respuesta	#	%
Si	4	80
No	0	0
A veces	1	20
Total	5	100



### **Análisis**

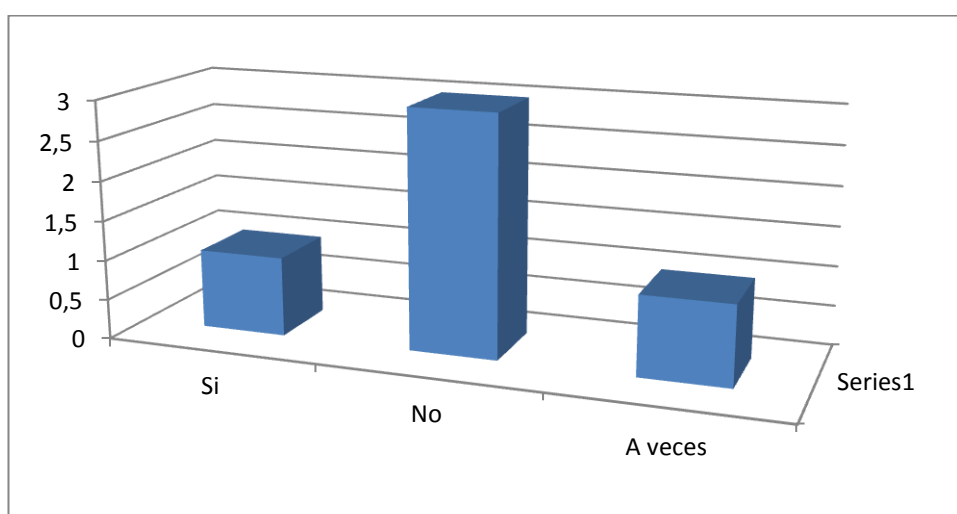
De la investigación realizada, el 80% manifiesta que si los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales, mientras que un 20% dice que solo a veces.

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales.

4).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado?

Respuesta	#	%
Si	1	20
No	3	60
A veces	1	20
Total	5	100



### **Análisis**

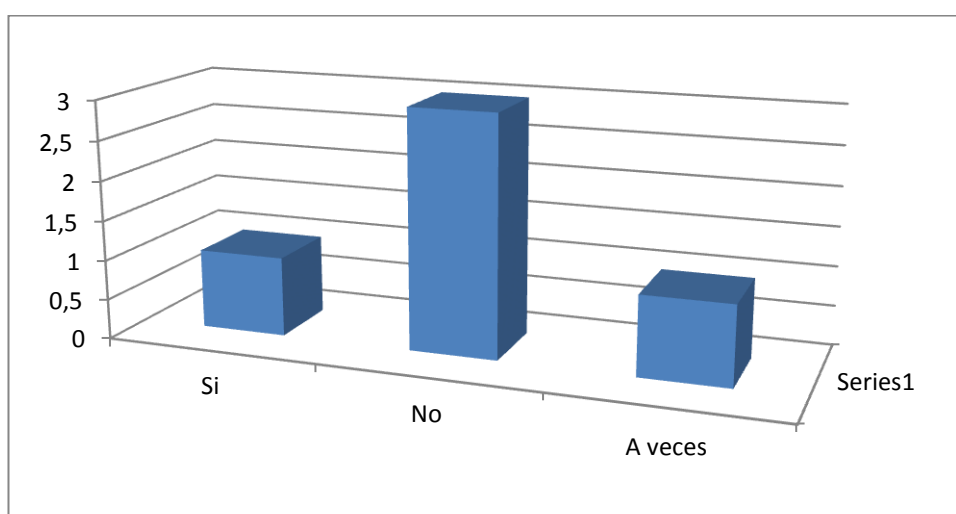
De la investigación realizada, el 20% manifiesta que los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado, mientras que un 60% dice que no y un 20% dice que solo a veces.

### **Interpretación**

Son pocos los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado

5).- ¿Los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratar los problemas emocionales?

Respuesta	#	%
Si	1	20
No	3	60
A veces	1	20
Total	5	100



### Análisis

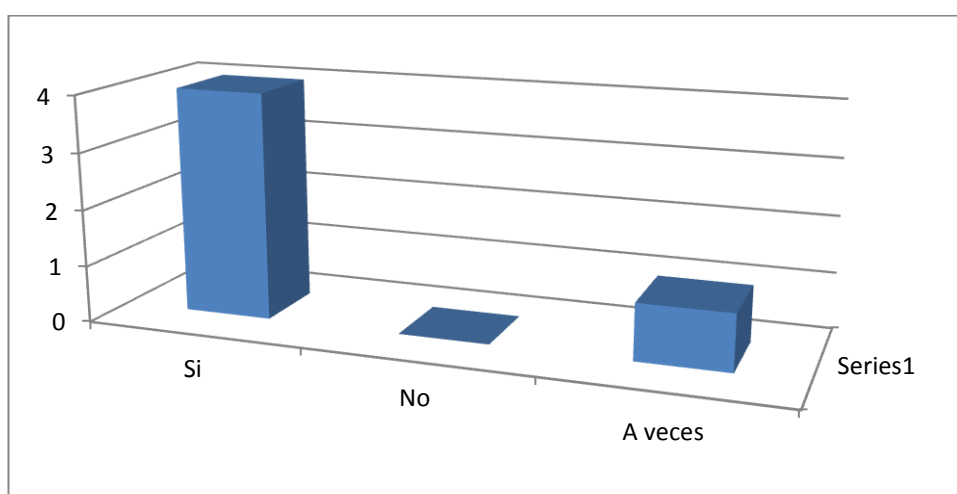
De la investigación realizada, el 20% manifiesta que los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratar los problemas emocionales, mientras que un 60% dice que no y un 20% dice que solo a veces.

