



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

INFORME DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

AUTOCONCEPTO DE LA DIABETES MELLITUS EN
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA DE
ATENCIÓN INTEGRAL EN EL CENTRO DE SALUD
JORGE SINFOROSO BRAVO. MUNICIPIO DE
GRANADA. SILAIS GRANADA. PERÍODO
OCTUBRE-DICIEMBRE 2008.

Autor: José Dolores Correa Morales. MD

**Tutora Msc Alma Lila Pastora Zeuli
Docente CIES - UNAN Managua.**

Managua, Abril 2010

INDICE

Dedicatoría.....	í
Agradecimiento.....	íí
Resumen.....	ííí
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V. OBJETIVOS.....	9
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
VIII. RESULTADOS.....	30
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	34
X. CONCLUSIONES.....	40
XI. RECOMENDACIONES.....	41
XII. BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	

DEDICATORIA

Al concluir este trabajo de tesis para optar al Título de **MASTER EN SALUD PUBLICA**, concluyo con una de mis metas profesionales planteadas en mi vida, es por eso que quiero dedicárselas a todas esas personas que siempre han estado día a día conmigo, motivándome, dándome ese empujoncito para no claudicar antes las adversidades, quiero dedicárselas a:

- **Dios** nuestro padre celestial, por llenarme de bendiciones a lo largo de mi vida, quien me brindó sabiduría y fortalezas en los momentos más difíciles.
- **Mis Padres: Ing. Arturo José Correa Ríos y Sra. Zoyla Argentina Morales Alemán**, quienes han creído siempre en mí, y me han enseñado que la vida es de los luchadores y no de los conformistas.
- **Mis Abuelitos: Francisco Morales Urbina y Leonor Alemán de Morales**, quienes son los pilares de mi vida, gracias a ellos he aprendido que el hacer el bien sin mirar a quien es uno de los primeros pasos para encontrar la felicidad absoluta en nuestras almas, son quienes me impulsan día a día a ser mejor persona y luchar siempre por mis sueños y propósitos de vida planteados.
- **Mi Hermana y Amiga Eleonora Mercedes Correa Morales**, por ser la persona en la cual he encontrado fortaleza, paz, cariño y apoyo en los momentos difíciles que solo nosotros sabemos cuales son y como nos han costado superar, gracias por los consejos oportunos, las palabras llenas de amor brindadas por ti, te quiero agradecer de todo corazón por ser como eres. **Te quiero Mucho**

Dr. José Dolores Correa Morales

AGRADECIMIENTO

- ✦ A **Dios** nuestro Señor y la Santísima **Virgen María**, por haberme dado la vida, salud y fortaleza para poder llegar a cumplir cada una de mis metas.
- ✦ **Mis Padres**: por su gran apoyo incondicional, moral, social y económico sin el cual no hubiese sido posible cumplir con mis sueños.
- ✦ **Licenciada Alma Lila Pastora Zeuli**: tutora de esta tesis, quien fue faro de enseñanza para poder alcanzar y llegar a la culminación satisfactoriamente de este trabajo monográfico, gracias por todo su apoyo incondicional, sabias orientaciones y muestra de cariño.
- ✦ A los **docentes** de esta casa MAGNA de enseñanza, quienes a lo largo de estos años, me brindaron toda su sabiduría, cariño y amistad, fomentando los deseos de ser mejores día a día, haciendo de esta maestría un arte.
- ✦ A mis **amigos y compañeros de clases**, con los cuales compartí tantas experiencias en este ardua camino, gracias a todos por esos momentos, en especial a **Yael del Carmen Fariña Bermúdez**, quien ha sido mi amiga de toda la vida, le deseo bendiciones y le agradezco por todos sus consejos.

RESUMEN

La salud depende mucho de los modos de vida, la exposición de factores de riesgo y las oportunidades de acceso a la protección y promoción de esta. Durante la tercera edad se requiere una adaptación biológica, psicológica y social más exigente, la persona mayor pasa de ofrecer ayuda a recibirla. En el caso de la diabetes mellitus (DM), como enfermedad crónica degenerativa se incurre más en el deterioro de esta población por múltiples factores; desconocimiento, no aceptación de su enfermedad, no adaptación al cuidado del problema en específico

El deteriorado sistema público de salud de nuestro país, la falta de estructuración de otros sistemas privados que no cumplen programas para enfermos crónicos; y dentro de los sistemas públicos la falta de capacitación continua al personal de salud, son factores que condicionan la calidad de la atención a los pacientes.

Con el presente estudio se pretende describir el autoconcepto que tienen los pacientes que padecen diabetes mellitus y que son atendidos en la Clínica de Atención Integral del Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo, Municipio de Granada en el período de octubre a diciembre del año 2008.

Para esto el investigador se propuso: Caracterizar a cada uno de los participantes en el estudio, determinar el conocimiento sobre los elementos de la enfermedad e Identificar los elementos del auto concepto de los pacientes con diabetes estudiados.

El conocimiento que demostraron tener los pacientes entrevistados suele ser bueno de manera muy general, ya que al preguntarles elementos como niveles normales de glicemia, factores que descompensa la diabetes, la base de nutrientes que debe consumir el paciente diabético, tratamiento con insulina y otras preguntas. Hubo un porcentaje considerable que afirmó no tener suficientes conocimiento. Se presenta a la diabetes como algo que está implicado en la totalidad de la persona, en sus relaciones familiares, laborales y sociales. De la misma forma la representación social de los efectos, presenta una visión global del padecimiento. Los ámbitos afectados son múltiples: en la familia, lo laboral, lo económico, social y emocional.

Por lo que sugiero a las autoridades competentes insertar la participación multidisciplinaria y crear sistemas que integren la participación familiar. Tomar en consideración los elementos que se destacan sobre el conocimiento y auto concepto de la investigación y de esa manera ayudar a todos y cada uno de los pacientes que padecen esta enfermedad a sobrellevarla con la mejor calidad de vida posible.

I. INTRODUCCIÓN

La salud de las personas es un componente clave para el desarrollo socioeconómico de la Región de las Américas. Entre las razones de importancia se puede citar la esperanza de vida, que a principio de los años cincuentas promediaban los 51 años y actualmente superan los 68, llegando incluso a los 75 años en varios países. Este tipo de cambio de la población plantea un reto importante para la salud pública, particularmente en países en que todavía no han superado problemas básicos de desarrollo y donde la pobreza persiste; esto genera mayores presiones sobre el sistema de salud que ya está de por sí sobrecargado. El envejecimiento de la población repercute sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades así como sobre el bienestar, no solo de las personas de edad sino de los grupos más jóvenes. Algunos de los factores son: la composición y modalidad de participación de la población activa; la estructura de la familia, el hogar y las condiciones de salud de las personas de edad.

La salud depende mucho de los modos de vida, la exposición a factores de riesgo y las oportunidades de acceso a la protección y promoción de esta.¹ Durante la tercera edad se requiere una adaptación biológica, psicológica y social más exigente, la persona mayor pasa de ofrecer ayuda a recibirla. En el caso de la diabetes mellitus (DM), como enfermedad crónica degenerativa se incurre más en el deterioro de esta población por múltiples factores; desconocimiento, no aceptación de su enfermedad, no adaptación al cuidado del problema en específico.

La diabetes mellitus como problema de salud está ganando terreno tanto en el mundo desarrollado como en los países en vías de desarrollo. Actualmente, se calcula que el número de personas aquejadas de DM en el mundo asciende a más de 50 millones, afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial y aproximadamente la mitad de ellas vive en países en vías de desarrollo.

El mejoramiento en el control de la diabetes está vinculado a la calidad de vida y la supervivencia. Uno de los retos más importantes para la salud pública en el campo de la diabetes, es vigilar la calidad de atención con la intención de introducir medidas para asegurar mejores resultados.²

Con el presente estudio, se pretende describir el autoconcepto que tienen los pacientes que padecen diabetes mellitus y que son atendidos en la Clínica de Atención Integral del Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo, Municipio de Granada en el período de octubre a diciembre del año 2008

II. ANTECEDENTES

En la Declaración de las Américas sobre la Diabetes se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, que dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud, pero que es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia y modificando los factores de riesgo cardiovascular.^{2, 3}

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (NHIS) del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) en los EUA, el 56,7 % de la población diabética es del sexo femenino.¹⁰ En relación con los grupos etáreos la DM es una enfermedad de la tercera edad, cuya prevalencia se incrementa como resultado de la creciente longevidad que en la actualidad experimentan la mayoría de las sociedades industrializadas. Respecto al nivel de escolaridad de la población diabética se observa que el 20,4 % de la misma no tenía aprobado el nivel primario de enseñanza, cifra inferior a la encontrada en el Censo de 1981, en el cual el 39 % de la población de 60 años y más en el país no había terminado este tipo de enseñanza. Este valor fue menor aún que el encontrado en la Encuesta Nacional de Evaluación al Paciente Diabético en el Nivel Secundario, 36,3 %. El 52,3 % de la población diabética censada en los diferentes Centros de Salud del municipio es mayor de 60 años y en la muestra estudiada, el 65,8 % de los pacientes se encuentra en ese grupo etáreo, En la población estudiada, el 34,9 % es ama de casa y el 40,6 % jubilada, de modo que alrededor del 25 % (1 de cada 4 diabéticos) se encuentra en vida laboral activa, lo que se asemeja a lo encontrado en otros estudios. El 43,2 % de los diabéticos tenía el criterio de que su salud era regular, el 4,7 % la evaluó como buena que representó el 9 % menos que en dicho estudio y alrededor del 30 % la consideró mala.

El 29.0% de la población estudiada planteó confrontar dificultades en obtener cuidados para su DM, las más frecuentes fueron: la falta de medicamentos (11,5 %) y problemas con la dieta (9,6 %). Uno de cada 3 pacientes refirió alguna dificultad para obtener cuidados para su enfermedad.²

En un estudio longitudinal en que se valoró la incidencia y el tipo de la depresión en 643 pacientes que asisten al programa de dispensarizados en los centro de salud del SILAIS Carazo, en el segundo semestre del 2002, se obtuvo como resultado: 23.6% sin depresión, 76.3% presentaron depresión, siendo la moderada la de mayor incidencia con el 61.7%, seguida la depresión leve con el 30.9% y el 7.3% depresión grave. El sexo femenino tiene mayor incidencia con el 70.4%, los pacientes mayores de 41 años son los que tienen mayor porcentaje con el 87.1%, de estos los mayores de 50 años con el 66.8%. Las enfermedades crónicas que presentaron más depresión fueron las enfermedades cardiovasculares con el 37.6%, las enfermedades reumatoideas con el 35% y la diabetes mellitus con el 15.6%, donde la depresión moderada es la de mayor incidencia en todas estas patologías. Los pacientes con 1 a 5 años de evolución de la enfermedad crónica el 40.3% están deprimidos y los que tienen más de 10 años de evolución el 31.5% tienen algún tipo de depresión.¹¹

En el estudio sobre capacidad de auto cuidado en el paciente adulto diabético se demostró que en esta población comparte responsabilidades del cuidado de su enfermedad con sus familiares. Desde el punto de vista cultural este dato confirma el fuerte lazo familiar que caracteriza a las familias mexicanas cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad crónica. Este hallazgo concuerda con otros estudios, quienes reportan que los pacientes diabéticos tenían necesidad de mantener solidaridad con la familia para poder sobrellevar la enfermedad.

El conocimiento necesario para el auto cuidado de la diabetes desde el punto de vista del paciente incluyó información sobre el padecimiento (causas, signos y síntomas, entre otros), el tratamiento (por ejemplo el tratamiento alternativo) y consecuencias de la diabetes (por ejemplo en el funcionamiento orgánico, cuidados especiales); así mismo, requiere cierta base de conocimientos para interpretar las respuestas de su organismo a la enfermedad (por ejemplo, identificar hiper o hipoglucemia).

