



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.  
FACULTAD DE ENFERMERÍA.  
DPTO. ENF ENFERMERÍA COMUNITARIA.



# Cumplimiento del tratamiento de la Diabetes Mellitus y su vinculación con la situación familiar

AUTORAS:

Br. Álvarez, Romina  
Br. Cáceres, Melissa  
Br. Gómez, Florencia  
Br. Pereyra, Nataly

TUTORAS:

Mg. Menoni, Teresa  
Lic. Enf. Lacava, Esther

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2011

## ÍNDICE

	Páginas
Resumen del proyecto	2
Introducción	3
Área temática y formulación del problema	4
Antecedentes	5
Justificación	7
Marco conceptual	8
Diseño metodológico	16
Resultados	24
Análisis	46
Conclusión	48
Bibliografía	49
Anexos	51

## **RESUMEN DEL PROYECTO**

El presente trabajo de investigación tuvo como lineamiento temático el “Enfoque de familia en la Atención del adulto el adulto mayor”.

Dado que los porcentajes de personas que padecen diabetes mellitus son elevados y se encuentran en constante ascenso tanto en América Latina como en nuestro país, es que fue planteado como objetivo principal conocer el cumplimiento del tratamiento de la diabetes mellitus en adultos y adultos mayores y su vinculación con la situación familiar.

Teniendo en cuenta la temática de la investigación se trabajó en base a dos grandes conceptos: diabetes mellitus y familia.

La metodología que se utilizó fue descriptiva de corte transversal.

La recolección de datos se llevó a cabo entre los días 31 de octubre y 9 de noviembre de 2011, en el horario de 7:30 a 15:30hrs., en un Centro de Salud de la ciudad de Montevideo del sector público a usuarios diabéticos que asistieron al mismo, utilizando como instrumento un cuestionario semiestructurado elaborado para dicho trabajo. En este cuestionario se incluyeron variables para caracterizar a la población y su familia, y las relacionadas con el cumplimiento del tratamiento.

A través del procesamiento de los datos se obtuvieron los siguientes resultados en relación al cumplimiento del tratamiento; de los 51 usuarios entrevistados el 65% considera que realiza actividad física, el 72% cumple con la dieta indicada, y en cuanto al tratamiento farmacológico el 82% de los usuarios requieren del mismo y de estos el 100% cumple con el tratamiento.

En nuestro trabajo hemos visto que, cuando una familia afronta una patología crónica de uno de sus integrantes, no importa el número de personas que la conforman, sino la interacción existente entre la enfermedad y la familia; ya que ésta última puede influir tanto positiva como negativamente.

Por otra parte, los recursos económicos con los que cuenta la familia pueden condicionar el cumplimiento de parte del tratamiento, así como la existencia de factores externos a la familia que interfieren en el mismo.

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo fue elaborado por cuatro estudiantes que se encuentran realizando el Trabajo Final de Investigación perteneciente al primer módulo del cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Plan de estudios 1993.

Se realizó en la República Oriental del Uruguay, en la ciudad de Montevideo, en un Centro de Salud del mismo departamento, del sector público.

En el Uruguay, la prevalencia de diabetes mellitus es de un 8%, por lo cual se fomenta la promoción de la salud y la prevención de complicaciones con respecto a esta patología, por medio de la elaboración de guías de intervención clínica (MSP, OPS, ASSE).

Al momento de abordar esta patología crónica la situación familiar del individuo se puede vincular al tratamiento de manera positiva o negativa.

Esta investigación pretende ser punto de partida para reflexionar sobre el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus y su vinculación con la situación familiar, teniendo en cuenta factores que intervienen en el mismo, pudiendo así, detectar causas que permitan mejorar la calidad de atención en los pacientes con diabetes mellitus.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, utilizando como método de recolección de datos un cuestionario semiestructurado, elaborado para dicha investigación.

## **ÁREA TEMÁTICA Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Enfoque de familia en la Atención del adulto/o el adulto mayor.

### Área problema:

Identificar el cumplimiento del tratamiento de los diabéticos adultos y adultos mayores en un Centro de Salud de Montevideo y su vinculación a la situación familiar en el periodo comprendido entre 31 de Octubre y 9 de Noviembre de 2011.

### Objetivo general

Conocer el cumplimiento del tratamiento de los adultos y adultos mayores que presentan diabetes mellitus y su vinculación con la situación familiar.

### Objetivos específicos

Caracterizar la población diabética a estudiar según edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación.

Caracterizar a la familia del usuario diabético según distribución de funciones, estructura y recursos económicos.

Identificar el cumplimiento del tratamiento y cuidados generales del adulto y adulto mayor diabético.

## ANTECEDENTES

Los antecedentes encontrados en relación a la situación familiar vinculado al cumplimiento del tratamiento de un paciente que presenta diabetes en Latinoamérica son los siguientes:

Investigación científica sobre “Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente”, extraído de Red de Revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, México, año 2007.

A fin de conocer la relación que tiene el paciente con su familia, las cogniciones y los problemas que enfrentan tanto la familia como el paciente en la diabetes, se elaboró un estudio con el objetivo de explorar y analizar la importancia de la familia del adolescente diabético tipo I, para su tratamiento y control.

Los resultados demuestran que la referencia positiva de la familia acerca de la diabetes ocasiona un buen manejo de su tratamiento.

En la muestra estudiada se halló una relación favorable entre el paciente y su familia, así como confianza y apoyo familiar y cuidado.<sup>1</sup>

Investigación científica sobre: “Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos”. Universidad de Colima. Facultad de Medicina. México, febrero de 2005.

El estudio realizado tiene como objetivo evaluar el apoyo familiar, conocimiento de la diabetes mellitus, dieta y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus y cuál es la relación con el control glucémico.

Se realizó un estudio descriptivo, por medio de una encuesta se evaluaron 384 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Las variables evaluadas fueron: edad, ingreso mensual, apoyo familiar, conocimiento de la diabetes, dieta y su adherencia, además se determinó la ocupación, estado civil, escolaridad, evolución y glicemia.

Los resultados obtenidos fueron: la edad mayor, el apoyo familiar, el conocimiento de la diabetes, y la adherencia a la dieta se asocia a la normo glucemia.

Se concluye que la edad mayor de los pacientes se considera como protector para normo glucemia. El apoyo familiar, conocimiento de la diabetes y la adherencia a la dieta influye en el control de la glicemia.<sup>2</sup>

1 Martínez, B. Torres, L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. México 2007, Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117207.pdf> [fecha de acceso 4 de agosto de 2011]

2 Álvarez, D, Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos. México 2005. Disponible en: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Donaciano\\_Alvarez\\_Meraz.PDF](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Donaciano_Alvarez_Meraz.PDF) [Fecha de acceso: 4 de agosto de 2011].

Investigación científica sobre “Disfunción y falta de apoyo familiar como factor desencadenante de control glucémico del paciente con diabetes mellitus.” Colima, México, año 2006.

El estudio tiene como objetivo buscar asociación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y el descontrol glucémico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de la persona con esta enfermedad, como reportan Karisson y Romero Castellanos, los que han escrito que los diabéticos con un medio familiar favorable, aumentan significativamente su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran la realización del tratamiento

Se concluyó que la falta de apoyo y la disfunción familiar contribuyen a que exista descontrol glucémico en los pacientes que cursan con diabetes mellitus tipo 2.<sup>3</sup>

Investigación científica sobre “Repercusión en el control de la diabetes mellitus una técnica educativa dirigida a la familia “, Ciudad de la Habana, año 1995

Se realizó un estudio descriptivo de un grupo de 166 diabéticos que vivían en familia en el área de salud del Policlínico Güines Sur de la provincia La Habana en 1993, con la finalidad de determinar la relación de la influencia familiar con algunos aspectos que intervienen en el control de la enfermedad, después de haber aplicado durante 3 meses un programa de técnicas de educación para la salud en dichas familias (dinámica de grupo y demostración-charla educativa). Se detectó que estos pacientes realizan el tratamiento y tienen mejor control metabólico cuando cuentan con una familia que está preparada y los apoya. Se recomienda orientar acciones de educación para la salud, dirigidas a la familia de los diabéticos.