### Interpretación

Son pocos los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos que conocen como tratar los problemas emocionales.

6).- ¿Recibe el paciente adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros?

Respuesta	#	%
Si	4	80
No	0	0
A veces	1	20
Total	5	100



### **Análisis**

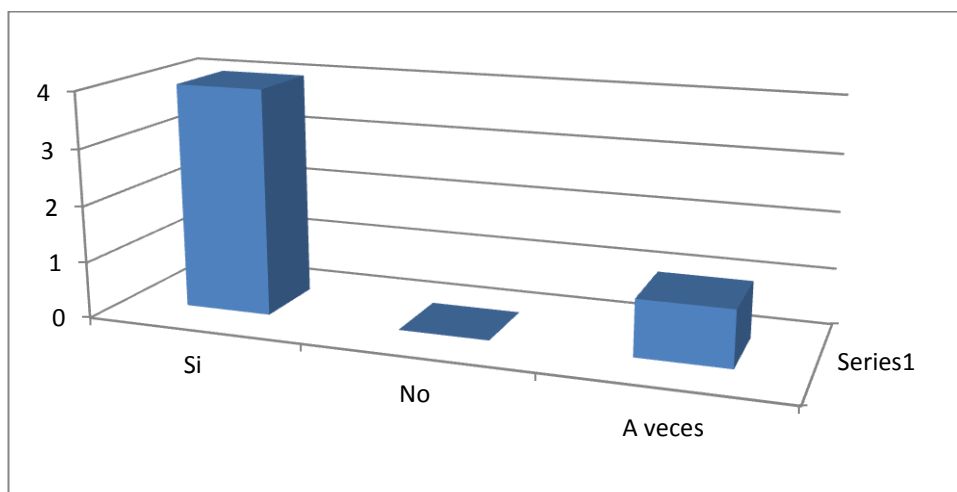
De la investigación realizada, el 80% manifiesta que los pacientes reciben adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros, mientras que un 20% dice que solo a veces.

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes reciben adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros.

7).- ¿Se ocupa el paciente con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta?

Respuesta	#	%
Si	4	80
No	0	0
A veces	1	20
Total	5	100



### Análisis

De la investigación realizada, el 80% manifiesta que se ocupa el paciente con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta, mientras que un 20% dice que solo a veces.

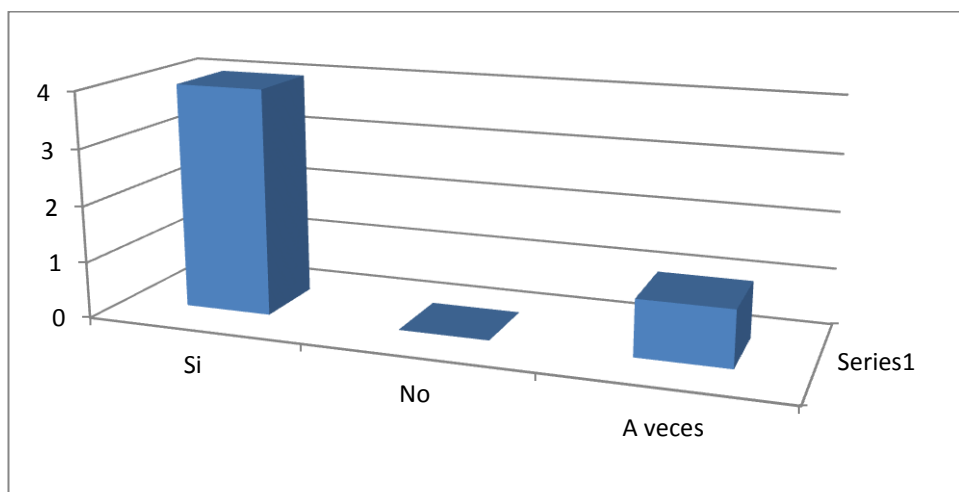
### Interpretación

La mayoría de los pacientes se ocupan con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta.



8).- ¿Aprecia el paciente los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia?