Las respuestas del adulto diabético sugieren que este requiere, no sólo información, sino también conocimiento, básico para ejecutar procesos cognoscitivos que le permitan aplicar ese conocimiento en la interpretación de los procesos que vive, asociados a la condición de diabético. Las habilidades concuerdan también con otros reportes como ya se mencionó anteriormente, que explican que en el auto cuidado ambulatorio el diabético necesita aceptar la enfermedad crónica, evaluar los problemas nuevos que se le presentan, tomar decisiones sobre el tratamiento y mejorar su autoestima.

Los cambios en la vida de los pacientes, consecuencia de la diabetes, se agruparon en torno a estilos de vida, funcionalidad física y actitudes. La mayoría de los entrevistados manifiestan que se volvieron más tranquilos, más organizados que antes de enfermarse, lo cual es positivo; sin embargo, también refieren que se han aislado, sufriendo períodos de depresión y abrigando fuertes sentimientos de temor⁷.

La evaluación de la educación terapéutica de los pacientes con DM se efectuó a través de indicadores que muestran su participación y su capacidad de tomar decisiones acerca del control y tratamiento de su enfermedad. Según el indicador considerado, solo la mitad o la cuarta parte de los participantes estarían en condiciones de desempeñar un papel activo y eficaz en el control y tratamiento de su enfermedad, hecho que manifiesta su deficiente educación diabetológica.

También se verifica que muy pocos de ellos tienen relación con alguna asociación o grupo de pacientes con DM. Así lo mencionó la evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina, del *Journal of Public Health* 10(5), 2001.⁴

Penado García y col. en un estudio sobre conocimiento y práctica de auto cuidado en pacientes Diabéticos del Centro de Salud Nueva Vida de Managua, obtuvieron resultados que demuestran que los usuarios a pesar de tener entre cuatro y once años de padecer la enfermedad tienen conocimientos pobres sobre auto cuidado y afirman tener buena vinculación con su familia.⁵

III. JUSTIFICACION

La atención y la educación de diabetes se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra esta enfermedad. El mejoramiento en el control de diabetes está vinculado para mejorar la calidad de vida y de supervivencia.

Resultados de investigaciones anteriores muestran la diversidad de factores que explican la no adherencia del paciente diabético al tratamiento. El bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos son dos de los más mencionados. Las estrategias de enfrentamiento manejadas por el paciente ante la enfermedad y el apoyo social son dos factores que también se han relacionado con la observancia, o no, del tratamiento por parte del diabético.

Con frecuencia los programas educativos cuyo contenido versa sobre la enfermedad y su tratamiento, se complementan con ejercicios grupales basados en conceptos de psicología y sociología, a fin de lograr un mejor aprendizaje. Sin embargo, los resultados aún son muy similares. Es una responsabilidad profesional buscar explicaciones alternativas al fenómeno de no adherencia al tratamiento en el paciente diabético. Obtener información que valide la existencia del concepto de capacidades de auto cuidado necesarias para que la persona con diabetes cuide su padecimiento crónico y mantenga el mejor nivel de salud posible.⁷

Con el presente estudio se pretende realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas con esta enfermedad, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que pueden permitir desarrollar una mejor atención y prevención para las personas que cursan con esta enfermedad.

El considerar esta visión, lleva a destacar el punto de vista desde adentro de las personas, elementos que están ausentes en algunos de los estudios tradicionales, como el saber que sienten en relación a sus dolencias y la convivencia de su entorno, así como el conocimiento de la Diabetes que es la razón del presente estudio.

El presente estudio considero, será de gran utilidad para que las autoridades de este centro, así como el Ministerio de Salud para que reconozcan la importancia de conocer íntegramente a los pacientes que padecen de las enfermedades crónicas (en especial los de diabetes mellitus) y crear diferentes medios de abordaje y mejorar su estilo y calidad de vida.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención y educación por la diabetes mellitus se encuentra entre los aspectos más importante en la lucha contra esta enfermedad. El mejoramiento en el control está vinculado en mejorar la calidad de vida y supervivencia. La información disponible indica que la atención de la diabetes en América Latina y el Caribe es subóptimo.

El deteriorado sistema público de salud de nuestro país, la falta de estructuración de otros sistemas privados que no cumplen problemas para enfermos crónicos y dentro de los sistemas públicos la falta de capacitación continua al personal de salud, son factores que condicionan la calida de la atención a los pacientes.

Es de todas estas y demás disyuntivas que hay alrededor de esta enfermedad que nos planteamos las siguientes interrogantes:

¿Es posible caracterizar a los pacientes que acuden al programa de dispensarizado que padecen Diabetes Mellitus tipo 2?

¿Se podrá determinar el conocimiento sobre los elementos de la enfermedad que tiene la población incluida en el estudio?

¿Se identificarán los elementos positivos y negativos del auto concepto de los pacientes con diabetes entrevistados?

Posterior a estas interrogantes se plantea la siguiente pregunta:

¿Se podrá evaluar el autoconcepto de los pacientes que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2, que acuden a las Clínicas de Atención Integral del Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo de la Ciudad de Granada en el periodo de Octubre a Diciembre 2008?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el auto concepto de los pacientes que padecen diabetes mellitus Tipo 2, que acuden a la Clínica de Atención Integral del Centro de Salud Jorge Sínforoso Bravo de la Ciudad de Granada. SILAIS Granada. Periodo de Octubre - Diciembre 2008

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los pacientes que acuden a la Clínica de Atención Integral que padecen diabetes mellitus tipo 2.
2. Determinar el conocimiento sobre los elementos de la enfermedad que tiene la población incluida en el estudio.
3. Identificar los elementos del auto concepto de los pacientes con diabetes estudiados

VI. MARCO DE REFERENCIA

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más antiguamente conocidas de la medicina, ya se conocían descripciones de esta para el año 200 antes de Cristo, de hecho Aretaus de Capa Docia de Grecia fue uno de los primeros en mencionarla en la historia de nuestros tiempos. En griego diabetes significa, agua que pasa rápidamente por un sifón y mellitus, quiere decir sabor a miel. Después de la segunda mitad del siglo XVII fue que se comenzó a conocer mejor esta enfermedad. Lo que si es importante y en lo que todos estamos de acuerdo es que luego de más de 2000 años podemos decir que la diabetes es una enfermedad controlable, que se necesita trabajar en equipo (todos los profesionales de la salud) y que se pueden prevenir sus efectos si trabajamos holísticamente. Y aquí los profesionales de la salud mental juegan un papel importantísimo.¹⁰

Se entiende por Diabetes Mellitus como un síndrome metabólico caracterizado por la presencia de hiperglicemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que resultan como consecuencia del defecto en la secreción o en la acción de la insulina.

En Nicaragua, la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte, la tasa en los diez últimos años se ha duplicado, con respecto a la tasa que había en 1992, posiblemente sea a una mejor organización en los sistemas de salud en nuestro país, lo que posibilita al MINSA llevar un mejor registro de los casos. También se está promoviendo, cada vez más, la importancia de que los pacientes acudan a los centros de salud y a los hospitales, entonces eso nos da la explicación del porque las tasas de mortalidad por diabetes son más altas en los departamentos del pacífico. Un estudio de referencia, realizado a nivel latinoamericano, donde también se evaluó Nicaragua, se afirma que el costo de la atención de un paciente diabético, a nivel ambulatorio, es aproximadamente 550 dólares al año. Es un costo alto para el Ministerio de Salud.

Cabe señalar que el costo del tratamiento de las complicaciones crónicas representa la mitad de los costos de atención de la diabetes, mientras que la otra mitad se destina al tratamiento de la diabetes per se. La eficacia de las estrategias de prevención de las complicaciones depende, al menos en parte, de la calidad de la atención brindada a las personas con diabetes. Por lo tanto, la evaluación de la calidad de esa atención preocupa a los pacientes y a sus familiares, a los profesionales de la salud, a las entidades de financiamiento y a las autoridades de salud pública. El concepto de calidad de la atención referido a las personas con diabetes incluye tres principios básicos: conocimientos, actitudes y práctica clínica para el control de la diabetes. El acceso del paciente a la atención y al tratamiento y otros elementos necesarios para su control y tratamiento. La motivación, adherencia y participación activa de los pacientes en el control y tratamiento de su enfermedad.⁹

Se reconoce la falta de adaptación y el cambio que puede tener en su personalidad un individuo cuando es diagnosticado por una enfermedad que si bien no es mortal inmediatamente, como el caso de la diabetes, pero que de manera indirecta incurre en su calidad de vida por toda la situación que tienen que atravesar para evitar las complicaciones de esta enfermedad, que son las principales causa de muertes a posterior.

El deteriorado sistema público de salud de nuestro país, la falta de estructuración de otros sistemas privados que no cumplen programas de dispensarizados para enfermos crónicos y dentro de los sistemas públicos la falta de capacitación continua al personal de salud, son factores que condicionan la calidad de la atención a los paciente y el apego de estos al programa.

Etiología

En La etiología de la Diabetes Mellitus tipo 2 juegan papel primordial dos defectos: La resistencia a la insulina y el déficit en su secreción. Cualquiera de estos dos defectos puede llevar al desarrollo de la enfermedad pero sin lugar a dudas, el más frecuente es la resistencia a la insulina que desencadena una serie de eventos que finalmente llevan a la aparición de la diabetes.

La resistencia a la insulina sostenida y suficiente induce una mayor secreción de esta por parte de las célula beta pancreática, con el fin de mantener la glicemia y compensar de esta manera su déficit relativo como consecuencia de esta resistencia; las células beta continúan respondiendo progresivamente hasta que fallan, falla que parece determinada genéticamente e inician una serie de alteraciones metabólicas representadas inicialmente por hiperglicemia de ayuno (HA) e intolerancia a los hidratos de carbono (IHC), que finalmente llevan al desarrollo de una diabetes manifiesta la cual puede ser controlada inicialmente con cambios en los hábitos de vida, en especial en el comportamiento alimentario y aumento de la actividad física, con la ingesta de diversos antidiabéticos orales y posteriormente la administración de insulina para su control.

Descripción Clínica

En cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la diabetes tipo 2 es posible realizar el diagnóstico, bien sea en una etapa temprana o tardía de la enfermedad. Los pacientes con diabetes tipo 2 en su gran mayoría son diagnosticados mediante la realización de una glicemia en ayunas solicitada durante una evaluación general o durante la preparación de un procedimiento quirúrgico, estos pacientes usualmente se encuentran sintomáticos con respecto a la enfermedad y en un 80% tienen sobrepeso u obesidad.

Otro grupo de pacientes a quienes se les diagnostica la enfermedad son aquellos a quienes se les realiza una glicemia en ayunas o una curva de tolerancia a la glucosa indicada por presentar factores de riesgo positivos para el desarrollo de

diabetes, como historia familiar de diabetes, sobrepeso, obesidad, historia de diabetes gestacional, historia previa de IHC (Intolerancia a los hidratos de carbono) o de HA (hiperglicemia de ayuno), antecedentes de neonatos de más de 9 libras, hipertensión arterial, colesterol HDL menor de 35 y triglicéridos mayores de 250 mg % y pertenecer a grupos étnicos de alta prevalencia de la enfermedad.

Los pacientes que se diagnostican por síntomas de poliuria, polidipsia, debilidad, pérdida de peso, alteraciones visuales y la presencia de infecciones son comunes y posiblemente sufren la enfermedad con anterioridad, por tiempo prolongado y su diagnóstico habría pasado desapercibido.