Se concluyó que los pacientes con familias nucleares conocían sobre su enfermedad, hacían el tratamiento medicamentoso, la dieta, el ejercicio físico y estaban controlados metabólicamente.<sup>4</sup>

3 Ramírez, V. Disfunción y falta de apoyo familiar como factor desencadenante de descontrol glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2. México, 2006. Disponible en: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/VICENTE\\_GERMAN\\_RAMIREZ\\_DIAZ.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/VICENTE_GERMAN_RAMIREZ_DIAZ.pdf)[fecha de acceso: 5 de agosto de 2011]

4 Valenciaga, J., González, F., Pons, P., Sánchez, O., Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. Ciudad de la Habana, 1995. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000200007&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000200007&script=sci_arttext&tlng=es). [Fecha de acceso: 5 de agosto de 2011]

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la población de América Latina está constituida por 500 millones de personas, de la cual 15 millones padecen diabetes mellitus. En los próximos 10 años, se estima que 20 millones de personas padecerán diabetes, lo que significa un aumento del 33%. <sup>5</sup>

Según un estudio de prevalencia de diabetes realizado en Uruguay en el año 2005, un 6,4 % de la población son diabéticos conocidos y un 1,6 % diabéticos no conocidos, lo cual constituye un 8 % de diabéticos en el país. <sup>6</sup>

Dado el porcentaje de prevalencia de diabetes mellitus en nuestro país las políticas actuales en salud apuntan a mejorar el abordaje de pacientes diabéticos en el primer nivel de atención, elaborando guías de intervención clínica (MSP, OPS, ASSE), trabajando en la promoción de salud y prevención de complicaciones, evitando así, la hospitalización y por ende una disminución en los costos sanitarios. Así mismo el estado elaboró en el año 1971 una Ley de Lucha Antidiabética (Ley N° 14.032) la cual consta de medidas destinadas a contemplar la situación de las personas que padezcan esta afección. (Ver anexo 3).

En el abordaje terapéutico como en otras patologías crónicas la familia podrá ser un importante recurso terapéutico y un aliado; pero también puede ser un saboteador del proceso. <sup>7</sup>

Las reacciones que la familia presenta ante una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura, la economía, la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo cual influye en el enfermo.

Este trabajo de investigación pretende reflexionar sobre el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus y su vinculación con la situación familiar.

<sup>5</sup>Niz, C., Otegui, J., Una actualización al diagnóstico y tratamiento de diabetes. En: Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería, Universidad de la República; 2009. P 125-126

<sup>6</sup> García V., Ferrero, R., Encuesta de prevalencia de diabetes en el Uruguay primera fase. Intramed [en línea] 2005; disponible en: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=36163> [Fecha de acceso: 19 de abril de 2011].

<sup>7</sup>Niz, C., Otegui, J., Una actualización al diagnóstico y tratamiento de diabetes. En: Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería, Universidad de la República; 2009. P 130-131



## MARCO CONCEPTUAL

Debido a que nuestra temática es conocer cuál es la vinculación entre la situación familiar y el cumplimiento del tratamiento de los adultos y adultos mayores que presentan diabetes mellitus se considera importante citar la definición de adulto como; toda persona que tiene una edad comprendida entre 20 y 64 años; y adulto mayor a toda las personas mayores de 65 años.

Por otra parte cabe mencionar la definición de diabetes sacarina como: *“un conjunto heterogéneo de alteraciones, caracterizadas por la elevación de la concentración de glucosa en la sangre o hiperglucemia. Normalmente, en la sangre circula cierta cantidad de glucosa, la cual se forma en el hígado a partir de los alimentos ingeridos. La insulina, hormona producida por el páncreas, controla la concentración de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento.*

*En la diabetes se reduce la capacidad del cuerpo para responder a la insulina, o el páncreas deja de producirla. Lo anterior conduce a la hiperglucemia, que puede resultar en complicaciones metabólicas graves, como la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetónico. La hiperglucemia de larga duración es una de las causas de complicaciones macrovasculares crónicas y complicaciones neuropáticas. La diabetes también está relacionada con una mayor presencia de enfermedades macrovasculares, entre otras infarto al miocardio, apoplejía y vasculopatía periférica”.* <sup>8</sup>

La diabetes se clasifica según su causa, curso clínico y tratamiento en:

Tipo I: Diabetes sacarina insulino dependiente.

Tipo II: Diabetes sacarina no insulino dependiente.

Diabetes sacarina relacionada con otros padecimientos o síndromes.

Diabetes sacarina gestacional.

La diabetes tipo I se produce por que las células beta del páncreas que producen insulina son destruidas por un proceso autoinmune, por lo cual requieren inyecciones de insulina para controlar niveles de glucosa en sangre. La misma puede aparecer a cualquier edad, pero generalmente se presenta en jóvenes menores de 30 años; por lo cual comúnmente se la denomina diabetes juvenil.

<sup>8</sup> Brunner y Suddarth. Valoración y tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. En : Enfermería medico quirúrgica. 8a ed. México: Interamericana Mc Graw-Hill; 1998. P.1028-1076

La diabetes tipo II no insulino dependiente, se debe a una reducción de una sensibilidad celular a la insulina y a una reducción de la producción de la misma. Esta puede presentar a cualquier edad, pero usualmente en mayores de 30 años, es por eso que se le llama diabetes de inicio en el adulto.

El tratamiento varía a lo largo del curso de la enfermedad, debido a los cambios en el estilo de vida, el estado físico y emocional; este está dirigido a aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y la prevención de complicaciones agudas y crónicas. El mismo se divide en: no farmacológico: el cual abarca la dieta y el ejercicio físico; y el farmacológico que se divide en antidiabéticos orales, insulina e hipoglucemiantes.

En lo que respecta a la terapia farmacológica, los principales grupos de fármacos orales están constituidos por: las sulfonilureas y las meglitinidas (insulino-secretor), las biguanidas y las glitazonas (insulino-sensibilizador), los inhibidores de glucosidasas intestinales. Cada grupo de fármacos orales tiene características propias por mecanismo de acción, indicaciones y contraindicaciones específicas así como efectos adversos, por lo que su conocimiento es indispensable para su adecuado uso.

La terapia con insulina está conformada por: insulina de acción rápida (insulina cristalina, aspártica, glulisina y lispro), de acción intermedia (insulina NPH), de acción prolongada (insulina glargina), bifásicas (insulina NPH/cristalina).

Por último, los hiperglucemiantes integrado por el glucagón.

En relación al tratamiento no farmacológico nutricional, los objetivos son: *“alcanzar y mantener óptimos resultados metabólicos, incluyendo niveles de glucosa en sangre en el rango normal para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones, recuperar o mantener el estado nutricional y alcanzar una alimentación completa y equilibrada. El mismo se caracteriza por, ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del usuario, ya que cada uno de ellos debe recibir indicaciones dietéticas adecuadas a su edad, sexo, estado metabólico, estado fisiológico, actividad física, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de alimentos de su lugar de residencia.*

*La alimentación debe ser fraccionada distribuyéndola en 5 o 6 ingestas al día; al fraccionar la dieta se produce una mejor adherencia a esta, disminuyendo picos glucémicos postprandiales.”* <sup>9</sup>

En cuanto a los alimentos existen recomendaciones al respecto, tales como:

- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (6 a 8 gramos) y solo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal).

- No es recomendable el uso habitual el uso habitual de bebidas alcohólicas. Cuando se consuman deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia.
- Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico y puede consumirse libremente.
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar de jugo. los jugos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglicemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed.
- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibras solubles. Dietas con alto contenido en fibras especialmente solubles (50gramos por día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.
- Edulcorantes, el uso moderado de aspartame, sacarina, acesulfame k y sucralosa, no representa ningún riesgo para la salud y pueden recomendarse para remplazar el azúcar. Su valor calórico es insignificante. Esto incluye gaseosas dietéticas y algunos productos que aparte de los edulcorantes no tienen ningún otro componente alimenticio (gelatinas, etc.). Por el contrario, edulcorantes como el sorbitol o la fructosa si tienen valor calórico considerable y este debe tenerse en cuenta cuando se consumen como parte de productos elaborados.
- Productos elaborados con harinas integrales: la gran mayoría de estos son elaborados con harinas enriquecidas con fibra insoluble (salvado, etc.) que no tiene ningún efecto protector sobre la absorción de carbohidratos.
- Lácteos “dietéticos”: en general son elaborados con leche descremada tienen un valor calórico menor y un contenido de grasas saturadas mucho más bajo, mientras su contenido relativo de calcio aumenta. Son recomendables y especialmente útiles para las comidas suplementarias junto con las frutas.<sup>10</sup>

10 Aschner, P. Tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus 2. En: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.Colombia:2000

“El ejercicio físico es de vital importancia en el tratamiento de la diabetes, ya que posee efectos para disminuir la glucemia así como los factores de riesgo cardiovasculares, al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de insulina. A su vez favorece la circulación sanguínea y el tono muscular; estos efectos son útiles en diabéticos para la disminución de peso, reducción del estrés y la presión arterial y el mantenimiento de la sensación de bienestar general.”<sup>11</sup>

El paciente diabético tiene predisposición a diferentes patologías, por lo tanto debe ser valorado por diferentes especialistas en salud, como lo son; odontólogo, podólogo, cardiólogo, nutricionista y oftalmólogo.