Respuesta	#	%
Si	4	80
No	0	0
A veces	1	20
Total	5	100



### **Análisis**

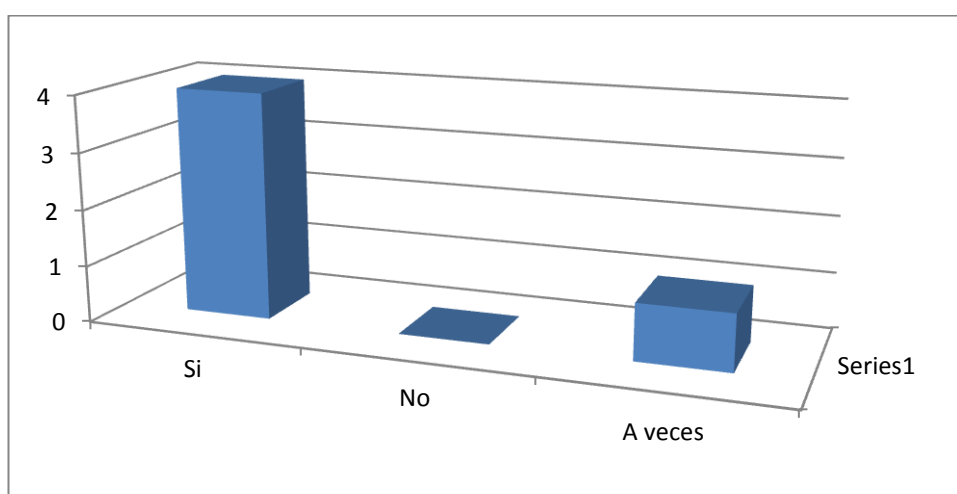
De la investigación realizada, el 80% manifiesta que el paciente si aprecia los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia, mientras que un 20% dice que solo a veces.

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes si aprecian los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia.

9).- ¿Reconoce el familiar que el paciente responde a la necesidad de revisión médica periódica?

Respuesta	#	%
Si	4	80
No	0	0
A veces	1	20
Total	5	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el 80% manifiesta que el paciente si responde a la necesidad de revisión médica periódica, mientras que un 20% dice que solo a veces.

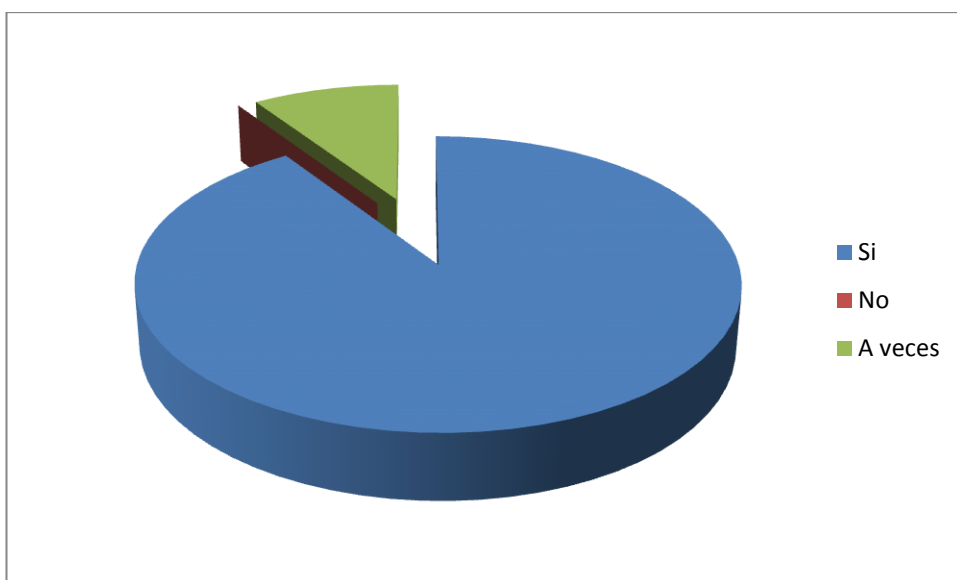
### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes si responden a la necesidad de revisión médica periódica.

## 4.2. Encuesta realizada a los pacientes y familiares

1).- ¿Existen pacientes diabéticos con problemas emocionales que se rehúsan a reconocer que son diabéticos?

Respuesta	#	%
Si	136	91
No	0	0
A veces	14	9
Total	150	100



### Análisis

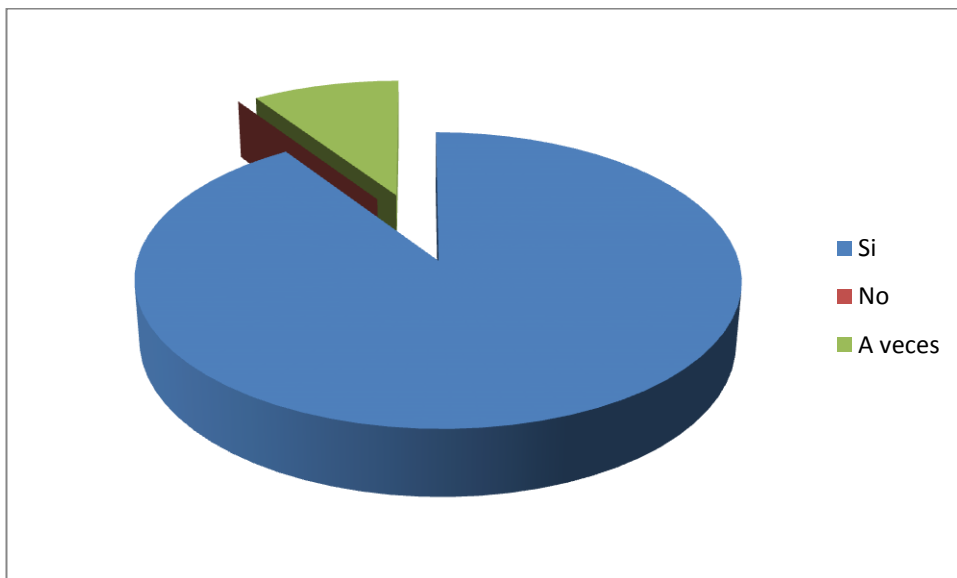
De la investigación realizada, el 91% manifiesta que existen pacientes diabéticos con problemas emocionales se rehúsan a reconocer que son diabéticos, mientras que un 9% dice que solo a veces