El estado hiperosmolar no cetósico y el estado cetoacidótico pueden ser una forma de presentación inicial de una Diabetes tipo 2 pero poco usual con respecto a las anteriores.

Factores de Riesgo

Se definen como factores de riesgo para la Diabetes tipo 2

- Personas mayores de 40 años
- Obesidad
- Antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de primer grado de consanguinidad
- Mujeres con antecedentes de hijos macrosómicos (más de 4Kg ó 9 libras)
- Menores de 50 años portadores de enfermedad coronaria
- Dislipidémicos
- Pacientes con hipertensión arterial.

Diagnóstico

La toma de la glucemia es el método utilizado para la detección temprana de la Diabetes en los diferentes grupos de población.

Glicemia plasmática en ayunas igual o mayor de 126mg/dl (>7 mmol/L) en más de dos ocasiones.

Ayuno se define como un periodo sin ingesta calórica por lo menos de 8 horas y máximo de 12 horas.

Glucemia 2 horas postprandial igual o mayor de 160mg/dl (11.1mmol/L) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba deberá practicarse según los criterios de la OMS usando una carga de glucosa equivalente a 75gr o 1.75 gramos x Kg. de peso de glucosa anhidra disuelta en agua.

Glucemia > de 160 mg/dl (11.1mmol/l) a cualquier hora del día con presencia o ausencia de síntomas clásicos de la enfermedad como poliuria, polidipsia, pérdida de peso. Se define como cualquier hora del día la glucemia realizada sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida.

En niños el debut de la diabetes generalmente es agudo, con síntomas muy marcados, por lo que una glucemia casual o de ayuno es suficiente para el diagnóstico; rara vez se requiere una prueba de tolerancia a la glucosa oral, en cuyo caso se administran 1.75 gramos de glucosa por kilogramo de peso sin exceder los 75 gramos.

Es importante tener en cuenta el concepto de HA (hiperglicemia de ayuno o glucemia de ayuno alterada) y de IHC (Intolerancia a los hidratos de carbono) ya que estas pueden preceder al desarrollo de la diabetes manifiesta y deben ser manejadas con un criterio preventivo.

La glicemia en ayunas mayor de 110mg% y menor de 126 mg% se considera como HA; al realizar la Curva de Tolerancia la Glucosa Oral (CTG) con 75 gramos si la glucemia en mayor de 140mg% pero menor de 200 mg% se considera como IHC.

Tratamiento

El tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad dirigido a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posibles.

Por una parte la adquisición de un hábito alimenticio adecuado que le permita disminuir peso, cuando haya sobrepeso u obesidad, o mantenerlo, cuando este sea normal y por otra, el incremento de la actividad física con los beneficios que esto conlleva, son dos de los pilares fundamentales en que se basa el tratamiento de la diabetes.

En la actualidad el tratamiento de diabetes tipo 2 tiene unas metas de control metabólico muy claras y estrictas, tendientes a evitar el desarrollo de complicaciones micro y macroangiopáticas.

Complicaciones

Las complicaciones más comunes que suele presentar un paciente con Diabetes son:

- Oftalmológicas.
- Renales.
- Neurológicas (Neuropatías Diabética, pies Diabético).
- Cardiacas. ¹³

Enfermedad y Sociedad

Una de las formas de aproximación a esta visión la constituye el estudio de las representaciones sociales. Estas son entendidas como los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal.

Las concepciones sobre la salud y la enfermedad en general sobre algún tipo de padecimiento específico, como es el caso de un padecimiento crónico; condicionan los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá.

Además, las representaciones sociales sobre los padecimientos deben estar necesariamente referidas a la estructura social, debido a que están marcadas por las condiciones y el contexto en el cual emergen. Asimismo, por las comunicaciones a través de las cuales circulan y por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás. Lo anterior lleva a considerar tres condicionantes de las representaciones sociales: el contexto estructural de los actores sociales; el género de pertenencia y las fuentes de información sobre las cuales se conformará el tipo de representación.

La diabetes mellitus se representa, como el "tener azúcar", "lo que enferma la sangre para toda la vida". Se hace referencia, además, a la condición de la sangre como "contaminada de azúcar, sangre pesada, sangre infectada o enferma". La sangre en estas condiciones es un vehículo de trastornos a la salud, que en su paso por el cuerpo va afectando órganos y capacidades del organismo por entero. En la representación social de la diabetes mellitus existe una multiplicidad de factores, los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento desde el punto de vista de los enfermos. Se presenta a la enfermedad como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

De la misma forma la representación social de los efectos, presenta una visión global del padecimiento. Los ámbitos afectados son múltiples: en la familia, lo laboral, lo económico, social y emocional. En la representación social sobre el control del padecimiento confluyen elementos de tipo espiritual, físico, emocional, laboral, social, tratamiento médico y no médico principalmente a través de los remedios. Por último la prevención tiene que ver con el control o eliminación de factores causales. Entre éstos se destacan el control de la dieta y el peso corporal.

Otros factores causales de la diabetes mellitus, como las emociones negativas y la decisión de Dios, no son considerados evitables, pero sí controlables. Mientras que los factores causales de herencia y el ambiente social no pueden ser evitados ni controlados.

El contexto social y cultural matiza las representaciones sociales de la diabetes mellitus, así inmersas en su cotidianidad. Las personas desarrollan formas de conducta que ellos califican de positivas o negativas para su salud.

La idea de la "incurabilidad" de la diabetes mellitus y la intervención de Dios o de un milagro es indispensable. Se considera que el estar "controlado" o sin manifestaciones atribuibles al padecimiento, puede equipararse al estar curado. Es como si al lograr este equilibrio, se tuviera un estado de armonía y tranquilidad similar a la curación.

La aceptación o rechazo de la enfermedad se maneja en un continuo, en uno de cuyos extremos se encuentra una situación de aceptación resignación y por el otro de un rechazo de tipo activo o pasivo. En el extremo de aceptación resignación se encuentran las personas mayores y con más años de padecer diabetes mellitus. En el otro se tienen a personas más jóvenes, sobre todo en el caso de los hombres, quienes manifiestan un tipo de rechazo activo, mientras que el rechazo que manifiestan las mujeres es de tipo pasivo.

Las representaciones sociales de la causalidad diferenciadas de acuerdo al género, tiene que ver con las condiciones de vida de las personas afectadas. Los hombres destacan los aspectos de la vida social, específicamente los relacionados con el trabajo y situaciones inesperadas ocurridas en la vía pública. Perciben en general más efectos de la diabetes mellitus sobre su vida, tal vez porque llega a dificultar su desempeño en lo que respecta al trabajo, en su rol de proveedor de la familia o al aspecto físico de fortaleza. Manejaron una variedad amplia de tipos de cursos de la enfermedad, afectando más áreas de su vida.

Las representaciones sociales de las mujeres sobre causalidad se encuentran en relación con la vida doméstica, su entorno familiar y los problemas propios de este medio. Tiene una estrecha relación con el entorno inmediato de las personas, que de alguna forma establece las prioridades en cuanto a la forma en que éste llega a afectar la salud.

Resaltan las esferas físicas y emocionales pero mientras la enfermedad no afecte seriamente el aspecto físico, pueden continuar cubriendo las actividades comprendidas dentro de su rol social.

Las manifestaciones emocionales, son referidas en mayor medida por personas del sexo femenino. Lo que lleva a cuestionar, si las mujeres al atribuir dichas manifestaciones a la enfermedad, pudieran tener una forma de ganancia secundaria al legitimar socialmente manifestaciones emocionales negativas o no aceptables en mujeres aparentemente sanas.

Las representaciones sociales sobre el futuro o proyecciones, muestran una variedad de perspectivas. Las mujeres tienden hacia una visión más negativa, en cambio los hombres destacan más una visión positiva que incluye la imagen de lucha activa contra la enfermedad, a través de cuidados y por el apoyo de Dios.

Las representaciones sociales anticipatorias o proyecciones de futuro, tienen influencia en la forma de vida posterior de las personas, al punto de llegar al caso de cumplir la función de profecías de autocumplimiento. Así, algunas de las personas que indicaron que sólo estaban esperando la muerte, ya han muerto.

El papel de Dios, en la representación del padecimiento tiene un lugar destacado para las personas enfermas con diabetes mellitus, es considerado en las categorías de causalidad, control y curación. Se enfoca a la voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que Él dejó que así sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo con relación a la atención de su enfermedad. Sin embargo, algunas personas representan su padecimiento como una forma de castigo por excesos cometidos, lo cual deja entrever a la enfermedad como una consecuencia a las transgresiones.

La consideración del rol de Dios como un agente del control de la enfermedad, muestra diferencias de acuerdo al sexo de las personas, ya que las mujeres presentan un papel de exigencia activa que se establece a través de los rezos y las peticiones específicas de ayuda.

Mientras que la representación de los hombres es de un rol más pasivo, en el cual sólo basta tener fe y creer en Él para ser sujetos depositarios de ayuda.¹⁴

La diabetes desde el punto de vista siquiátrica

Una vez se diagnostica al paciente con diabetes, se debe incluir a toda la familia, sus hijos, esposa, etc. dentro del proceso de orientación del tratamiento. El paciente interpreta ésta y cualquier otra enfermedad como una "pérdida" y sus reacciones sociológicas serán similares a las que se experimentan en cualquier proceso de pérdida. Desarrollará posiblemente los siguientes síntomas, (que pueden ser desde leves hasta severos).

O sea que pueden ser tomados de una forma positiva o muy negativa y dependiendo de la situación, la familia debe estar bien preparada y orientada para ayudar a la persona y sus emociones.

1-Ansiedad generalizada

2- Depresiones leves o severas

3- Sentimientos de incapacidad (que pueden ser parte de la depresión clínica).

4- Puede desarrollar ideas auto destructivas (usualmente no siguiendo las instrucciones del médico primario, abandonando el tratamiento, o activamente intentando quitarse la vida).

5- Complican las ideas auto destructivas con el alcoholismo. Hay que considerar que no sólo se afectará el paciente, sino que toda la familia podría experimentar síntomas y de aquí la importancia de tratar a toda la familia.¹⁰

La atención psiquiátrica a la diabetes ha sido muy esporádica y existen pocos estudios sistemáticos de sus complicaciones emocionales. En términos generales las complicaciones psiquiátricas se pueden dividir: en las derivadas de la adaptación a la enfermedad en curso crónico y a sus complicaciones y las secundarias propias de la diabetes mellitus.

Con independencia de la posible vulnerabilidad biológica, parece existir un componente psicógeno que determina, en parte, el curso de la diabetes, al condicionar la forma de adaptarse a los estresores psicosociales, el primero y fundamental de los cuales es la existencia de la diabetes, e influir de modo decisivo en el tratamiento individual de la propia enfermedad diabética, en especial durante períodos de mayor estrés psicosocial, que ya comparten por sí mismos un agravamiento del trastorno.

Este componente emocional confluye en diferentes circunstancias. Entre ellas destacan las primeras experiencias en la relación a la diabetes, la respuesta de la familia de origen al diagnóstico de este trastorno, posible alteración emocional depresiva tanto en el paciente como en los familiares, existe tendencia a la inestabilidad emocional, irritabilidad, soledad, desesperanza y depresión.

Autoconcepto y Autoestima en Diabetes

Concepto de sí mismo. Consciencia de “uno” como ser individual que se adquiere por un proceso evolutivo físico y psíquico. Juntos forman un mismo proceso.

Autoconcepto: corrobora aspectos psicológicos y espirituales del ser humano. Este modo es la fusión de creencias y sentimientos de un individuo en una cierta circunstancia. Este modo se subdivide en 2 componentes: El yo-físico y el yo-personal. El yo-físico tiene 2 subcomponentes: sensación corporal e imagen corporal. El yo-personal presenta 3 subcomponentes: yo-conciente, yo-ideal y yo-ético-moral-espiritual.