Las afecciones bucales surgidas por diabetes, pueden llegar a descompensar la patología de base, ya que la mayoría de ellas son de origen infeccioso, con gran tendencia a la expansión, pudiendo evolucionar a territorios vitales.

Las patologías bucales infecciosas que pueden presentarse en un paciente diabético son; caries dental y sus complicaciones, enfermedad periodontal, úlceras mucosas, candidiasis orales, lesiones liquenoides, xerostomía, entre otras. Según el protocolo para el seguimiento de la persona adulta con diabetes debe ser inicial al detectarse la patología y anual.<sup>12</sup>

El objetivo de la intervención del Técnico en Podología será reducir los índices de amputación y mejorar la calidad de vida, ya que la presencia de diabetes aumenta 40 veces la probabilidad de sufrir una amputación de miembros inferiores; por lo que deberá motivar la labor de promoción podológica interviniendo en la prevención, educación, valoración, detección precoz de patologías de riesgo y atención asistencial en la población de diabéticos. Deberá realizarse un examen inicial al detectarse la patología, cada 3 o 4 meses y anual en todos los pacientes diabéticos.<sup>13</sup>

La diabetes es un importante factor de riesgo cardiovascular, sobre todo si se asocia a otros factores de riesgo como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia o tabaquismo. Se debe realizar un control con cardiólogo al constatarse la enfermedad y anualmente para prevenir futuras complicaciones.<sup>14</sup>

11 Brunner y Suddarth. Valoración y tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. En: Enfermería médico quirúrgica. 8a ed. México: Interamericana Mc Graw-Hill; 1998. P.1028-1076.

12 RAP –ASSE. Diabetes mellitus tipo 2. En: Guía de intervenciones en el Primer Nivel de Atención. Montevideo: 2010.P.92

13 RAP –ASSE. Diabetes mellitus tipo 2. En: Guía de intervenciones en el Primer Nivel de Atención. Montevideo: 2010.P.94

14 Layerle B., Vignolo W. Corazón y diabetes. [Monografía en línea] internet edición. 2005. Disponible

En: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S079700482005000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S079700482005000100007&script=sci_arttext) [fecha de acceso: 31 de agosto de 2011].

Los pacientes con diabetes deben recibir terapia nutricional individualizada para alcanzar las metas del tratamiento nutricional anteriormente mencionado, con un Licenciado en Nutrición y preferentemente capacitado en diabetes.<sup>15</sup>

El paciente diabético tiene con frecuencia complicaciones oculares severas. Entre ellas: Retinopatía diabética, Catarata, Glaucoma, Oclusiones vasculares retinianas, Neuropatía óptica, Parálisis y paresias oculomotoras, Rubeosis de iris y glaucoma neovascular, Desprendimiento de retina, Hemorragia de vítreo.

Por lo tanto es de enorme importancia el control por oftalmólogo al detectarse la patología y anualmente, en caso de detectarse una disminución brusca de la visión se debe concurrir de forma urgente al oftalmólogo.<sup>16</sup>

Es importante que la persona que presenta diabetes cumpla con el calendario de vacunación oficial, ya que integra el llamado grupo de riesgo que tienen más probabilidades de contraer esas enfermedades o desarrollar sus formas más graves. Las mismas permiten reducir el riesgo de contraer una serie de enfermedades infecciosas que por su gravedad ponen en peligro la salud de las personas.

Las vacunas recomendadas para una persona con diabetes son la antineumococcica, la doble bacteriana y la antigripal.

La vacuna antineumococcica protege contra el neumococo que causa, entre otras afecciones, neumonía. No evitan las infecciones, pero reducen las complicaciones y las internaciones. Los diabéticos deben recibir una segunda dosis a los cinco años de la primera. La vacuna antigripal debe aplicarse anualmente, cerca de la llegada del otoño. Por último se aconseja la vacuna doble bacteriana que uno de los refuerzos de la antitetánica y antidiftérica (vacuna doble adultos) que se deben dar cada diez años sea con la vacuna DTPa celular, que inmuniza además contra la tos convulsa (pertussis).<sup>17</sup>

Acompañado del tratamiento farmacológico y no farmacológico es de vital importancia el apoyo psicológico en el paciente diabético tanto por parte de la familia como por el equipo de salud tratante. Este ayuda para lograr el afrontamiento de la enfermedad, tras el diagnóstico, siendo que en el mismo pueden aparecer sentimientos de incertidumbre y desconcierto.

15 RAP –ASSE. Diabetes mellitus tipo 2. En: Guía de intervenciones en el Primer Nivel de Atención. Montevideo: 2010.P.89.

16 RAP –ASSE. Diabetes mellitus tipo 2. Guía de intervenciones en el Primer Nivel de Atención [en línea] 2010; 12. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2218,17211> [fecha de acceso: 31 de agosto de 2011]

17 <http://www.lanacion.com.ar/1357708-vacunas-una-herramienta-vital-para-los-diabeticos>

Es por esta razón que se cita la definición de Familia, entendiéndose como:

*“grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”.*<sup>18</sup>

*“La familia cumple funciones vitales las cuales comprenden: la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia. Para evaluar el funcionamiento familiar podemos analizar las 6 funciones básicas de la familia según el modelo circunflejo de adaptación (Olson):*

- *Comunicación: es una función primordial ya que gracias a ella todas las demás pueden cumplirse. La familia utiliza muy variados mensajes verbales y paraverbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión.*
- *Afectividad: es la relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia. Supone una función básica a partir de la cual se transmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis.*
- *Apoyo: la familia proporciona apoyo a los miembros que lo necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva, financiera, etc., gracias a ella se puede resolver situaciones conflictivas o abordar momentos de crisis individuales o familiares. El apoyo nace del sentimiento de pertenencia a la familia, de saber que comparte, como grupo, creencias, proyectos y afectos comunes.*
- *Adaptabilidad: la familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que la conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral, todas ellas la exponen a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una gama variada de estímulos.*
- *Autonomía: la familia establece autonomía mediante mecanismos que marcan los límites entre dependencia-independencia, no solo dentro del grupo familiar sino en su relación con el entorno social.*
- *Reglas y normas: las familias establecen reglas y normas de comportamiento que permiten mantener con orden y armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar.”*<sup>19</sup>

18 Revilla, L., ¿Qué es la familia? En: Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.p.7-9

19 Revilla, L., ¿Qué es la familia? En: Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.p.7-9

Se cree que el tamaño de la familia y los roles que cumplen cada integrante de la misma influye en el cumplimiento del tratamiento, y la utilización de los servicios de salud, por lo cual a continuación se cita una clasificación estructural, basada en la familia nuclear, que mantiene otras tipologías de familia.

- Familia extensa: es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, pues conviven en un mismo hogar más de dos generaciones.
- Familia nuclear: formada por dos individuos de distintos sexos, que ejercen el papel de padres, y por sus hijos. Según determinadas peculiaridades se subdividen en:
  - Familia nuclear con parientes próximos: se refiere a aquellas familias que tienen la misma localidad a otros miembros familiares, fundamentalmente la madre de uno de los cónyuges.
  - Familia nuclear sin parientes próximos: cuando no tiene familia en su misma localidad.
  - Familia nuclear numerosa: es la que está formada por los padres y más de cuatro hijos.
  - Familia nuclear ampliada: recibe esta denominación cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser: parientes o agregados.
  - Familia binuclear: se clasifican así cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar, hijos de distintos progenitor.
- Familia monoparental: es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
- Personas sin familia: se incluyen en este epígrafe, no solo el adulto soltero, sino también el divorciado, o el viudo sin hijos, y los jóvenes que por necesidades de trabajo viven de este modo, sin que implique un rechazo a la vida familiar.
- Equivalentes familiares: se tratan de individuos que conviven en un mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas religiosas que viven fuera de su comunidad.<sup>20</sup>

Los ingresos económicos que la familia recibe en su hogar puede condicionar en algunos casos el cumplimiento del tratamiento del usuario diabético. Los mismos se clasifican en; salario inestable, estable y beneficio social.