### Interpretación

La mayoría de los pacientes con problemas emocionales se rehúsan a reconocer que son diabéticos

2).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad?

Respuesta	#	%
Si	136	91
No	0	0
A veces	14	9
Total	150	100



### **Análisis**

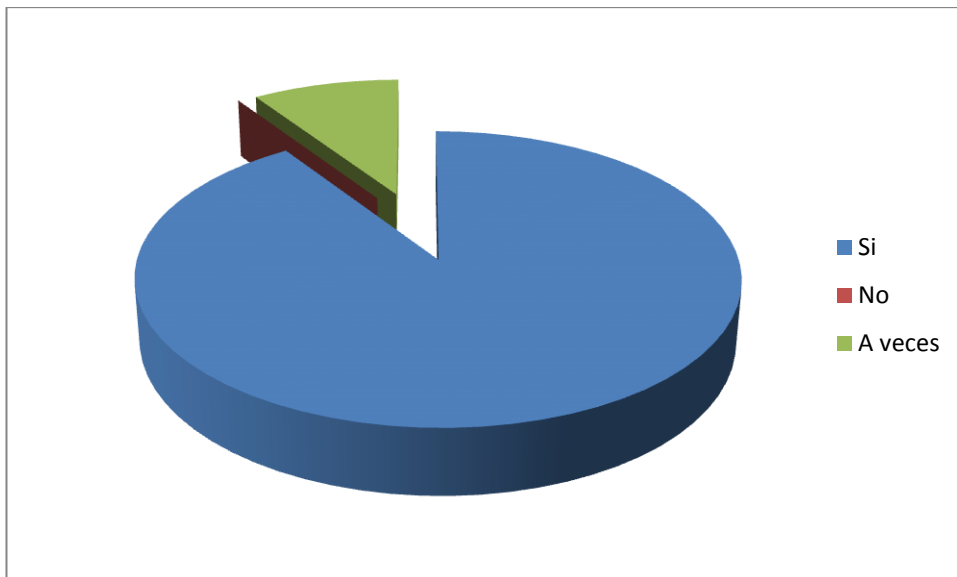
De la investigación realizada, el 91% manifiesta que los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad, mientras que un 9% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes diabéticos tienen de estrés y ansiedad.

3).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales?

Respuesta	#	%
Si	136	91
No	0	0
A veces	14	9
Total	150	100



### **Análisis**

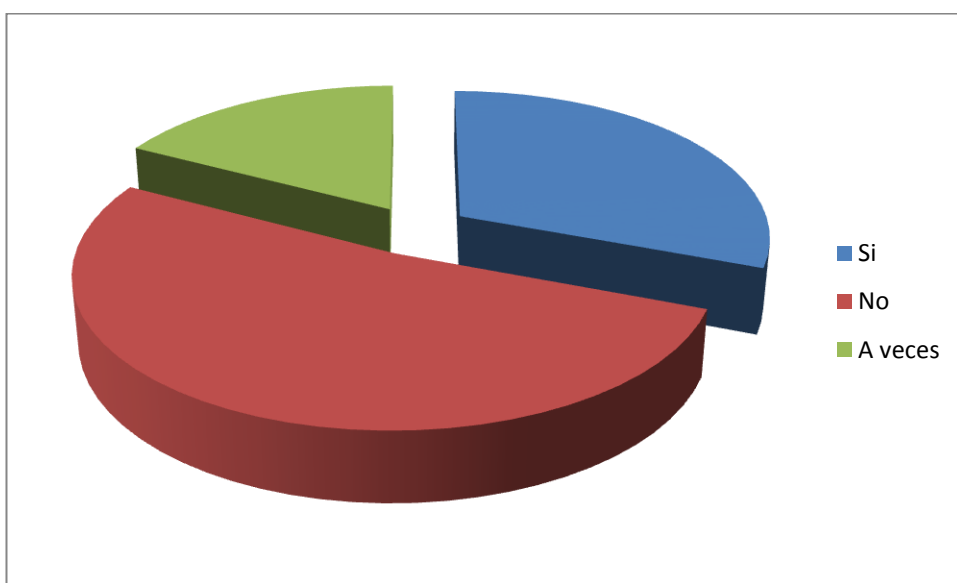
De la investigación realizada, el 91% manifiesta que los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales, mientras que un 9% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales.