AUTOESTIMA: Valor que cada persona tiene por y hacia sí mismo. El nivel de autoestima potenciará o no la capacidad para el desarrollo de habilidades y la frustración o satisfacción.^{12.15}

Teoría de Adaptación

Es vista como un proceso de cambio, da una solución perfeccionada a sus enfermedades, es decir, convertirse en una persona adaptada a pesar del entorno en que se encuentra, para Callista Roy la salud es un continuum variable en cada persona, sana-enferma, en el que el trabajador de la salud fortalece los comportamientos positivos y cambia los comportamientos negativos a través de proceso de cuidado, manipulando los estímulos.

El aspecto central de Roy es la adaptación. Existen dos subsistema interno básico o mecanismo para lograrlo, son el funcional o de proceso de control, constituido por el regulador y el cognitivo. El regulador recibe y procesa los estímulos cambiantes del ambiente externo y del ser interno a través de canales nueral-químico-endocrino; produce reacciones automáticas o inconciente sobre órganos y tejidos, que tienen efecto sobre la repuesta del cuerpo y sirve como

realimentación. El cognitivo recibe los estímulos internos variables que involucran los factores psicológicos y sociales.

El subsistema secundario o efecto formado por los cuatro modo de adaptación son: fisiológico, auto concepto, desempeño de roles, interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de los trabajadores de la salud implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en la intervención de los cuidados deben ser conscientes, responsables y activas del personal de la salud y el paciente.

El auto concepto es formado por las percepciones interiores y percepciones de otros, el auto concepto dirige la conducta, el modo de auto concepto para los enfoques individuales específicamente para los aspecto psicológico y espirituales para el sistema humano, identifica la necesidad básica que está debajo del modo de auto concepto como integridad síquica y espiritual, la necesidad de saber quien es uno para que uno pueda ser o pueda existir como un sentido de unidad y significado, la integridad síquica y la dimensión relacionada de integridad espiritual, son básicas para la salud.

Los problemas de adaptación en esta área pueden interferir con la habilidad de la persona para sanar o hacer lo que es necesario para mantener otro aspecto de salud.

El modo del auto concepto del modelo de adaptación de Roy tiene dos componentes: el yo físico, que considera el cuerpo como sensaciones o imágenes corporales y el yo personal, e integra la autoestima comprendida del yo consciente, yo ideal y el yo espiritual ético moral. Lo conceptualiza de la siguiente manera:

- Yo físico: la apreciación de la persona de su propio ser físico, incluyendo atributo físico en funciones de sexualidad, la salud y la enfermedad presente, y apariencia; incluye los componentes de imagen del cuerpo y sensación del cuerpo.
- Imagen del cuerpo: forma en cómo uno se ve así mismo físicamente y la vista del yo, su apariencia personal.
- Sensación del cuerpo: cómo se siente la persona y experiencia del yo como un ser físico.
- Yo personal: la apreciación del individuo de las propias características del yo interno, lo que yo se que soy, va implícita la autoestima, expectativas, valores, e incluso el yo consciente, yo ideal, el yo moral-ético-espiritual.
- Autoestima: la percepción del individuo del valor que se tiene de sí mismo, es un aspecto penetrante del yo personal. Es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo este va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El nivel de autoestima de una persona se refleja en auto concepto.
- Auto consistencia: la parte del mismo componente personal que se esfuerza por mantener una misma organización y consistencia y evitar desequilibrio; ideas del sistema organizado sobre el yo.
- Yo ideal: este aspecto de mismo componente personal que relaciona lo que a la persona le gustaría ser o sería capaz de hacer.
- Yo moral-ético-espiritual: ese aspecto del yo personal que incluye un sistema de creencia y valores. Quien es uno respecto al universo.¹⁶

En Nicaragua el Ministerio de Salud ha creado un Modelo de Salud de Atención Integral Familiar Comunitario, en donde los centros de salud en el cual existe personal (enfermeras y médicos) que son los responsables de enseñar y dar seguimiento a los usuarios y sus familias, ya que “En este escenario se transmiten conocimientos, creencias y hábitos así como también percepciones de riesgo para la salud que condicionan actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad, así mismo, la utilización de los servicios de atención”. De acuerdo a los indicadores internacionales se estima que el 6% de la población adulta sufre de diabetes en nuestro país.⁵ En el año 2002 en Granada el 5,6% de los diagnósticos de egresos hospitalarios fue por diabetes mellitus.⁶ El seguimiento a la población que padece esta patología del sector norte de la ciudad está dada por el Centro de Salud Jorge Sínforoso Bravo que actualmente son 189 paciente los que tiene registrado en su atención continua.

La mayoría de adultos que padecen diabetes tipo 2 tienen dificultades para seguir ininterrumpidamente el tratamiento prescrito. Por tanto, mucho del esfuerzo de enfermeras, médicos, nutricionistas y otros trabajadores de la salud se aplica a lograr que los pacientes lleven en forma estricta su tratamiento; el cual, generalmente, incluye medicamentos hipoglicemiantes o insulina, dieta, ejercicio y vigilancia de los niveles de glucosa en sangre (además de acudir a consulta médica con periodicidad). Resultados de investigaciones anteriores muestran la diversidad de factores que explican la no adherencia del paciente diabético al tratamiento. El bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos son dos de los más mencionados. No llevar a cabo el plan terapéutico se asocia con la aparición temprana de complicaciones de la enfermedad como retinopatía, pie diabético y falla renal, la no adherencia es un problema vigente que cada día, por el incremento de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad crónica, es más crítico. Tomando en cuenta también que la mayoría de los pacientes diabéticos mantienen cifras de glucosa muy por encima de los niveles de normalidad,⁷

Muestra de esto es lo que comentó la Doctora a cargo de la clínica de atención integral del Centro de Salud en estudio, afirma tener cinco años de trabajar con este tipo de paciente del sector norte de Granada y solamente ha tenido dos capacitaciones en todo este tiempo, además mencionó que existe el Club de pacientes crónicos y a las reuniones sólo asisten 10 a 20 personas de las 400 que están inscritas y que muchos han dejado el programa para seguir su tratamiento de manera particular bien sea con facultativos privados o simplemente continúan con el tratamiento como consideran que lo han tomado todo el tiempo. Afirma también que los últimos años los nuevos ingresos al programa no son continuos y los que están, es porque ya han tenido alguna complicación que les permite tener mayor conciencia de la necesidad de seguir llegando continuamente. Señaló la Doctora.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de Estudio

Descriptivo de corte transversal.

b. Área del Estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo de Octubre a Diciembre de 2008. Dicha unidad se encuentra ubicada en la parte norte de la ciudad de Granada.

c. Universo

Fueron todos los pacientes que padecen Diabetes Mellitus Tipo, 2 diagnosticados.

d. Muestra

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta el libro de registro de la institución para seleccionar a los pacientes subsecuentes con esta patología. En base a este registro se seleccionaron 66 pacientes (33 % de ellos) que se encuentran registrados de los 198 registrados. La muestra se calculó considerando a cada tres pacientes de la lista de acuerdo al orden establecido. En caso de que no fuera contactado el paciente que había sido seleccionado, se tomaba el anterior o el subsecuente a él, con el fin de completar los 66 pacientes. El cálculo de la muestra fue no probabilística. Con el programa Stetcal nos llevó a obtener un IC: 95% con un EE: 10%

e. Unidad de Análisis

Para el presente estudio se define como unidad de análisis todos los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la Clínica de Atención Integral en el Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Municipio de Granada.

f. Criterios de Inclusión

- Pacientes que padecen Diabetes Mellitus Tipo, 2
- De todas las edades
- De ambos sexos
- Pacientes subsecuentes.
- Padezcan patologías asociadas.

g. Variable del Estudio

OBJETIVOS

Caracterización de los pacientes que acuden a la Clínica de Atención Integral, que padecen Diabetes Mellitus tipo 2.

Edad	Nivel de Escolaridad	Estado Civil
Sexo	Ocupación	Procedencia

Determinar el conocimiento sobre los elementos de la enfermedad que tiene la población incluida en el estudio

Concepto de diabetes mellitus	Fase asintomática de la enfermedad
Forma de transmisibilidad	Conocimiento sobre el tratamiento
Conocimiento de los síntomas	Conocimiento sobre el diagnóstico
Conocimiento de la diabetes mellitus como un problema de salud pública	

Identificar los elementos del auto concepto de los pacientes con diabetes

Autoestima	Imagen Corporal
Imagen interior	Religiosidad

h. Cruce de variables

Características demográficas vs. Conocimientos sobre la enfermedad.

Características generales vs. Preguntas positivas que los pacientes confirmaron.

Características demográficas vs. Preguntas negativas que los pacientes confirmaron

Características demográficas vs. Elementos del auto concepto que tienen los pacientes

Conocimientos sobre la enfermedad. vs. Elementos del auto concepto de los pacientes.

i. Fuente de Información

La fuente de información fue primaria, ya que se llevó a cabo entrevistas a cada uno de los pacientes incluidos en el presente estudio.

j. Técnica de recolección de la Información

La técnica de recolección de la información fue la entrevista, utilizando un instrumento llamado “Vivero 03, este instrumento consta de una serie de preguntas las cuales valora las perspectivas de los estudiados de acuerdo a diferentes tópicos, está estandarizado internacionalmente adaptado a la comprensión al lenguaje más sencillo de nuestra región y se le agregó preguntas con contienen elementos de conocimiento en relación a la enfermedad que los pacientes deberían saber. Para efectos del estudio se validó previamente el instrumento, sobre todo para aclarar la forma de realizar las preguntas.

La información fue recolectada por un auxiliar de enfermería que en su momento estaba cubriendo la atención de dispensarizados se capacitó previamente para la recolección de la información definida por los investigadores, fue considerada

dicha persona por conocer muy bien el domicilio de todos los pacientes involucrados y por ser conocida por todos ellos.

Los instrumentos de recolección de la información fueron llenados por las mismas personas que fueron seleccionadas a participar en el estudio, en los casos de que éstas no supieran leer las preguntas la hacía la persona encargada de recolectar la información, posteriormente los instrumentos llenados eran revisados por el investigador que supervisó la calidad de la información que fue ofrecida.

k. Aspectos Éticos de la Investigación.

A todas las personas que se le pidió participación en el estudio, se les explicó la importancia de éste y los beneficios para posteriores acciones en post de mejorar su conocimiento y la valoración de su enfermedad. Se consideró la participación voluntaria a cada uno de los seleccionados se otorgó el anonimato de los incluidos y las repuestas que fueron dadas sólo fue de uso para la investigación; se respetó las divergencias de opiniones en relación al tema de estudio.

l. Plan de Análisis de la información

La información fue procesada electrónicamente por el Programa Estadístico de Ciencias Sociales SPSS versión 11.0 para Windows.

Para el análisis global de los datos se establecieron índices de frecuencia simple para todas las variables y se consideró índice sumatorio en base a los niveles de adaptación de auto concepto y el nivel de conocimiento de acuerdo a las características generales de la población al interés de los objetivo, también se estableció la comparación entre los niveles de adaptación y los niveles del conocimiento, los resultados se presentaron en Tablas y Gráficos, usando los programas; Word y Power Point 2003 para Windows.