En cuanto a salario inestable: se consideran los salarios que no son ingresos fijos todos los meses al hogar.

Salario estable: son todos los salarios que ingresan de manera fija todos los meses al hogar, por ejemplo: jubilaciones, pensiones, sueldos.

<sup>20</sup> Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.p.29- 30.

Beneficio social: se consideran a todo recurso económico y material que ingresa al hogar por parte del estado, dentro de los que se encuentran: canasta alimenticia, asignaciones familiares, plan de equidad.

El apoyo social y familiar constituye un factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos para la diabetes. El apoyo social constituye un medio efectivo en su vertiente instrumental, para facilitar el cumplimiento del tratamiento, o también se considera capaz de amortiguar los efectos del estrés que supone la diabetes y su tratamiento. Entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico; y b) la familia como recurso. Conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. <sup>21</sup>

Así como el apoyo psicológico que debe recibir el paciente por parte de la familia, es fundamental la participación de la enfermera comunitaria durante el proceso salud-enfermedad del usuario, ya que la misma trabaja con la comunidad, en acciones de promoción y prevención, en el primer nivel de atención. Por lo tanto se define a la enfermera/o comunitaria/o como: “el profesional responsable, que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud.

Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan las personas, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la o el enfermera/o, como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de atención, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados” <sup>22</sup>

<sup>21</sup><http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n09a13048141pdf001.pdf>

La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. L. de la Revilla y J.M. Espinosa Almendro

<sup>22</sup> Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria



## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### Tipo de Estudio

El tipo de estudio que se utilizó para la investigación fue descriptivo, de corte transversal.

Universo: Adultos y adultos mayores diabéticos que concurrieron al Centro de Salud del sector público del departamento de Montevideo, en el periodo comprendido entre 31 de Octubre y 9 de Noviembre en el horario de 7:30 a 15:30hrs.

Unidad de análisis y observación: adultos y adultos mayores diabéticos que concurrieron a un Centro de Salud del sector público.

Criterios de inclusión: usuarios adultos y adultos mayores diabéticos que concurren a un centro de salud que aceptaron formar parte de este trabajo de investigación.

Recolección de datos: el método que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista, cuya modalidad es semi-estructurada. La fuente de información es primaria, obteniéndose la misma a través del contacto directo con los usuarios, utilizando como instrumento de recolección de datos un cuestionario especialmente elaborada para esta investigación (ver anexo 1), con su correspondiente instructivo de llenado. (Ver anexo 2)

Los datos obtenidos a través de la entrevistas realizadas fueron tabulados y posteriormente graficados para su análisis.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### Personales

- Variable EDAD

Variable: cuantitativa continua

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona.<sup>23</sup>

Definición operativa: años cumplidos.

Categorías:

20 - 34 años adulto joven

35 - 64 años adulto

Mayor de 65 años adulto mayor

- Variable SEXO

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: condición orgánica, femenina o masculina.<sup>24</sup>

Definición operativa: por medio de los caracteres sexuales externos y apariencia.

Categorías:

Femenino

Masculino

- Variable NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Variable: cualitativa ordinal

Definición conceptual: grado más elevado de estudios formales alcanzados por una persona.<sup>25</sup>

Definición operativa: años cursados en educación formal

Categorías:

Primaria Incompleta.

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa

Terciario Incompleto

Terciario Completo

<sup>23</sup>López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998

<sup>24</sup> López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998

<sup>25</sup>López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998

- Variable OCUPACION

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: trabajo, empleo u oficio que realiza.<sup>26</sup>

Definición operacional: actividad laboral que desempeña.

Categorías:

Trabajo estable

Trabajo inestable

Desocupado

Jubilado

Pensionista

- Variable TIPO DE DIABETES

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual:

La *diabetes tipo I* se produce por que las células beta del páncreas que producen insulina son destruidas por un proceso autoinmune, por lo cual requieren inyecciones de insulina para controlar niveles de glucosa en sangre.

La *diabetes tipo II* no insulino dependiente, se debe a una reducción de una sensibilidad celular a la insulina y a una reducción de la producción de la misma. <sup>27</sup>

Definición operacional: Tipo de diabetes que presenta.

Categorías:

Tipo I: Diabetes sacarina insulino dependiente.

Tipo II: Diabetes sacarina no insulino dependiente

## **Aspectos familiares**

- Variable COMPOSICIÓN FAMILIAR

Variable: cualitativa nominal

26 Asociación de Academias de la lengua española. Diccionario de la Real Academia Española. 23ª. ed. España 2009. Disponible en: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=cultura](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura)

27 Brunner y Suddarth. Valoración y tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. En: Enfermería medico quirúrgica. 8a ed. México: Interamericana Mc Graw-Hill; 1998. P.1028-1076

Definición conceptual: cantidad de personas que viven con o sin parentesco en un mismo hogar.

Familia extensa: conviven en un mismo hogar más dos generaciones (ejemplo: abuelo, padre e hijo).

Familia nuclear: formada por dos individuos de distinto sexo que ejercen el papel de padres, y por sus hijos.

Familia nuclear con parientes próximos: familias que tienen en la misma localidad a otros miembros familiares.

Familia nuclear sin parientes próximos: cuando no tienen familia en su misma localidad.

Familia nuclear numerosa: está formada por los padres y más de cuatro hijos.

Familia binuclear: se clasifican así cuando después de un divorcio unos de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar, hijos del progenitor.

Familia monoparental: constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

Personas sin familia: se incluyen el adulto soltero, el divorciado, el viudo sin hijos, y los jóvenes que por necesidades de trabajo viven de este modo.

Equivalentes familiares: individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar.<sup>28</sup>

Definición operacional: cantidad de integrantes que conviven en un mismo hogar y la relación entre ellos.

Categorías:

Familia extensa

Familia nuclear

Familia nuclear con parientes próximos

Familia nuclear si parientes próximos

Familia nuclear numerosa

Familia nuclear ampliada

Familia binuclear

Familia monoparental

Personas sin familia

Equivalentes familiares

- Variable TIPO DE INGRESO ECONÓMICO AL HOGAR

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: tipo de ingreso económico que ingresa al hogar.<sup>29</sup>

Salario estable: usuarios que perciben un ingreso estable, pudiendo contar o no con otro tipo de ingreso el cual puede ser salario inestable y/o beneficio social.

Salario Inestable: usuarios que perciben un salario inestable pudiendo contar o no con beneficio social.

Beneficio Social: usuarios que perciben únicamente beneficio social.

Definición operacional: recursos económicos que ingresan al hogar.

Categorías:

Salario inestable

Salario estable

Beneficio social.

- Variable: REALIZACIÓN DE EJERCICIO FISICO

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: conjunto de movimientos corporales que se realizan para mantener o mejorar la forma física.<sup>30</sup>

Definición operacional: Actividad física que realiza semanalmente durante un mínimo de 30 minutos.

Categorías:

- Realiza ejercicio físico
  - 1 vez por semana.
  - 2 veces por semana.
  - 3 veces por semana.
- No realiza ejercicio físico.

- Variable CUPLIMIENTO DE LA DIETA

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: alimentación que realiza el paciente diabético.

Definición operacional: cumple con la alimentación para la diabetes.

<sup>29</sup>Asociación de Academias de la lengua española. Diccionario de la Real Academia Española. 23ª. ed. España 2009. Disponible en: [http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=cultura](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura)

<sup>30</sup> Asociación de Academias de la lengua española. Diccionario de la Real Academia Española. 23ª. ed. España 2009. Disponible en: [http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=cultura](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura)

Categorías:

Considera que cumple con la alimentación indicada para su enfermedad.

Considera que no cumple con la alimentación indicada para su enfermedad

- Variable CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: opinión personal sobre el cumplimiento de su tratamiento indicado por su médico.

Definición operacional: opinión del usuario respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado.

Categorías:

- Tiene tratamiento farmacológico indicado
  - Considera que cumple con el tratamiento farmacológico.
  - Considera que no cumple con el tratamiento farmacológico.
- No tiene tratamiento farmacológico indicado

- Variable: CONCURRENCIA AL PODOLOGO

Variable: Cualitativa Nominal

Definición Conceptual: concurrencia al podólogo.

Definición Operacional: frecuencia con la que concurre a control con podólogo.

Categorías

- Concurre
  - Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
  - Cada 3 – 4 meses
  - Anual
- No concurre

- Variable: CONCURRENCIA AL ODONTÓLOGO

Variable: Cualitativa Nominal

Definición Conceptual: concurrencia al odontólogo.