4).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado?

Respuesta	#	%
Si	46	31
No	78	52
A veces	26	17
Total	150	100



### **Análisis**

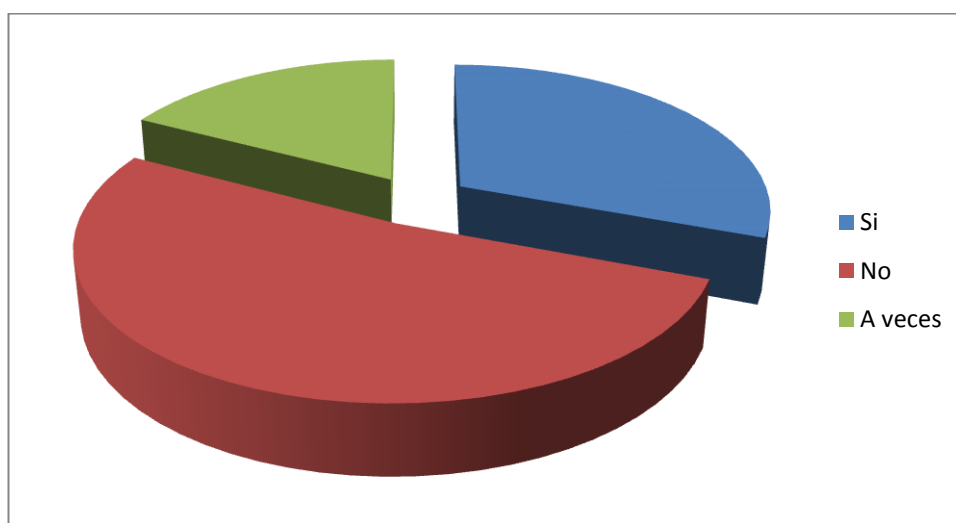
De la investigación realizada, el 31% manifiesta que los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado, mientras que un 52% dice que no y un 26% que solo a veces

### **Interpretación**

No todos los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado

5).- ¿Los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratar los problemas emocionales?

Respuesta	#	%
Si	46	31
No	78	52
A veces	26	17
Total	150	100



### **Análisis**

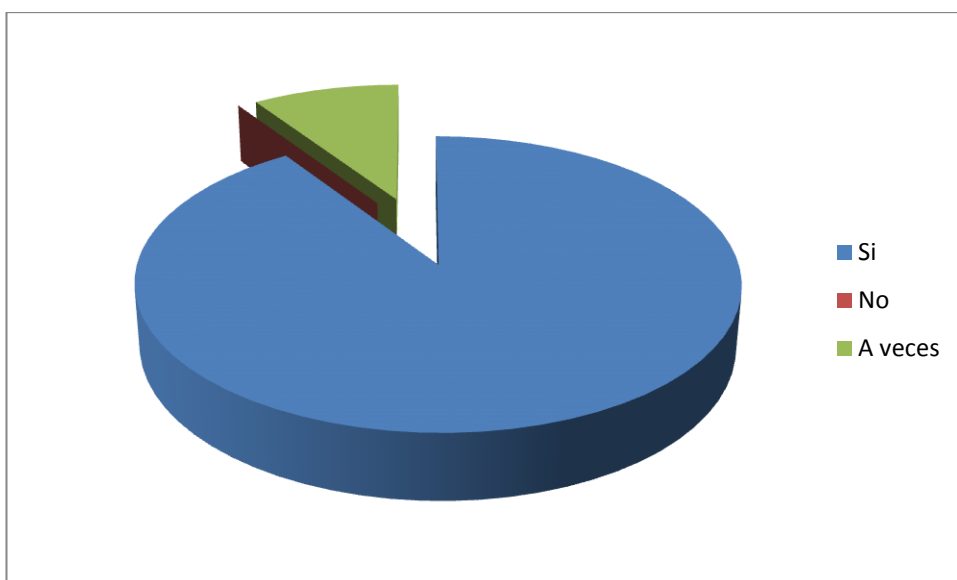
De la investigación realizada, el 31% manifiesta que los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratar los problemas emocionales, mientras que un 52% dice que no y un 26% que solo a veces

### **Interpretación**

No todos los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratar los problemas emocionales

6).- ¿Recibe el paciente adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros?

Respuesta	#	%
Si	136	91
No	0	0
A veces	14	9
Total	150	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el 91% manifiesta que el paciente recibe adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros, mientras que un 9% dice que solo a veces