VIII. RESULTADOS

En relación a las características de los pacientes entrevistados

El 71.2% (47) de los entrevistados eran del sexo femenino y el 28.6% (19) masculino; la población mayor de 60 años era la que más predominaba con el 49.3% (33) y el nivel de escolaridad que más señalaron fue primaria completa con un 73.1% (49). La ocupación más mencionada fue Ama de casa en el 48.5% (32). El 47.3% (31) afirmaron ser casados. Y procedían en el 71.2% (47) de los casos del área suburbana de Granada. (VER EN ANEXOS, CUADRO No.1)

Más del 80.0% (55) de los entrevistados tenían conocimientos suficientes sobre los síntomas de la enfermedad, el cuidado de sus pies y la base de nutrientes que debe contener la dieta del paciente diabético. El 71.2% (47) tiene suficiente información sobre las complicaciones que se presentan al no tener los cuidados debidos y casi el mismo porcentaje también dijeron tener información sobre los ejercicios que deben realizar. Menos evidente es el hecho de los que señalaron tener información suficiente sobre las alteraciones que se producen en relación a la vida sexual de los afectados por diabetes; El 40% (27) de los entrevistados expresaron conocer algunos factores que descompensan su estado de salud, y un 57 % (38) afirmaron conocer los valores de glicemia normal y el conocimiento de insulina como tratamiento alternativo.(VER EN ANEXOS, EN CUADRO No2).

Se observó que el 91% (47) de los pacientes entre todos los grupos de edades tenían buen nivel de conocimiento acerca de la Diabetes Mellitus y pocos eran los que referían un regular conocimiento.

Los pacientes con diabetes que mencionaron ser analfabetas tienen en su mayoría (71.4%) un nivel regular de conocimiento. Las amas de casa que fue una de las ocupaciones más señalada, el 75.0% (24) tiene buen nivel de conocimiento. El 92.3%(12) de los solteros demuestran ser los que tienen mejor

nivel de conocimiento. Asimismo los procedentes del área suburbana el 70.2% (33) están en un buen nivel de conocimiento. (VER EN ANEXOS EN CUADRO No 3).

El 90.7% (59) de los pacientes entrevistados, expresaron algunos elementos positivos del auto concepto, entre ellos la autoestima, valor, confianza; les gusta relacionarse con los demás, consideran valiosa su vida, se siente aceptados por personas del sexo opuesto, se cuidan físicamente y se sienten aceptados por su familia. El 4.7% (4) una regular confianza y el 4.5% (3) nada de confianza, ni valor por su propia persona

En relación a su imagen corporal el 63.6% (42) mencionaron sentirse suficiente y bastante atractivos ya que su cuerpo es armonioso. El 89.4% (59) les gusta estar siempre arreglados y limpios; el 77.3% (51) son cuidadosos con su apariencia personal.

En cuanto a su yo consciente el 78% (52) se siente suficiente y bastante bien presentados, amistosos y contentos y cuando se proponen algo lo logran. También suficientemente inteligentes. El 86.4% (57) mencionaron ser personas bastante tranquilas y 69.7% (46) se sienten con bastante buena salud, los que señalaron sentirse bastante satisfechos con sus relaciones sexuales es el 56.1% (37) de los entrevistados. (VER EN ANEXOS EN CUADRO No 4).

Del yo idea, El 94.0% (62) señalaron sentirse suficientemente contentos con lo que son, están a gusto con su sexo y con su edad. Tienen una familia bastante integrada y feliz. También ese mismo porcentaje dijo tener bastante dominio de si mismo; el 78.8% (52) afirmó que le gusta la opinión que tiene su familia sobre su persona.

En lo que respecta al yo moral, el 95.5% (63) se consideran bastante decentes, confían suficientemente en ellos, su conducta moral es adecuada y se siente bastante a gusto de su comportamiento con los demás. Solo el 3.0% (2) de acuerdo a su yo moral creen ser personas bastante malas. El 66.6% (44) creen que atienden suficientemente bien a sus padres.

De acuerdo al yo ético de los entrevistados, el 97% (64) se siente suficientemente honrado y hacen generalmente lo debido; 19.7% (64) dijeron que bastante le importa ganar independientemente como lo hagan. El 75.8%(50) dicen que se comportan de manera correcta conforme lo establecido por la sociedad.

En cuanto al yo religioso, más del 92% (61) señalaron tener creencia en Dios y que fuera parte de su vida diaria (VER EN ANEXOS, EN CUADRO No.5).

En lo que respecta a la autoestima el 94.0% (62) expresaron les interesa lo que los demás digan de ellos, les afecta lo que su familia diga; comúnmente les afectan los problemas y tienen bastantes dificultades con la toma de decisiones.

Al 48.4% (32) se les dificulta hablar en público y se enojan fácilmente. Al 28.8% (19) le da bastante trabajo adaptarse a algo nuevo y el 12.1% (8) sienten bastante complicada su vida.

De los aspectos negativos de la imagen corporal el 39.4% (26) señalaron les gustaría cambiar algo de su persona y no aparentar ser personas desarregladas. Según el yo conciente el 22.8% (15) señalaron bastante sentirse inconforme de su peso y su tamaño respectivamente. (VER EN ANEXOS, EN CUADRO No.6).

Al evaluar el nivel de auto concepto, según el sexo; los varones en un 78.9% (20) tienen un nivel de adaptación integrado mientras que las mujeres tienen el 67.5% (17) del mismo nivel.

Un 57.6%(19) de los entrevistados que corresponden a los mayores de 60 años, tienen un nivel de adaptación integrado.

Un 37.5% (3) con nivel de escolaridad de secundaria, son las personas que tienen menor porcentaje de nivel adaptativo integrado.

Las amas de casa que fue la ocupación más señalada por los integrantes del estudio, el nivel adaptativo integrado fue señalado en el 68.7%(22) de los participantes del estudio. Casi ese mismo porcentaje del nivel adaptativo integrado los representaron el grupo de personas que estaban casados, mucho más evidente en los soltero representados por el 76.9%(10) de éstos.

El 55.3% (26) de los entrevistados procedían del área sub urbana y tenían un nivel de adaptación integrado, el resto no presentaban un nivel de adaptación adecuado (VER EN ANEXOS, EN CUADRO No 7).

Al comparar el nivel de conocimiento con el nivel de adaptación, como forma de valorar el auto concepto el 80.9%(38) señalaron tener un nivel de adaptación integrado con un buen nivel de conocimiento de su enfermedad.

(VER ANEXOS, EN CUADRO No 8).

XI. ANALISIS DE RESULTADOS

La Diabetes Mellitus tipo 2, como enfermedad crónica degenerativa incurre más en el deterioro de la persona por múltiples factores: desconocimiento, no aceptación de su enfermedad no adaptación al cuidado de problemas en específicos. Además puede alcanzar un porcentaje razonable de los gastos de salud de un país, considerando que ésta es una enfermedad más representativa de la tercera edad, cuya prevalencia se incrementa como resultado de la creciente longevidad demostrado en estudios realizados en Estados Unidos por El Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Otro hallazgo es el nivel de escolaridad donde señalan a un pequeño grupo no tenían aprobado el nivel primario de enseñanza también según su ocupación eran ama de casa o jubilada. Coincidimos los resultados de nuestro estudio, vemos que la mitad de las personas de nuestro estudios son mayores de 60 años, de oficio u ocupación en la mayoría amas de casas, jubilados y desempleados que a su vez eran analfabeta y otros no terminaron primaria.

El conocimiento que demostraron tener los pacientes entrevistados suele ser bueno de manera muy general, ya que al preguntarles elementos como niveles normales de glicemia, factores que descompensa la diabetes, la base de nutrientes que debe consumir el paciente diabético, tratamiento con insulina y otras preguntas, hubo un porcentaje considerable que afirmó no tener suficientes conocimiento. Estudio realizado en Argentina 1999 demostró que: el conocimiento necesario para el auto cuidado de la diabetes desde el punto de vista del paciente incluyó información sobre el padecimiento (causas, signos y síntomas, entre otros), el tratamiento (por ejemplo el tratamiento alternativo) y consecuencias de la diabetes (por ejemplo en el funcionamiento orgánico, cuidados especiales); así mismo, requiere cierta base de conocimiento para interpretar las respuestas de su organismo a la enfermedad (por ejemplo, identificar hiper o hipoglicemia).

Las respuestas del adulto diabético sugieren que éste requiere, no sólo información, sino también conocimiento, básico para ejecutar procesos cognoscitivos que le permitan aplicar ese conocimiento en la interpretación de los procesos que vive, asociados a la condición de diabético. Con frecuencia los programas educativos cuyo contenido versa sobre la enfermedad y su tratamiento, se complementan con ejercicios grupales basados en conceptos de psicología y sociología, Actualmente según lo que dijeron los trabajadores de la salud que han laborado en el área de dispensarizado, para la confirmación de resultados, (médicos y enfermeras), lo anterior es una de las debilidades de programa, ya que no se ha logrado articular acciones para continuar integrando activamente a los pacientes en actividades recreativas de aprendizaje y vinculando los grupo de iguales en el que el paciente se siente socialmente útil y aprendiendo en base de experiencias similares. Como bien se dice, es necesario realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas, con esta enfermedad, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que pueden permitir desarrollar una mejor atención y prevención.

Al establecer los cruces de variables de conocimiento con las características generales según el índice sumario, tanto hombres y mujeres demuestran tener el mismo porcentaje de buen conocimiento, sin embargo el grupo etáreo de 20 a 40 años reúne mayor porcentaje de personas con buen conocimiento, tomando en cuenta que es población más joven puede que tengan mayor acceso a la información. Pero se observa que en esta grupo etáreo hay mayor resistencia a aceptar su problema, los trabajadores de la salud, (médico y enfermeras), dijeron que los pacientes más jóvenes o casi siempre los nuevos ingresos son los que abandonan el programa o no cumplen con el tratamiento.

La aceptación o rechazo de la enfermedad se maneja en un continuo, en uno de cuyos extremos se encuentra una situación de aceptación resignación y por el otro de un rechazo de tipo activo o pasivo. En el extremo de aceptación resignación se encuentra a las personas mayores y con más años de padecer diabetes mellitus. En el otro se tienen a personas más jóvenes.

Otro elemento a destacar es la escolaridad conforme se aumenta en los niveles escolares el porcentaje de pacientes que tenía buen nivel de conocimiento lógicamente aumenta, pero según nuestro estudio como ya se hizo mención la mayoría no pasa el aprobado del nivel primario escolar.

Destacar la autoestima es importante como elemento del la sensación corporal, del yo físico la socialización de la enfermedad tiene factores que incurren en la condición de vida de los pacientes como se siente ante el medio que les rodea desde el punto de vista que puede ser negativo o positivo. De acuerdo a los elementos positivos fueron dos los indicadores que no sobrepasaron la mayoría de los entrevistados que lo afirmaron tener suficiente o bastante y son la confianza hacia los demás y ser aceptados por personas del sexo opuesto. Esto corresponde con el alto porcentaje que señaló que bastante les interesa lo que digan los demás de ellos y que comúnmente les afectan los problemas, esto como elemento negativo. Tomando en cuenta que la autoestima potenciará o no la capacidad para el desarrollo de habilidades y la frustración o satisfacción. Condicionante que lleva en cierta medida a preparar al individuo ante las situaciones que enfrenta y apropiándose de lemas como los antes mencionado, ya sea por su edad y experiencia vividas o bien por su enfermedad que muchas veces pudieran estar relacionadas ambas.

Según la imagen corporal que es el otro elemento que corresponde al yo físico dentro del auto concepto, son pocos los que mencionaron sentirse bastante atractivo y con un cuerpo armonioso.