Definición Operacional: frecuencia con la que concurre al control odontológico.

Categorías

- Concurre
  - Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
  - Anual

- No concurre
- Variable CONCURRENCIA AL CARDIÓLOGO

Variable: Cualitativa Nominal

Definición Conceptual: concurrencia al cardiólogo.

Definición Operacional: frecuencia con la que concurre a control con su cardiólogo.

Categorías

- Concurre
  - Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
  - Anual
- No concurre
- Variable: CONCURRENCIA AL NUTRICIONISTA

Variable: Cualitativa Nominal

Definición Conceptual: concurrencia a nutricionista

Definición Operacional: frecuencia con la que concurre a control nutricional.

Categorías

- Concurre
  - Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
  - Cada 6 meses
- No concurre
- Variable CONCURRENCIA AL OFTALMOLOGO

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: concurrencia al oftalmólogo.

Definición operacional: frecuencia con la que concurre a control oftalmológico

Categorías

- Concurre
  - Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
  - Anual
- No concurre
- Variable PARTICIPACIÓN EN GRUPO DE DIABÉTICOS

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: concurrencia a grupo para diabéticos.

Definición operacional: participa o no en un grupo para diabéticos.

Categorías

Participa en grupo para diabéticos.

No participa en grupo para diabéticos.

- Variable: INMUNIZACIONES

Variable: Cualitativa Nominal

Definición Conceptual: cumple con las vacunas recomendadas para la patología que cursa (antineumococcica, antigripal, doble bacteriana)

Definición Operacional: cuenta con las vacunas recomendadas.

Categorías

Antigripal

Antineumococcica

Doble bacteriana



## RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas en el Centro de Salud se tabularon y graficaron a continuación para su posterior análisis.

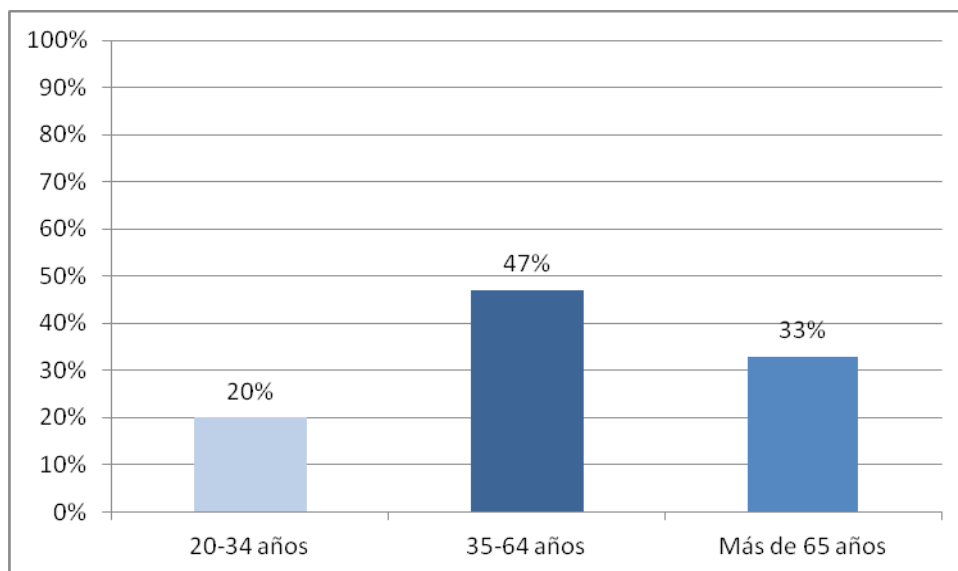
**Tabla N° 1** Distribución de la población según la edad

EDAD	F.A	F.R	F.R%
20-34 años	10	0,20	20%
35-64 años	24	0,47	47%
Más de 65 años	17	0,33	33%
Total	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

El rango etario predominante corresponde al de los adultos (35-64 años) con un 47%, seguido en frecuencia por adultos jóvenes (20-34 años) representados por un 20% y adultos mayores (mayores de 65 años) un 17%.

**Gráfico N° 1** Distribución de la población según la edad



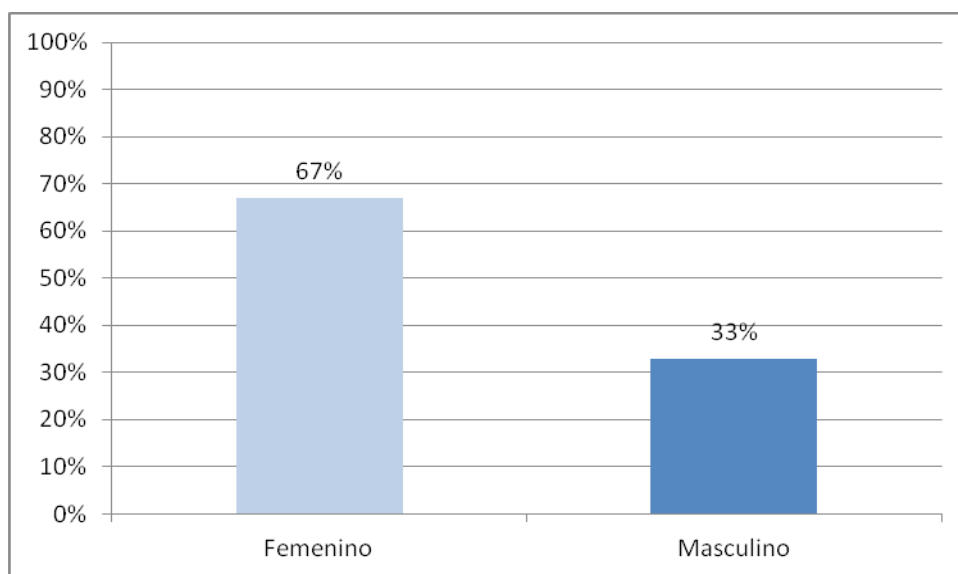
Fuente: tabla N° 1

**Tabla Nº 2** Distribución de la población según sexo

SEXO	FA	FR	FR%
Femenino	34	0,67	67%
Masculino	17	0,33	33%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

De los usuarios que concurren al Centro de salud, se estudiaron 51 diabéticos, de los cuales el 67% pertenecen al sexo femenino mientras que el porcentaje restante, 33% al sexo masculino.



Fuente: tabla Nº 2

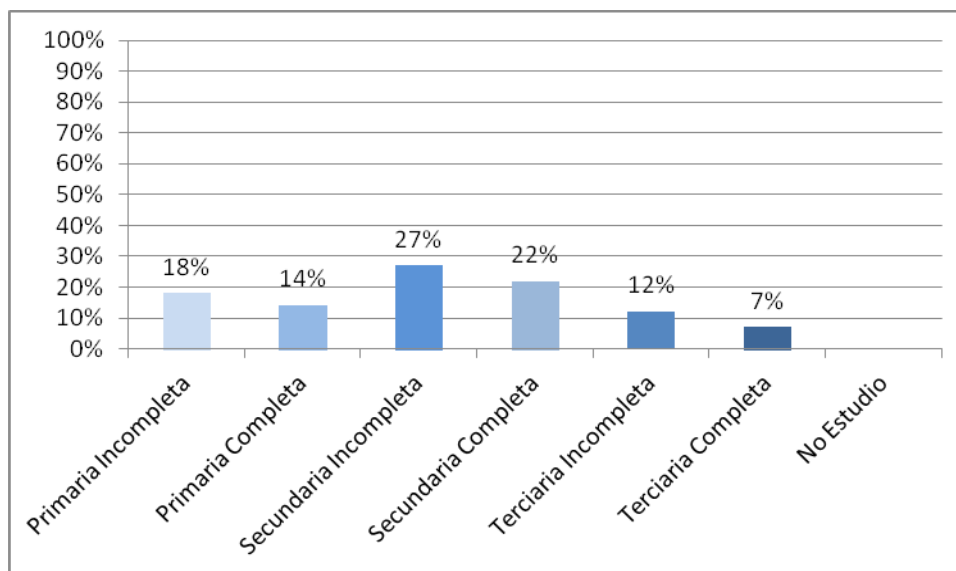
**Tabla N° 3** Distribución según nivel de instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR%
Primaria Incompleta	9	0,18	18%
Primaria Completa	7	0,14	14%
Secundaria Incompleta	14	0,27	27%
Secundaria Completa	11	0,22	22%
Terciaria Incompleta	6	0,12	12%
Terciaria Completa	4	0,07	7%
No Estudio	-	-	-
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

En cuanto a la variable nivel de instrucción, se observó que un 27% de los usuarios alcanzó como grado más elevado de estudios formales Secundaria Incompleta, seguido de un 22% correspondiente a Secundaria Completa, 18% Primaria Incompleta, 14% Primaria Completa, 12% Terciaria Incompleta y finalmente el menor porcentaje pertenece a Terciaria Completa con un 7%.