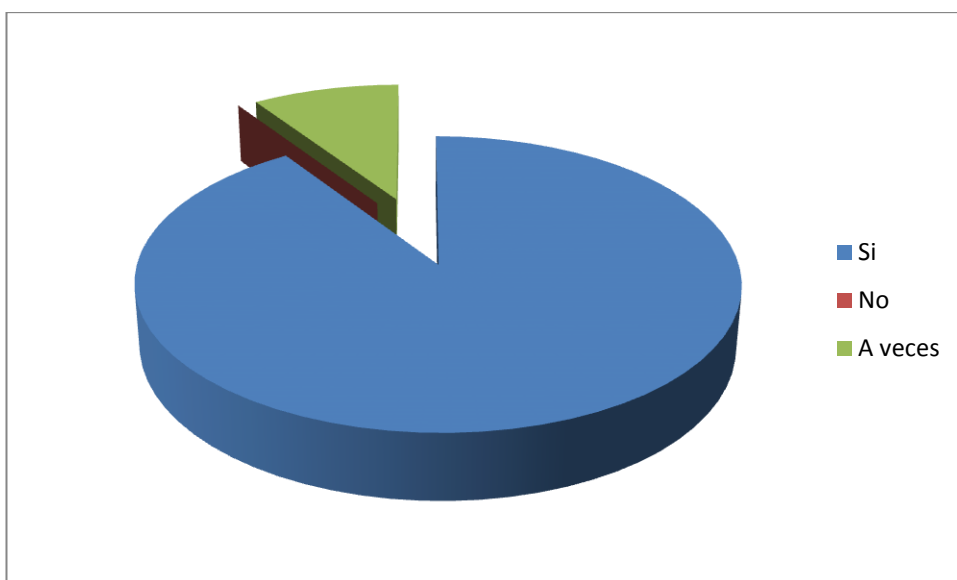
### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes reciben adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros.



7).- ¿Se ocupa el paciente con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta?

Respuesta	#	%
Si	136	91
No	0	0
A veces	14	9
Total	150	100



### **Análisis**

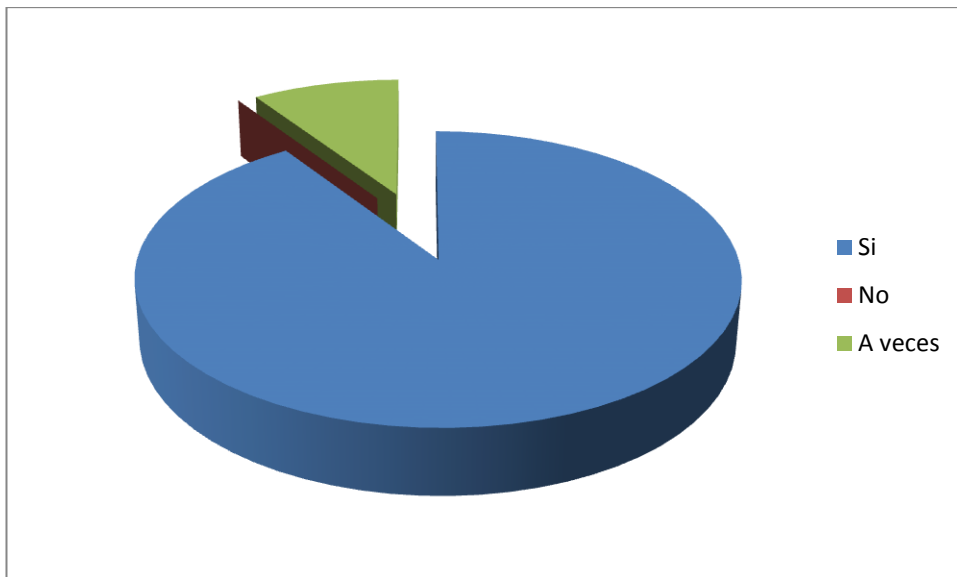
De la investigación realizada, el 91% manifiesta que el paciente se ocupa con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta, mientras que un 9% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes se ocupan con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta.

8).- ¿Aprecia el paciente los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia?

Respuesta	#	%
Si	136	91
No	0	0
A veces	14	9
Total	150	100



### **Análisis**

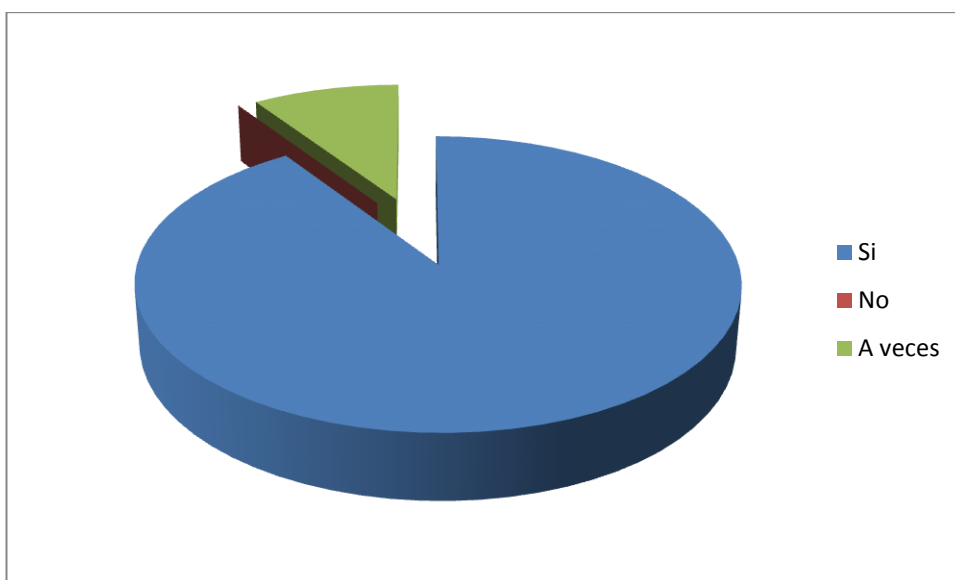
De la investigación realizada, el 91% manifiesta que el paciente aprecia los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia, mientras que un 9% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes aprecian los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia.