Casi la mitad señalaron que no le gustarla cambiar nada o poco, algo de ellos. Los trabajadores de la salud entrevistados dijeron; “los pacientes diabéticos que acuden al programa de dispensarizado jamás han demostrado inconformidad con su apariencia física por el hecho de padecer de diabetes”. Evidente que aun que no se sienten atractivos se sienten bien ser como son, es decir que han aprendido a aceptarse y quizás no es el hecho de padecer la enfermedad, sino por la edad que tienen.

Se presenta a la diabetes como algo que está implicado en la totalidad de la persona, en sus relaciones familiares, laborales y sociales. De la misma forma la representación social de los efectos, presenta una visión global del padecimiento. Los ámbitos afectados son múltiples: en la familia, lo laboral, lo económico, social y emocional.

Un pequeño grupo de los diabéticos señalaron tener nada o poca buena salud menos que los mencionados en el estudio de la Encuesta Nacional de Salud de los Estados Unidos. Que fue un tercio, Otro elemento del yo consciente es la satisfacción de las relaciones sexuales en donde un tercio de los encuestados señalaron nada o poco estar satisfecho. De los elementos negativos del yo consciente la mitad de los pacientes se sienten nada o poco pesados o le falta peso, si atribuimos esto a los elementos de salud, si siente esto es lógicamente un elemento que según el personal de salud entrevistado refirió que su mayor problema es la dieta que no cumplen aunque señala la mayoría conocer y no cumplir, esto indudablemente sea la carencia económica que vive nuestra población.

La literatura hace referencia que la familia es necesario involucrarla en el tratamiento y cuidado del paciente diabético, la mayoría señaló tener bastante una familia integrada y un poco menos de ese porcentaje dijo bastante tener una familia feliz, pero una pequeña parte nada o poco le gusta la opinión que tienen su familia sobre ellos, estos probablemente sean los que no se siente bien ni feliz con

su familia. Pudiera ser también la parte, que los trabajadores de la salud señalaron que han llegado descompensados por problemas familiares.

Lo que respecta al yo moral y ético los puntos claves que dejan ver cierta inconformidad son; que no les gusta la manera como se comportan con los demás, hay un pequeño grupo que se siente persona mala de manera regular y bastante y que en su trabajo no se comportan de forma correcta.

Lo que respecta a lo religioso en su mayoría se siente a gusto con todos los elementos de la religión. El papel de Dios, en la representación del padecimiento tiene un lugar destacado para las personas enfermas con diabetes mellitus, es considerado en las categorías de causalidad, control y curación. Se enfoca a la voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que Él dejó que así sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo con relación a la atención de su enfermedad.

Sin embargo, algunas personas representan su padecimiento como una forma de castigo por excesos cometidos, lo cual deja entrever a la enfermedad como una consecuencia a las transgresiones. Que por eso lógicamente tratan siempre de estar bien con las cosa de Dios.

¿Por que en la diabetes y en otras enfermedades crónicas es necesario la adaptación a esta? Porque da una solución perfeccionada a la enfermedad que padece, es decir, convertirse en una persona adaptada a pesar del entorno en que se encuentra, según Callista Roy en esto vienen a formar parte importante las acciones del personal de salud donde fortalece los comportamientos positivos y cambia los comportamientos negativos a través de un proceso de cuidado, manipulando los estímulos. Existen dos subsistemas internos básicos o mecanismos para lograrlo, son el funcional o de proceso de control, constituido por el regulador y el cognitivo. El regulador recibe y procesa los estímulos cambiantes del ambiente externo y del ser interno a través de canales nueral-químico-endocrino; produce reacciones automáticas o inconciente sobre órganos y tejidos,

que tienen efecto sobre la respuesta del cuerpo y sirve como realimentación. El cognitivo recibe los estímulos internos variables que involucran los factores psicológicos y sociales. El subsistema secundario o efector formado por los cuatro modos de adaptación que son: Fisiológico, Auto concepto, Desempeño de roles, interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

A pesar de los elementos negativos o positivos que señalamos como puntos de discusión más de la mitad de los pacientes entrevistados demuestran estar en un nivel adaptativo integrado mayor en hombres que en mujeres en relación a los grupos étnico. Hay contradicción con lo que dijo el personal de salud, que los de mayor edad están más adaptados según nuestros resultados son los que tienen menos edad y según el nivel de escolaridad los analfabetas y los de secundaria están en un nivel compensatorio y el grupo de amas de casa que es el mayor representativo tienen un nivel de adaptación integrado en más de la mitad de ellas.

Si se mencionó anteriormente a la familia como parte de las necesidades básicas para la adaptación del paciente a su problema podría ser el hecho de estar viudo lo que demuestra que en este grupo su nivel de adaptación sea compensatorio en su mayoría.

Haciendo la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de adaptación observamos que los que tienen buen nivel de conocimiento están más adaptados íntegramente y mientras menos conocimientos tenga, lógicamente no están adaptados íntegramente. En su mayoría los que tienen un nivel de adaptación compensado su conocimiento es regular. Podemos decir que el conocimiento va intrínseco al fenómeno de adaptación a las enfermedades crónicas y creemos la necesidad de mejorar dicho factor en base a la información y las actividades que el personal de salud haga como bien dijo Roy.

X. CONCLUSIONES

1. Los pacientes de menor edad tienen, en relación a los mayores de 60 años, mejor conocimiento sobre la Diabetes y a la vez son los que en su mayoría tienen un nivel de adaptación integrado.
2. Aunque el nivel de conocimiento de la enfermedad es bueno en la mayoría de los pacientes hay elementos de este que no son muy bien conocidos ó bien son aspectos muy superficiales que afirman conocer y que se presenta de igual manera en hombre como en mujeres.
Al comparar el nivel de conocimiento y de adaptación, los que demostraron buen nivel de conocimiento fueron los que tuvieron nivel de adaptación integrado y los que tuvieron nivel de adaptación compensatorio fueron los que tuvieron nivel regular de conocimiento.
3. De los elementos negativos del auto concepto se destaca la desconfianza hacia los demás, el hecho de no sentirse aceptados por personas del sexo opuesto, que comúnmente los afectan los problemas. El no sentirse atractivo, la poca buena salud que consideran tener, la poca satisfacción de las relaciones sexuales, el problema nutricional de éstos, los conflictos con la familia, comportamiento poco correcto en el trabajo y considerarse personas malas y lograr todo lo que pueda sin importar como lo logren.

De los elementos positivos la mayoría refirieron sentirse contentos con lo que son, tienen una familia integrada, se sienten ser personas honradas y estar a gusto con su vida religiosa.

El nivel adaptativo integrado es mayor en el sexo masculino, en los pacientes menores de 60 años, amas de casa, en los casados y solteros y los procedente del área rural. El nivel compensatorio es mayor en analfabetas principalmente.

XI. RECOMENDACIONES

DIRIGIDAS A LAS AUTORIDADES DEL CENTRO DE SALUD JORGE SINFOROSO BRAVO. SILAIS GRANADA

- ☞ Crear sistemas que integren la participación de la familia en el cumplimiento del tratamiento controles subsecuentes y cuidado del paciente diabético. A la vez establecer la búsqueda activa a los pacientes que no han acudido al programa.
- ☞ En los planes de intervención educación considerar, los elementos positivos y negativos que sobresalieron en nuestro estudio que permitan reforzar o modificar dichos comportamiento de los pacientes diabéticos, considerando su nivel de escolaridad y la base de entendimiento de esta población.
- ☞ Establecer al momento de la consulta la atención integral con la correspondiente referencia a los diferentes niveles de mayor resolución, dentro de esto considerando como problema la dieta del paciente diabético. Por tal razón la necesidad que todos tienen que ser valorados por el nutricionista.
- ☞ Insertar en el programa charlas de estilos de vida saludables a los pacientes.
- ☞ Fomentar el CLUB DE LOS DIABETICOS, donde cada uno de los pacientes se integre e incorporen, dando testimonios de las ventajas obtenidas de las modificaciones en los estilos de vida.
- ☞ Realizar a través de las diferentes casas comerciales talleres dirigidos a los pacientes diabéticos donde se den a conocer todas las innovaciones y se involucren en los cambios

XI. BIBLIOGRAFIA

1. (1998). **Envejecimiento y salud de las personas de edad un cambio de paradigma.** En: *Revista Panamericana de la salud.* V(26) página 123-147.
2. Aldana, Deysi. et al. (1995). **Evaluación de la atención al paciente diabético en el nivel primario de salud.** Municipio Playa, 1991 Instituto Nacional de Endocrinología, Zapata y D, Vedado.
3. Quitantes Fernández, Alberto et al. (2000). **La calidad de la vida del paciente Diabético.** *Revista Cubana de Medicina General Integral.* V (IV) pág. 102-1019. Ciudad de la Habana, Cuba.
4. Pan American Health Organization. (2003). [<http://www.paho.org/proyect>] [Miércoles 5 de Noviembre del 2008]. osp. II Taller OPS-DOTA sobre la Calidad de Atención de Diabetes. Diabetes Research Institute*/DRI, Universidad de Miami, 14–16 mayo 2003.
5. Penado García, María Ignacia y col. (2004). **Conocimiento y Prácticas del Auto cuidado en Pacientes Diabetes del Centro de Salud Vida Nueva. Managua. Mayo – Julio del 2004.** Tesis para Optar al Título MSC. En enfermería clínica avanzada. Universidad Politécnica de Nicaragua. Agosto.
6. Nicaragua. Ministerio de salud. (s.f.) **Política Nacional de Salud 2004 – 2005.** [<http://www.minsa.gob.ni>][Domingo 14 de Diciembre 2008].
7. Gallegos, Esther C. y col. (1999). **Capacidad de auto cuidado del adulto con diabetes tipo 2.** Monografía. Argentina. Junio.

8. Gutiérrez, Vilma. (s.f.). **Diabetes: El precio de de la ignorancia..** Entrevista a la Dra. Lucy Villagra, médica internista, endocrinóloga, farmacóloga; y directora del Diplomado en Diabetología de la UNAN – Managua. OPS/OMS Representación-Nicaragua.[gutierrv@nic.ops-oms.org] [Domingo 14 de Diciembre 2008]
9. Gagliardino, Juan José y col. (2001). **Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina.** En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. Agosto. **volumen 6, número de título IV, Página 55 - 79**
10. **Santa, Wilfredo G. (2005). La Diabetes mellitus y las emociones. En: *Ciencia y salud*. Septiembre. Volumen 2, Página 23- 36**
11. Canelo Morales Karla Vanessa. (2003) Incidencia y el tipo de la depresión en pacientes que asisten al programa de dispensarizados en los centro de salud del SILAIS Carazo, en el segundo semestre del 2002. Monografía Universidad Nacional Autónoma –Managua..
12. Medina Morales Michael y col. (2002) Prevalencia del síndrome depresivo en la consulta Médica General de la empresa provisional del Hospital Bautista de julio a diciembre del 2001.
13. Torres López Teresa Margarita y col. [www.scielo.br.] "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública* vol.21 no.1. Rio de Janeiro Enero/Febrero. 2005.

14. Allyne Nóbrega Fortes. Indicadores positivos de adaptación psicosocial de madres de niños portadores de Síndrome de Down. Revista Cubana. Enfermería, vol. 21 n°3 Ciudad de la Habana Sep. a Dic. 2005. [ecimed@infomed.sld.cu.]
15. GRACIELA DI GIGLIO. Envejecimiento normal y patológico la sexualidad en la vejez. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. España. 2002.
16. Vivero Salgado Margarita y Col. Instrumento Vivero 03 para medir el auto concepto de personas con enfermedades crónicas. Desarrollo científico. Mayo. Vol. 12 N° 4. Mayo 2004. [www.enfermería.com.mx]

Anexos



Este instrumento está Diseñado para recolectar información para medir el Autoconcepto.