**Grafica N° 3** Distribución de la población según nivel de instrucción



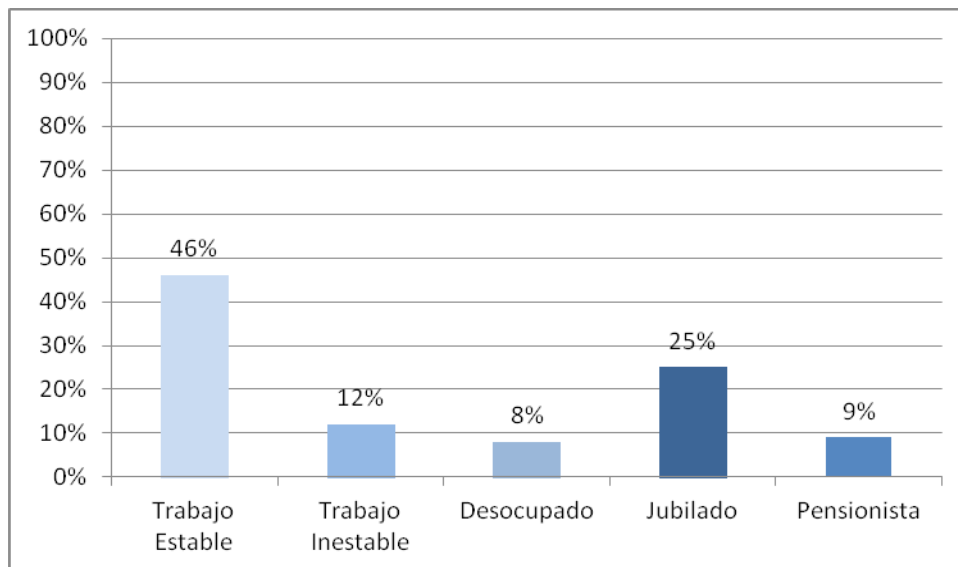
**Tabla N° 4** Distribución de la población según ocupación

ACTIVIDAD QUE REALIZA	FA	FR	FR%
Trabajo Estable	23	0,46	46%
Trabajo Inestable	6	0,12	12%
Desocupado	4	0,08	8%
Jubilado	13	0,25	25%
Pensionista	5	0,09	9%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

En relación a la actividad laboral que desempeñan, el mayor porcentaje de los usuarios, un 46%, son trabajadores estables, seguido de Jubilados representados por un 25%, Trabajadores Inestables un 12%, Pensionistas 9% y un 8% de Desocupados.

**Grafica N° 4** Distribución de la población según ocupación



Fuente: Tabla N° 4

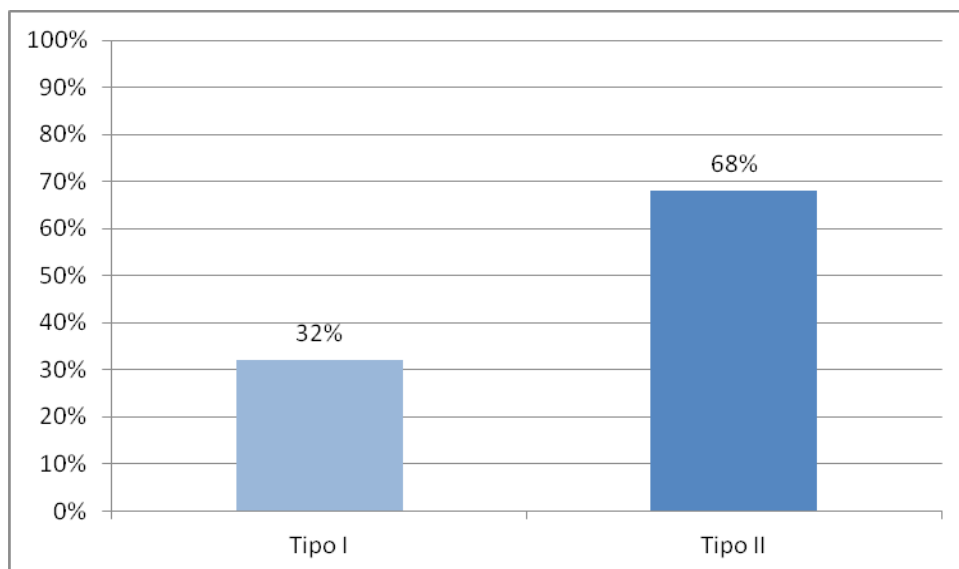
**Tabla N° 5** Distribución de la población según tipo de diabetes

TIPO DE DIABETES	FA	FR	FR%
Tipo I	16	0,32	32%
Tipo II	35	0,68	68%
TOTAL	51	1	100

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

Un 68% de los entrevistados presenta Diabetes Mellitus Tipo II – No Insulino Dependiente, mientras que el porcentaje restante corresponde a usuarios Diabéticos tipo I- Insulino Dependiente; en esta población tipo 2 ninguno recibió insulina.

**Grafica N° 5** Distribución de la población según tipo de diabetes



Fuente: tabla N° 5

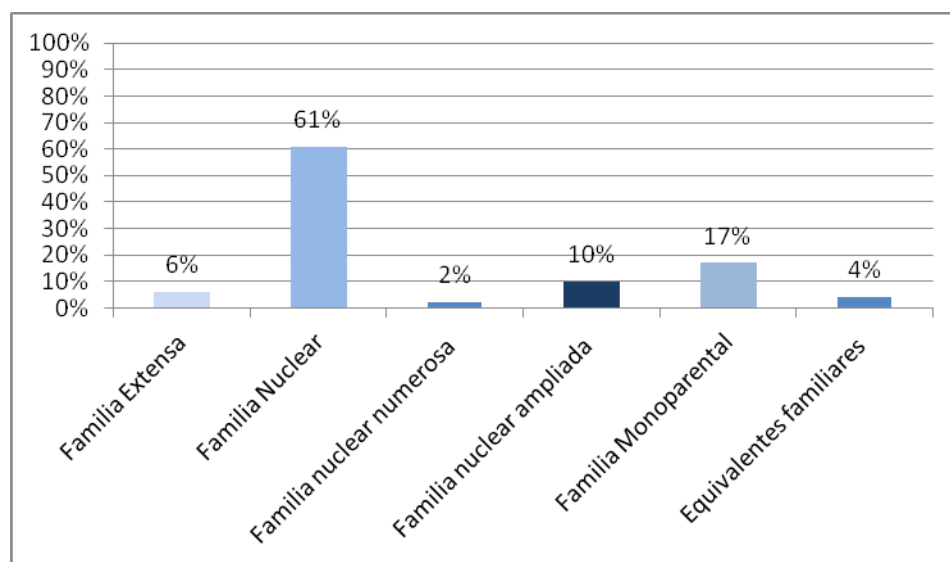
**Tabla N° 6** Distribución de la población según estructura familiar

ESTRUCTURA FAMILIAR	FA	FR	FR%
Familia Extensa	3	0,06	6%
Familia Nuclear	31	0,61	61%
Familia nuclear numerosa	1	0,02	2%
Familia nuclear ampliada	5	0.1	10%
Familia Monoparental	9	0,17	17%
Equivalentes familiares	2	0.04	4%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

Teniendo en cuenta los Aspectos Familiares, y dentro de ellos la Composición Familiar se detectó que el 61% de los usuarios pertenecen a una Familia Nuclear, un 17% constituyen familias monoparentales, Familias Nucleares Ampliadas un 10%, Familias Extensas un 6%, Equivalentes Familiares un 4% y las Familias Nucleares Numerosas están representadas por un 2% de los entrevistados.