9).- ¿Reconoce el familiar que el paciente responde a la necesidad de revisión médica periódica?

Respuesta	#	%
Si	136	91
No	0	0
A veces	14	9
Total	150	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el 91% manifiesta que el paciente responde a la necesidad de revisión médica periódica, mientras que un 9% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los pacientes responden a la necesidad de revisión médica periódica.

### **4.3. Comprobación de la hipótesis**

Luego de realizada la investigación se pudo comprobar que: Si controlamos la incidencia emocional de los pacientes diabéticos garantizaremos el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS en el año 2012.

### **4.4. Conclusiones**

- La mayoría de los pacientes con problemas emocionales se rehúsan reconocer que padecen diabetes.
- La mayoría de los pacientes diabéticos tienen problemas emocionales.
- La mayoría de los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad.
- Son pocos los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado
- Son pocos los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos que conocen como tratar los problemas emocionales.
- La mayoría de los pacientes reciben adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros.

- La mayoría de los pacientes se ocupan con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta.
- La mayoría de los pacientes si aprecian los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia.
- La mayoría de los pacientes si responden a la necesidad de revisión médica periódica.

#### **4.5. Recomendaciones**

- A los pacientes se les debe brindar programas de terapias que los ayude a superar los problemas emocionales y reconocer que padecen diabetes, acatar su tratamiento para garantizar su recuperación y evitar problemas con las personas encargadas de su cuidado
- Además los familiares o encargados del cuidado deben conocer como tratar los problemas emocionales, los pacientes deben recibir adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros, ocuparse con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta, estar consientes de los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia.
- Deben responder a la necesidad de revisión médica periódica.

## **CAPÍTULO V**

### **5. PROPUESTA ALTERNATIVA**

#### **5.1. Título**

Programa de terapia cognitivo conductual dirigida a los pacientes diabéticos con problemas emocionales

#### **5.2. Objetivos**

##### **5.2.1. Objetivo general**

Reducir las complicaciones que presentan los pacientes diabéticos debido a sus problemas emocionales

##### **5.2.2. Objetivos específicos**

Valorar a los pacientes con problemas emocionales que presentan diabetes

Seleccionar el tipo de terapia cognitivo conductual de acuerdo a los casos valorados.

Desarrollar el programa de terapia cognitivo conductual

## **CAPÍTULO VI**

### **6. MARCO ADMINISTRATIVO**

#### **6.1.- Recursos**

##### **a. Recursos Humanos**

- ◇ Autoridades
- ◇ docentes
- ◇ Estudiantes

##### **b. Recurso Material**

- ◇ Papelería
- ◇ Computadora
- ◇ Xerocopia
- ◇ Suministros de oficina.
- ◇ Textos

## 6.2.- Presupuesto

CONCEPTO	VALOR UNIT	VALOR/SUBT OT
Una persona para realizar las encuestas y la tabulación	\$10 C/DIA	\$ 100.00
Un Director de Tesis		
Un computador	\$ 1 c/hora	\$ 20.00
Viáticos y subsistencia	\$ 5 c/día	\$ 100.00
Material Logístico	\$ 50	\$ 100.00
Elaboración de 160 encuestas	0.03 c/una	\$4,80
Elaboración de la tesis		\$ 100.00
TOTAL		\$ 424,80



### 6.3.- CRONOGRAMA

Nº	Actividades	Tiempo	2012			
			Sept.	Oct	Nov	Dic
1	Presentación del tema provisional		X			
2	Aprobación del tema		X			
3	Delimitación del campo de investigación		X			
4	Consulta bibliográfica		X	X		
5	Recopilación de información		X	X		
6	Desarrollo de las categorías de análisis		X	X		
7	Análisis de información		X	X		
8	Desarrollo de la investigación			X	X	
9	Presentación del proyecto				X	
10	Sustentación del proyecto					X

## CAPÍTULO VII

### 7. BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

#### 7.1. Bibliografía

1. Bueno JM Marco MD, Leal A, Orozco D, Mira JJ. Estudio de Validación de una escala de educación diabetológica en Atención Primaria. Atención Primaria 1993; 11: 344-349.
2. Calle-Pascual AL et al. Behaviour modification educative programmes in obese type 2 diabetic patients. Avances en Diabetología 1993; 6: 119-124.
3. Calle-Pascual AL Gil E, Benedi MA et al. Diseño de dos cuestionarios para evaluar los factores de riesgo de padecer amputación de miembros inferiores en la diabetes mellitus. Avances en Diabetología 1995 ; 10: 31-40 .
4. Campo Ordás JM, Vargas Royo ME. Opiniones de los pacientes diabéticos sobre su educación sanitaria. Atención Primaria 1991; 8: 729.
5. Diabetes Education Study Group of de European Association for de Study of Diabetes. The teaching Letter 1987.
6. Diabetes Education Study Group of de European Association for de Study of Diabetes (D.E.S.G.). Kit de supervivencia: Estrategias