La finalidad de este cuestionario es conocer más sobre lo que sientes y piensas en relación contigo después de haber sufrido esta enfermedad

La información obtenida en este cuestionario será totalmente confidencial, contesta con toda confianza.

Instrucciones: Anota en el paréntesis la letra según corresponda a tu sentir, marca sólo una respuesta. La línea del lado derecho, es para el encuestador, déjala en blanco.

a) nada b) poco c) regular d) suficiente e) bastante

Ejemplo: ¿Te gusta la estación de invierno? (e_)

- 1. ¿Te interesa lo que digan los demás de ti? (___) ____*
- 2. ¿Te afecta lo que dice tu familia de ti? (___) ____*
- 3. ¿Comúnmente te afectan los problemas? (___) ____*
- 4. ¿Crees que tienes gran valor? (___) ____*
- 5. ¿Se te dificulta tomar decisiones? (___) ____*
- 6. ¿Tienes confianza en los demás? (___) ____*
- 7. ¿Te gusta relacionarte con los demás? (___) ____*
- 8. ¿Es valioso para ti mantener la vida? (___) ____*
- 9. ¿Te aceptan las personas del sexo opuesto? (___) ____*
- 10. ¿Te cuidas físicamente? (___) ____*
- 11. ¿Te sientes aceptado entre tu familia? (___) ____*
- 12. ¿Es difícil para ti hablar en público? (___) ____*
- 13. ¿Te enojas fácilmente? (___) ____*

14. *¿Te da trabajo acostumbrarte a algo nuevo? (___) ____*
15. *¿Es complicada tu vida? (___) ____*
16. *¿Te gustaría cambiar algo de tu persona? (___) ____*
17. *¿Eres atractivo (a)? (___) ____*
18. *¿Crees que eres una persona muy desarreglada? (___) ____*
19. *¿Te gusta estar siempre arreglado y limpio? (___) ____*
20. *¿Es tu cuerpo armonioso? (___) ____*
21. *¿Eres cuidadoso con tu apariencia? (___) ____*
22. *¿Te sientes una persona bien presentada? (___) ____*
23. *¿Sientes que estás muy alto o muy bajo? (___) ____*
24. *¿En una reunión deseas atraer la atención de los demás? (___) ____*
25. *¿Sientes que estás pasado de peso, o que te falta peso? (___) ____*
26. *¿Crees que eres amistoso (a)? (___) ____*
27. *¿Consideras que tienes buena salud? (___) ____*
28. *¿Crees que eres una persona alegre? (___) ____*
29. *¿Te sientes contento con lo que tienes? (___) ____*
30. *¿cuándo te propones algo, lo logras? (___) ____*
31. *¿Eres tranquilo (a)? (___) ____*
32. *¿Te sientes satisfecho con tus relaciones sexuales? (___) ____*
33. *¿Eres una persona inteligente? (___) ____*
34. *¿Te sientes contento con lo que eres? (___) ____*
35. *¿Estás a gusto con tu sexo (género)? (___) ____*
36. *¿Tienes una familia bien integrada? (___) ____*
37. *¿Estás a gusto con tu edad? (___) ____*
38. *¿Tienes una familia feliz? (___) ____*
39. *¿Tienes dominio sobre ti mismo? (___) ____*
40. *¿Te gusta la opinión que tiene tu familia de ti? (___) ____*
41. *¿Crees que eres una persona mala? (___) ____*
42. *¿Crees que eres una persona decente (___) ____*
43. *¿Las personas que conoces tienen confianza en ti? (___) ____*
44. *¿Tratas de mantener una conducta moral adecuada? (___) ____*
45. *¿Crees que atiendes a tus padres como debes?
(o cuando los tenías los atendías como debías) (___) ____*
46. *¿Te portas de una manera cortés con los que te rodean? (___) ____*

47. ¿Te gusta la manera en que te comportas con los que te rodean? (___) ____
48. ¿Sientes que eres honrado(a)? (___) ____
49. ¿Acostumbras decir mentiras? (___) ____
50. ¿Lo único que te importa es ganar independientemente de como lo hagas? (___) ____
51. ¿Haces generalmente lo que es debido? (___) ____
52. ¿En tu trabajo te comportas de forma correcta? (___) ____
53. ¿Mantienes relación con Dios? (___) ____
54. ¿Eres una persona religiosa? (___) ____
55. ¿Te sientes satisfecho de tu relación con Dios? (___) ____
56. ¿Estás a gusto con tu vida religiosa? (___) ____
57. ¿Quisieras que fuera parte importante de tu vida diaria? (___) ____

Total ____

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Número de hijos: _____ Peso: _____ Talla: _____

NOTA:

Con una escala de calificación que va del 1 al 5, las preguntas están planteadas

de manera positiva (4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57) en total 42 y el resto de las preguntas, es decir, 15 de manera negativa (1, 2, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 25, 41, 49, 50)

En donde la calificación mínima que podría obtener un paciente sería de 57 y la máxima de 285, de acuerdo a los conceptos de adaptación manejados por Callista Roy: integrado, compensatorio y comprometido por lo que se hacen rangos para calificar el nivel de adaptación del modo de autoconcepto:

De 57 a 133 puntos nivel adaptativo comprometido, de 134 puntos de calificación

a 209 nivel compensatorio y de 210 puntos de calificación a 285 nivel adaptativo integrado.

Operacionalización de las Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala / Valor
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la entrevista a la persona seleccionada		Años	35 a 49 años (1) 50 a 64 (2) 65 y mas (3)
Sexo	Diferencia orgánico funcional entre el hombre y la mujer		Fenotipo	Masculino (1) Femenino (2)
Escolaridad	Conjunto de los curso que un estudiante sigue en un colegio/universidad		Ultimo nivel estudiado de acuerdo a la categoría establecida por el ministerio de educación	Primaria (1) Secundaria (2) Universitario (3)
Ocupación	Desempeño diario establecido por una persona que suele requerir esfuerzo físico o mental		Cualquiera que sea dentro de lo establecido por la sociedad y que la persona considerado su que hacer.	Técnico (1) Profesional (2) Comerciante (3) Otra (4)
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a la convivencia con otra		Estado conyugal	Casado / a (1) Soltero / a (2) Unión (3) consensuada 4) Divorciado / a (5) Viudo / a (6)
Procedencia	Lugar de partida en relación a un área geográfica considerada dentro del estudio		Barrios, calles o comarca que la población afirma acudir	Domingazo (1) La isleta (2) Estación (3) Dardanelos (4) Bartolomé (5) Otra banda (6) Monisa (7) Otras (8)
Concepto de diabetes	El grado de conocimiento general que el individuo tiene de la existencia de la enfermedad y su valoración en la sociedad del problema de salud que este tiene	Conocimiento Forma transmisibilidad	Importancia de la existencia y su valoración social Genética Infecto- contagiosa Infecciosa Contagiosa	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5) Idem

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala / Valor
Manifestaciones de la enfermedad	Conocimiento de los síntomas		Polidipsia Polifagia Poliuria Pérdida de peso	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
Fase asintomático de la enfermedad	Conocimientos básicos de las fases asintomáticas de la enfermedad		Índice de conocimiento	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
Conocimiento de las posibilidades prevenible.	Formas de prevención de la enfermedad, de acuerdo al estilo de vida.		Estilo de vida saludable	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
Conocimiento de Diagnóstico	Conocimientos básicos de las fases asintomáticas de la enfermedad		Examen de laboratorio Sangre, Orina	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
Conocimiento De Tratamiento	Conocimientos básicos de las fases asintomáticas de la enfermedad		Cura No cura El tratamiento	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
Conocimiento de la Diabetes como un problema de salud pública en la ciudad	Valorar el nivel de conocimiento de la enfermedad		Reconocimiento de la promoción y prevención de la enfermedad.	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala / Valor
Valor personal	Pensamiento de si mismo de la persona, proceso evolutivo físico y psíquico,	Autoestima	Relación interpersonal	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
Confianza	Conjunto de creencias y sentimientos que se tienen respecto de uno mismo en un momento dado..	Confianza	Valor de vivir	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Percepción de aceptación por personas del sexo opuesto	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Auto cuidado	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Percepción de aceptación por la propia familia	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Toma de decisiones inmediata	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Expresivo oral	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Tolerante antes adversidades	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Facilidad de adaptación	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
			Conflicto interior	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)

	Dimensión	Indicador	Escala / Valor
	Yo conciente	Sentimental Amistoso Saludable Alegre Emprendedor Inteligente Satisfecho de las relaciones sexuales Satisfacción con la imagen corporal	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
	Yo ideal	Dominio sobre si mismo Integrador familiar Conforme de tu persona	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
	Yo moral	Decencia Brindador de confianza Conducta moral adecuada Atento con sus progenitores Honesto con los demás	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
	Yo ético,	Honrado Prudente Correcto con los compañeros de trabajo Adulador Desmedido	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)
	Yo religioso,	Religioso Satisfacción de su religión Comunicador espiritual	Suficiente (1) Bastante (2) Regular (3) Poco (4) Nada (5)

RESULTADOS

CUADRO N^o. 1.

Características generales de los pacientes con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Atención Integral del centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo de la Ciudad de Granada de Octubre a Diciembre del 2008

n = 66

Características Generales	TOTAL	
	N^o.	%
Sexo:		
❖ Masculino	19	28.8
❖ Femenino	47	71.2
Edad		
❖ 20 a 40 años	5	7.5
❖ 41 a 60	28	41.8
❖ > 60	33	49.3
Nivel de Escolaridad:		
❖ Analfabeta	7	10.4
❖ Primaria	49	73.1
❖ Secundaria	8	11.9
❖ Técnico	1	1.5
❖ Universitario	1	1.5
Ocupación:		
❖ Ama de casa	32	48.5
❖ Desempleado / Jubilado	13	19.7
❖ Comerciante	5	7.6
❖ Otras	16	24.2
Estado Civil:		
❖ Casado /a	31	47.3
❖ Soltero /a	13	19.7
❖ Acompañado /a	12	18.2
❖ Viudo /a	10	15.2
Procedencia:		
❖ Urbano	13	19.7
❖ Suburbano	47	71.2
❖ Rural	6	9.1

FUENTE: Entrevista a paciente con padecimiento de diabetes que acuden a la Clínica de Atención Integral

CUADRO No. 2

Conocimiento sobre aspectos relacionado a la Diabetes Mellitus tipo 2, que tiene la población de la Clínica de Atención Integral del Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo de la Ciudad de Granada. Octubre a Diciembre del 2008

CONOCIMIENTOS	n=66					
	RESULTADOS					
	Nada/poco		Regular		Sufic/Bast	
	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%
Tienen conocimiento sobre la diabetes	6	9.1	5	7.6	55	83.3
Conocen algún síntoma sobre la diabetes	8	12.2	3	4.5	55	83.3
Tienen información sobre las complicaciones de diabetes	11	16.6	8	12.2	47	71.2
Tienen información sobre las afecciones que causa la diabetes en los órganos sexuales	17	25.8	11	16.6	38	57.6
Tienen conocimiento sobre el cuidado de los pies	1	1.5	3	4.5	62	94.0
Tienen información sobre los ejercicios que deben realizar los pacientes diabéticos	6	9.2	9	13.6	51	77.2
Tienen conocimientos sobre los factores que descompensan la diabetes	15	22.7	9	13.6	42	63.7
Cuentan con conocimientos sobre los valores de glicemia en sangre para sospechar en diabetes	21	31.8	11	16.6	34	51.6
Tienen conocimientos a que edad es más común la diabetes	22	33.3	11	16.6	33	50.1
Tienen conocimientos sobre la base de nutriente que debe contener la dieta del diabético	2	3.1	7	10.6	57	86.3
Cuentan con conocimientos sobre la insulina como tratamiento alternativo para la diabetes	27	40.9	12	18.2	27	40.9

Fuente: Entrevista a pacientes con padecimiento de diabetes que acuden a la Clínica de Atención Integral.