**Grafica N° 6** Distribución de la población según estructura familiar



Fuente: tabla N° 6

**.Tabla N° 7** Distribución de la población según tipo de ingreso al hogar

INGRESO ECONÓMICO AL HOGAR	FA	FR	FR%
Salario estable	49	0.96	96%
Salario inestable	2	0.04	4%
Beneficio social	-	-	-
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

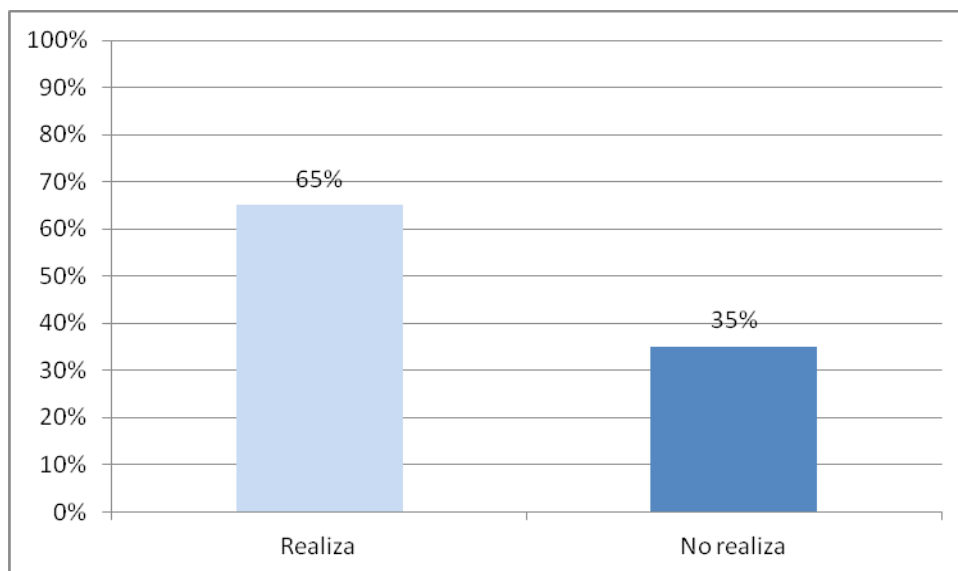
Se observó que los recursos económicos ingresan al hogar de diferentes formas detectándose en la mayoría de los casos más de un ingreso, un 96% presenta al menos un salario estable en el hogar, y el restante 4% cuenta con un salario inestable.

**Tabla N° 8** Distribución de la población según realización de actividad física

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	F.A	F.R	F.R%
Realiza	33	0,65	65%
No realiza	18	0,35	35%
Total	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Grafica N° 7** Distribución de la población según realización de actividad física



Fuente: tabla N° 8

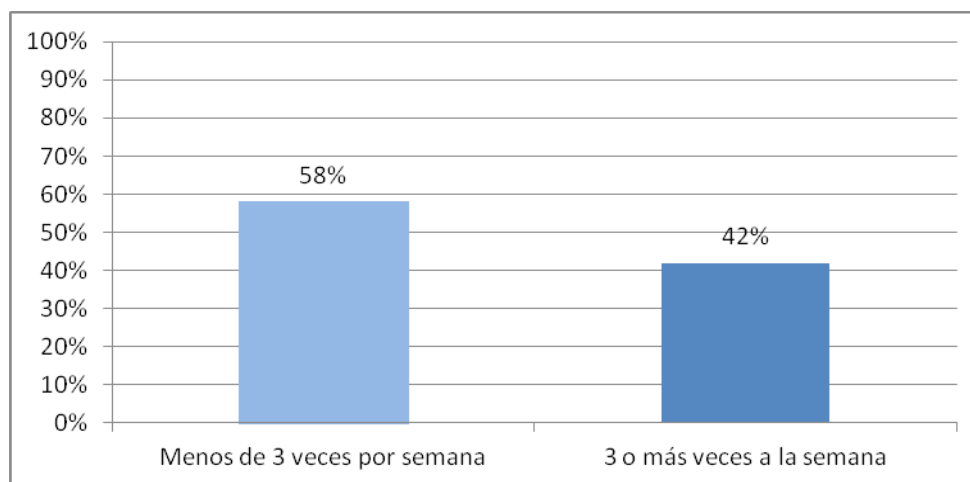


**Tabla N°9** Distribución de la población según realización de actividad física adecuada

Realiza adecuadamente actividad física	FA	FR	FR%
Menos de 3 veces por semana	19	0.58	58%
3 o más veces a la semana	14	0.42	42%
Total	33	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Grafica N° 8** Distribución de la población según realización de actividad física adecuada



Fuente: tabla N° 9

En cuanto a la realización de actividad física el 65% de los usuarios diabéticos considera que cumple con la misma, de los cuales el 42% la realiza tres o más veces por semana durante un mínimo de 30 minutos, lo cual es considerado adecuado.

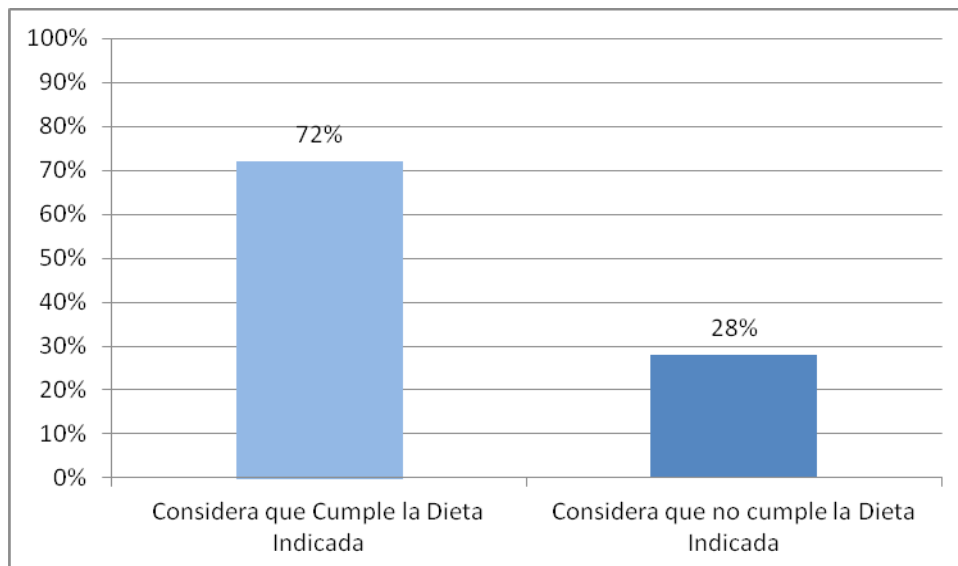
**Tabla N° 10** Distribución de la población según cumplimiento de la dieta

CUMPLIMIENTO DE LA DIETA	FA	FR	FR%
Considera que Cumple la Dieta Indicada	37	0,72	72%
Considera que no cumple la Dieta Indicada	14	0,28	28%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

Con respecto a si el usuario considera que cumple con la alimentación adecuada, el 72% manifestó consumir los alimentos permitidos para su patología, lo cual pudo ser corroborado a través de los alimentos que el usuario refirió consumir.

**Gráfica N° 9** Distribución de la población según cumplimiento de la dieta



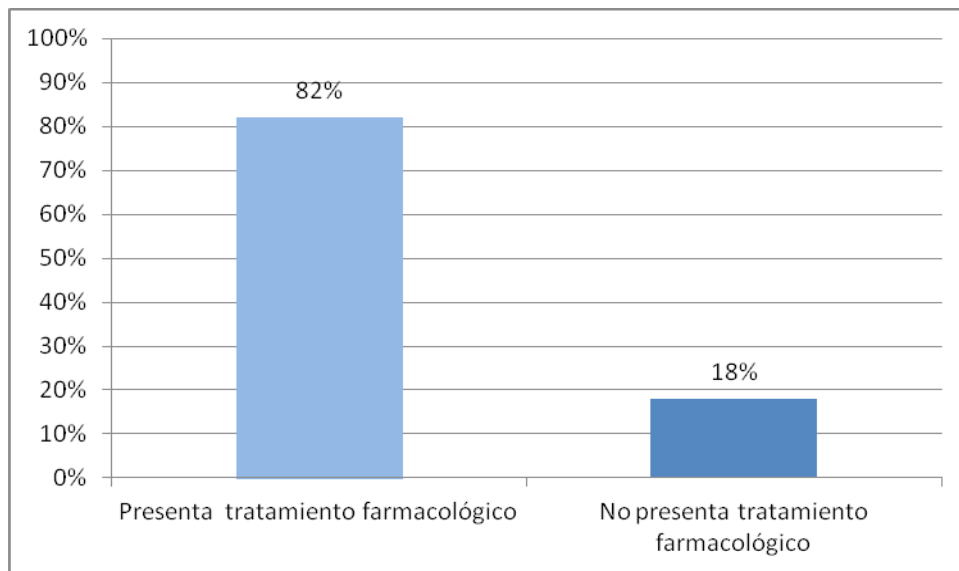
Fuente: tabla N° 10

**Tabla N° 11** Distribución de la población según tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	FA	FR	FR%
Presenta tratamiento farmacológico	42	0.82	82%
No presenta tratamiento farmacológico	9	0.18	18%
Total	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Gráfica N° 10** Distribución de la población según tratamiento farmacológico



Fuente: tabla N° 11

En referencia al tratamiento farmacológico, el 100% de los usuarios que cuentan con este cumplen con el mismo.