- educativas de 5 minutos. Educación Diabetológica Profesional 1995; 5: 3-23.
7. Durá Trave T., Moya Benavent M. Conocimientos y actitudes de los profesores de enseñanza primaria sobre el alumno diabético. Avances en Diabetología 1993; 7: 129-134
  8. Greene WH, Simons-Morton BG. Educación para la Salud. Editorial Interamericana Mc.Graw Hill. 1988.
  9. Juvenile Diabetes Foundation. What you should know about Diabetes? Online:  
<http://www.jdfcure.com/whatknow.htm#careforkids> .Sept.1996.
  10. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Guía de Asociaciones. Ayuda Mutua y Autocuidado. 1988.
  11. Mitchell Funnell M., Hass L.B. National Standards for Diabetes Self-Management Educations Programs. Diabetes Care 1995; 1: 100-116.
  12. Moncada E, Cano I, Salvador J et al. Impacto de la educación diabetológica sobre la asistencia sanitaria de la diabetes mellitus. Estudio longitudinal de 9 años de evolución. La experiencia de Pamplona. Avances en Diabetología 1992; 5: 111-120 .
  13. Peyrot M. Evaluation of Patient Education Programs: How to Do It and How to Use it. Diabetes Spectrum 1996; 9: 86-93. Online:  
<http://www.diabetes.org/DiabetesSpectrum/96v9n02/evalu.htm>
  14. Polaino-Lorente A. Estrategias de intervención psicológica para el autocontrol de la diabetes infanto-juvenil. En: Psicología Clínica y

Salud: Aplicación de Estrategias de Intervención. Capitulo 11; 313-336. Universidad Nacional a Distancia. Madrid 1991. Simanca Ediciones S.A.

15. Pringle M, Stewart-Evans C, Coupland C, Williams I, Allison S, Sterland J. Influences on control in diabetes mellitus: patient, doctor, practice, or delivery of care? Br Med J 1993; 306: 630-634.
16. Rochon Alain. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Editorial Masson S.A. Barcelona 1991.
17. Sáenz Hernáiz J et al. Efectividad de la educación sanitaria a diabéticos tipo II, no insulino dependientes. Atención Primaria 1992; 10: 785-788.
18. Sorroche Navarro C, Fernández Soto ML, De Sande Barroso MJ et al. Evaluación de un programa educativo en diabetes: utilidad de la aplicación de una técnica de grupo nominal. Avances en Diabetología 1994; 8 : 117-124.

## 7.2. Anexos

### Anexo # 1

#### ENCUESTA

Cuestionario de encuesta realizada a los pacientes y familiares o encargados de su cuidado, con respecto al tema “Incidencia emocional de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS en el año 2012”.

De acuerdo a su criterio marque con una X la respuesta que crea conveniente.

1).- ¿Existen pacientes diabéticos con problemas emocionales que se rehúsan a reconocer que son diabéticos?

Si            No            A veces

2).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad?

Si            No            A veces

3).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales?

Si            No            A veces

4).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado?

Si            No            A veces

5).- ¿Los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratar los problemas emocionales?

Si            No            A veces

6).- ¿Recibe el paciente adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros?

Si            No            A veces

7).- ¿Se ocupa el paciente con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta?

Si            No            A veces

8).- ¿Aprecia el paciente los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia?

Si            No            A veces

9).- ¿Reconoce el familiar que el paciente responde a la necesidad de revisión médica periódica?

Si            No            A veces

## Anexo # 2

### ENTREVISTA

Cuestionario de entrevista realizada a los profesionales de la salud del hospital del IESS, con respecto al tema “Incidencia emocional de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el hospital del IESS en el año 2012”.

De acuerdo a su criterio marque con una X la respuesta que crea conveniente.

1).- ¿Existen pacientes diabéticos con problemas emocionales que se rehúsan a reconocer que son diabéticos?

Si            No            A veces

2).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas de estrés y ansiedad?

Si            No            A veces

3).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con su recuperación por los problemas emocionales?

Si            No            A veces

4).- ¿Los pacientes diabéticos tienen problemas con las personas encargadas de su cuidado?

Si            No            A veces

5).- ¿Los familiares o encargados del cuidado de los pacientes diabéticos conocen como tratarlos?

Si            No            A veces

6).- ¿Recibe el paciente adecuado apoyo de su familia, amigos y compañeros?

Si            No            A veces

7).- ¿Se ocupa el paciente con eficacia de su dieta y medicación a pesar de que la dieta de la familia sea distinta?

Si            No            A veces

8).- ¿Aprecia el paciente los beneficios de la corresponsabilidad de su tratamiento con la familia?

Si            No            A veces

9).- ¿Reconoce el familiar que el paciente responde a la necesidad de revisión médica periódica?

Si            No            A veces