CUADRO N^o. 3.

Características Generales vs. Nivel de Conocimiento de los pacientes con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Atención Integral del centro de salud Jorge Sinforoso Bravo de la Ciudad de Granada de Octubre a Diciembre del 2008

n = 66

Características Generales	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%
Sexo:								
❖ Masculino	14	73.6	4	21.1	1	5.3	19	28.8
❖ Femenino	33	70.3	13	27.6	1	2.1	47	71.2
Edad:								
❖ 20 a 40 años	4	6.1	1	1.5	0	0.0	5	7.5
❖ 41 a 60	22	33.3	5	7.6	1	1.5	28	41.8
❖ > 60	21	31.8	11	16.7	1	1.5	33	49.3
Nivel de Escolaridad:								
❖ Analfabeta	2	28.6	5	71.4	0	0.0	7	10.4
❖ Primaria	37	75.5	11	22.4	1	2.1	49	73.1
❖ Secundaria	6	75.0	1	12.5	1	12.5	8	11.9
❖ Técnico	1	100	0	0.0	0	0.0	1	1.5
❖ Universitario	1	100	0	0.0	0	0.0	1	1.5
Ocupación:								
❖ Ama de casa	24	75.0	8	25.0	0	0.0	32	48.5
❖ Desempleado / Jubilado	6	46.2	5	38.5	2	15.3	13	19.7
❖ Comerciante	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	9.1
❖ Otras	12	80.0	3	20.0	0	0.0	15	22.7
Estado Civil:								
❖ Casado /a	23	74.2	7	22.6	1	3.2	31	47.3
❖ Soltero /a	12	92.3	1	7.7	0	0.0	13	19.7
❖ Acompañado /a	8	66.7	4	33.3	0	0.0	12	18.2
❖ Viudo /a	4	40.0	5	50.0	1	10.0	10	15.2
Procedencia:								
❖ Urbano	9	69.2	4	30.8	0	0.0	13	19.7
❖ Suburbano	33	70.2	12	25.5	2	4.3	47	71.2
❖ Rural	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	9.1

FUENTE: Entrevista a pacientes con padecimiento de diabetes que acuden a la Clínica de Atención Integral.

CUADRO No 4.

Elementos positivos del autoconcepto y la percepción de la población que padece de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Atención Integral del Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo de la Ciudad de Granada. Octubre a Diciembre del 2008.

n= 66

Elementos Positivos del Autoconcepto	Percepción					
	Nada/Poco		Regular		Sufic/Bast	
	N ⁰ .	%	N ⁰ .	%	N ⁰ .	%
Autoestima						
Creen que tienen gran valor	2	3.0	4	6.1	60	90.9
Tienen confianza en los demás	6	9.1	5	7.6	55	83.3
Les gusta relacionarse con los demás	4	6.1	2	3.0	60	90.9
Consideran valioso mantener la vida	1	1.5	3	4.5	62	94.0
Se sienten aceptados por personas del sexo opuesto	5	7.6	3	4.5	58	87.9
Se cuidan físicamente	1	1.5	1	1.5	64	97.0
Se sienten aceptados entre su familia	2	3.0	4	6.1	60	90.9
Imagen corporal						
Se creen atractivo / a	15	22.8	9	13.6	42	63.6
Les gusta estar siempre arreglado y limpio	5	7.6	2	3.0	59	89.4
Se sienten con un cuerpo armonioso	7	10.6	19	28.8	40	60.6
Son cuidadoso de su apariencia	4	6.1	11	16.6	51	77.3
Yo conciente						
Se sienten unas personas bien presentadas	5	7.6	9	13.6	52	78.8
En una reunión desean atraer la atención de los demás	38	57.6	3	4.5	25	37.9
Creen ser amistosos	4	6.1	10	15.2	52	78.8
Consideran que tienen buena salud	6	9.1	14	21.2	46	69.7
Creen ser personas alegres	5	7.6	10	15.2	51	77.2
Se sienten contentos con lo que tienen	7	10.6	8	12.1	51	77.3
Cuando se proponen algo lo logran	11	16.6	7	10.6	48	72.8
Se sienten personas tranquilo /a	2	3.0	7	10.6	57	86.4
Se sienten satisfecho con sus relaciones sexuales	18	27.3	11	16.6	37	56.1
Se sienten personas inteligentes	5	7.6	9	13.6	52	78.8

Fuente: Entrevista a paciente con padecimiento de diabetes que acuden a la Clínica de Atención Integral

CUADRO No 5.

Elementos positivos del autoconcepto y la percepción que tiene la población que padece de Diabetes Mellitus tipo 2 y acuden a la Clínica de atención Integral del centro de salud Jorge Sinforoso Bravo de la Ciudad de Granada Octubre a Diciembre del 2008

n= 66

Elementos Positivos	Percepción					
	Nada/Poco		Regular		Sufic/Bast	
	N ⁰ .	%	N ⁰ .	%	N ⁰ .	%
Yo ideal						
Se sienten contentos con lo que son	0	0.0	9	13.6	57	86.4
Estan a gusto con su sexo (genero)	1	1.5	3	4.5	62	94.0
Tienen una familia integrada	4	6.1	6	9.1	56	84.8
Están a gusto con su edad	0	0.0	4	6.0	62	94.0
Tienen una familia feliz	4	6.1	9	13.6	53	80.3
Tienen dominio sobre si mismo	5	7.6	8	12.1	53	80.3
Les gusta la opinión que tiene su familia sobre ellos	9	13.6	5	7.6	52	78.8
Yo moral						
Creer, ser una persona decente	0	0.0	4	6.0	62	94.0
Las personas que conoces confían en vos	1	1.5	2	3.0	63	95.5
Tratan de mantener una conducta moral adecuada	1	1.5	2	3.0	63	95.5
Creer que atienden a sus padres como deben	18	27.3	4	6.1	44	66.6
Se portan de manera cortés con los que les rodean	2	3.0	6	9.1	58	87.9
Les gustan la manera en que te comportas con los que te rodean	3	4.5	10	15.2	53	80.3
Yo ético						
sienten que son honrados	0	0.0	2	3.0	64	97.0
Hacen generalmente lo que es debido	1	1.5	1	1.5	64	97.0
En su trabajo se comportan de forma correcta	9	13.6	7	10.6	50	75.8
Yo religioso						
Mantienen relaciones con Dios	1	1.5	2	3.0	63	95.5
Son personas religiosas	3	4.5	2	3.0	61	92.5
Se sienten satisfechos de la relación con Dios	2	3.0	2	3.0	62	94.0
Están a gusto con su vida religiosa	0	0.0	1	1.5	65	98.5
Quisieran que Dios fuera parte importante de su vida diaria	0	0.0	1	1.5	65	98.5

Fuente: Entrevista a paciente con padecimiento de diabetes que acuden a la Clínica de Atención Integral.

CUADRO No 6.

Elementos negativos del autoconcepto que tienen la población que padece de Diabetes Mellitus tipo 2 y acuden a la Clínica de Atención Integral del centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo de la Ciudad de Granada Octubre a Diciembre del 2008

n= 66

Elementos Negativos	Percepción					
	Nada/Poco		Regular		Sufic/Bast	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Autoestima						
Les interesa lo que digan los demás	2	3.0	4	6.1	60	90.9
Les afecta lo que dice su familia	6	9.1	5	7.6	55	83.3
Comúnmente les afectan los problemas	2	3.0	2	3.0	62	94.0
Se les dificulta tomar decisiones	5	7.6	3	4.5	58	87.9
Se les dificulta hablar en público	31	46.9	8	12.1	27	41.0
Se enojan fácilmente	24	36.4	10	15.2	32	48.4
Les da trabajo acostumbrarse a algo nuevo	39	59.1	8	12.1	19	28.8
Sienten complicada su vida	45	68.2	13	19.7	8	12.1
Imagen corporal						
Les gustaría cambiar algo de su persona	34	51.5	6	9.1	26	39.4
Creen ser personas muy desarregladas	53	80.3	4	6.1	9	13.6
Yo conciente						
Sienten que están muy alto o muy bajo	26	39.3	25	37.9	15	22.8
Sienten que están pasado de peso o les faltan peso	32	48.5	26	39.3	8	12.2
Yo moral						
Creen ser personas malas	58	87.9	6	9.1	2	3.0
Yo ético						
Acostumbran decir mentiras	61	92.4	4	6.1	1	1.5
Lo que les importan es ganar independientemente como lo hagas	48	72.7	5	7.6	13	19.7

Fuente: Entrevista a paciente con padecimiento de diabetes que acuden a la Clínica de Atención integral

CUADRO No 7.

Características demográfico vs. Nivel de adaptación del modo de autoconcepto que tiene la población que padece de Diabetes Mellitus tipo 2 y acuden a la Clínica de Atención Integral del centro de salud Jorge Sinforoso Bravo de la Ciudad de Granada Octubre a Diciembre del 2008

n= 66

Características Generales	Nivel de Auto concepto					
	Compensatorio n =26		Adaptativo Integrado n =40		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sexo:						
○ Masculino	6	23.1	20	78.9	19	28.8
○ Femenino	13	32.5	17	67.5	47	71.2
Edad:						
○ 20 a 40 años	1	20.0	4	80.0	5	7.5
○ 41 a 60	11	39.3	17	60.7	28	41.8
○ > 60	14	42.4	19	57.6	33	49.3
Nivel de Escolaridad:						
○ Analfabeta	5	71.4	2	28.6	7	10.4
○ Primaria	16	32.7	33	67.3	49	73.1
○ Secundaria	5	62.5	3	37.5	8	11.9
○ Técnico	0	0.0	1	100	1	1.5
○ Universitario	0	0.0	1	100	1	1.5
Ocupación:						
○ Ama de casa	10	31.3	22	68.7	32	48.5
○ Desempleado / Jubilado	6	46.2	7	53.8	13	19.7
○ Comerciante	3	50.0	3	50.0	6	9.1
○ Otras	7	46.7	8	53.3	15	22.7
Estado Civil:						
○ Casado /a	11	25.5	20	64.5	31	47.3
○ Soltero /a	3	23.1	10	76.9	13	19.7
○ Acompañado /a	6	50.0	6	50.0	12	18.2
○ Viudo /a	6	60.0	4	40.0	10	15.2
Procedencia:						
○ Urbano	4	30.8	9	69.2	13	19.7
○ Suburbano	21	44.7	26	55.3	47	71.2
○ Rural	1	16.7	5	83.3	6	9.1

Fuente: Entrevista a pacientes con padecimiento de diabetes que acuden a la clínica de Atención integral

Nota: El nivel adaptativo comprometido fue sobre valorado por todos los participantes en el estudio.

Cuadro N° 8.

Nivel de conocimiento vs. Nivel de adaptación del modo de autoconcepto que tiene la población que padece de Diabetes Mellitus tipo 2 y acuden a la Clínica de Atención Integral del centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo de la Ciudad de Granada Octubre a Diciembre del 2008

n= 66

Nivel de Conocimiento	Nivel de Auto concepto					
	Compensatorio n =26		Adaptativo Integrado n =40		Total	
	N ⁰ .	%	N ⁰ .	%	N ⁰ .	%
Conocimiento						
○ Malo	2	100	0	0.0	2	3.0
○ Regular	15	88.2	2	11.8	17	25.8
○ Bueno	9	19.1	38	80.9	47	71.2

Fuente: Entrevista a pacientes con padecimiento de diabetes que acuden a la Clínica de Atención integral .