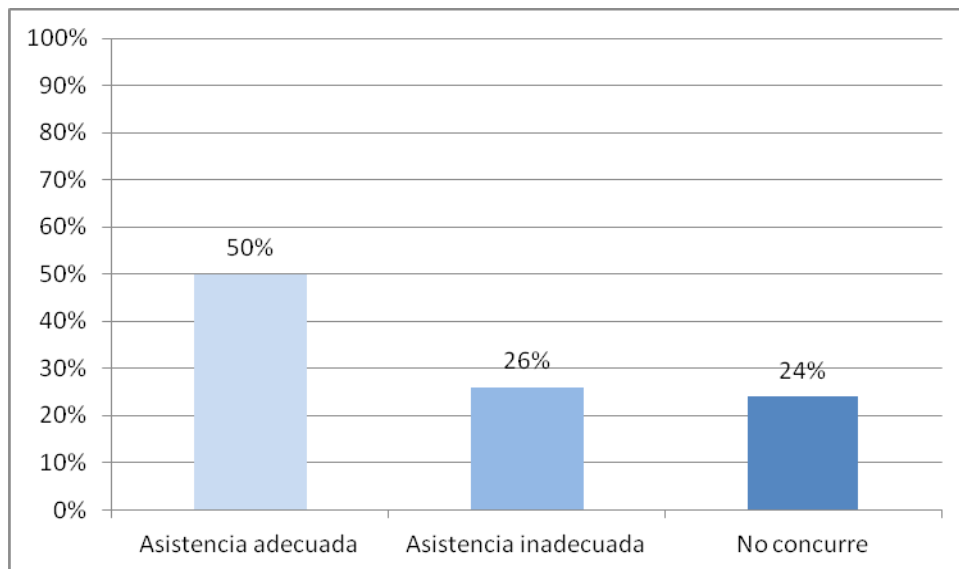
**Tabla N° 12** Distribución de la población según concurrencia al podólogo

CONCURRENCIA A PODÓLOGO	FA	FR	FR%
Asistencia adecuada	26	0,50	50%
Asistencia inadecuada	13	0,26	26%
No concurre	12	0.24	24%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

En base al Protocolo para el seguimiento de la persona con Diabetes Mellitus del M.S.P y ASSE se constataron los siguientes datos: el 76% de los usuarios concurre al Podólogo, de los cuales el 50% concurre cada 3 o 4 meses o anualmente lo cual es considerado adecuado y el 26% concurre al diagnosticarse la enfermedad.

**Gráfica N° 11** Distribución de la población según concurrencia al podólogo



Fuente: tabla N°12

**Tabla N°13** Distribución de la población según concurrencia al odontólogo

CONCURRENCIA A ODONTÓLOGO	FA	FR	FR%
Asistencia adecuada	29	0,57	57%
Asistencia no adecuada	4	0,08	8%
No concurre	18	0,35	35%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

Por otra parte, el 65% asiste al odontólogo y dentro de este porcentaje un 57% lo hace de forma adecuada ya que asiste anualmente, y el 8% restante al diagnosticarle la enfermedad diabética.

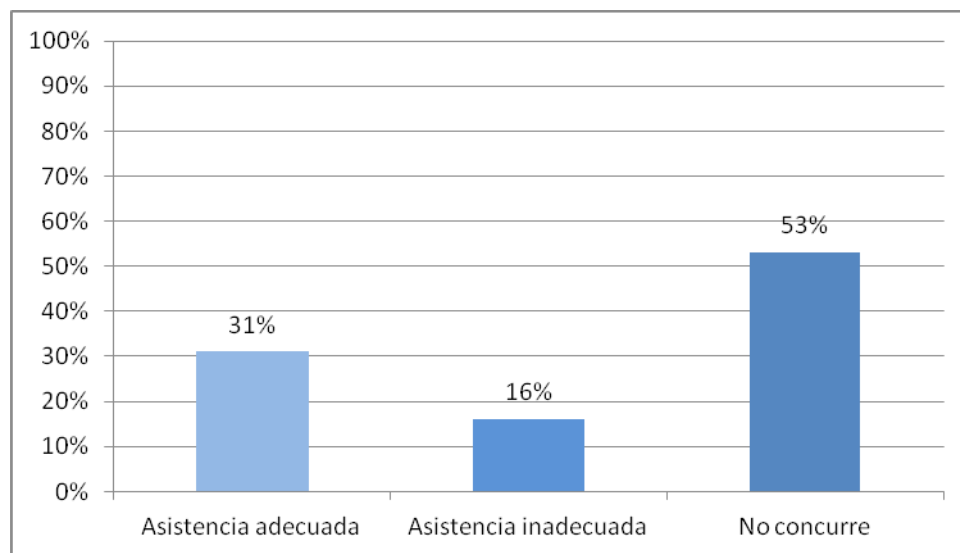
**Tabla N°14** Distribución de la población según concurrencia al cardiólogo

CONCURRENCIA A CARDIÓLOGO	FA	FR	FR%
Asistencia adecuada	16	0,31	31%
Asistencia inadecuada	8	0,16	16%
No concurre	27	0,53	53%
TOTAL	51	1	100

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

En lo que refiere al control con Cardiólogo, el 53% de los usuarios refirió no concurrir al mismo; dentro del 47% restante un 31% se controla con el mismo de manera anual, mientras que un 16% lo hizo al diagnosticarse la enfermedad.

**Gráfica N°12** Distribución de la población según concurrencia al cardiólogo



Fuente: tabla N°14

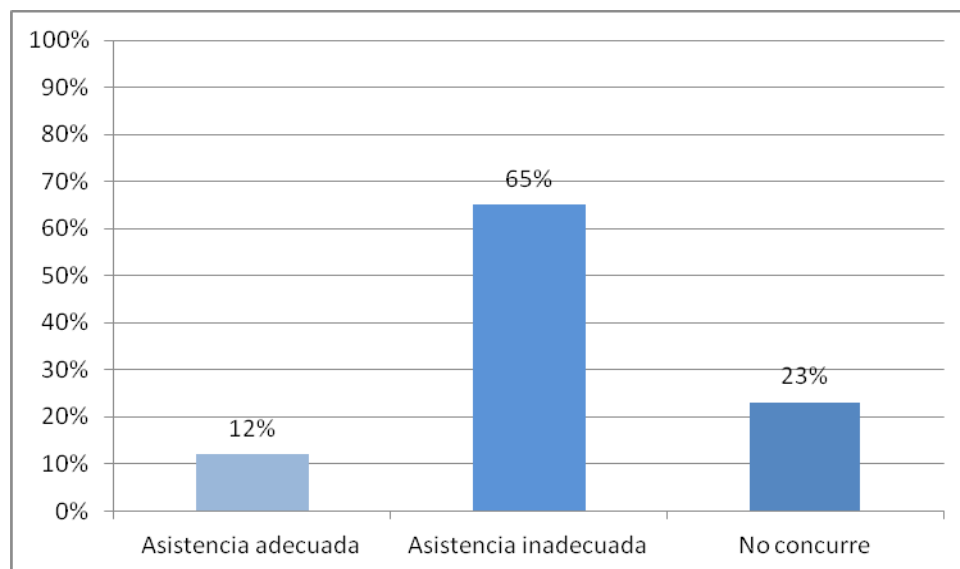
**Tabla N°15** Distribución de la población según concurrencia a nutricionista

CONCURRENCIA A NUTRICIONISTA	FA	FR	FR%
Asistencia adecuada	6	0,12	12%
Asistencia inadecuada	33	0,65	65%
No concurre	12	0,23	23%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

El 77% de los usuarios manifestó concurrir a control nutricional, de los que el 65% lo realizó únicamente en el momento del diagnóstico de la enfermedad y el 12% concurre una vez al año.

**Gráfica N° 13** Distribución de la población según concurrencia al nutricionista



Fuente: tabla N°15

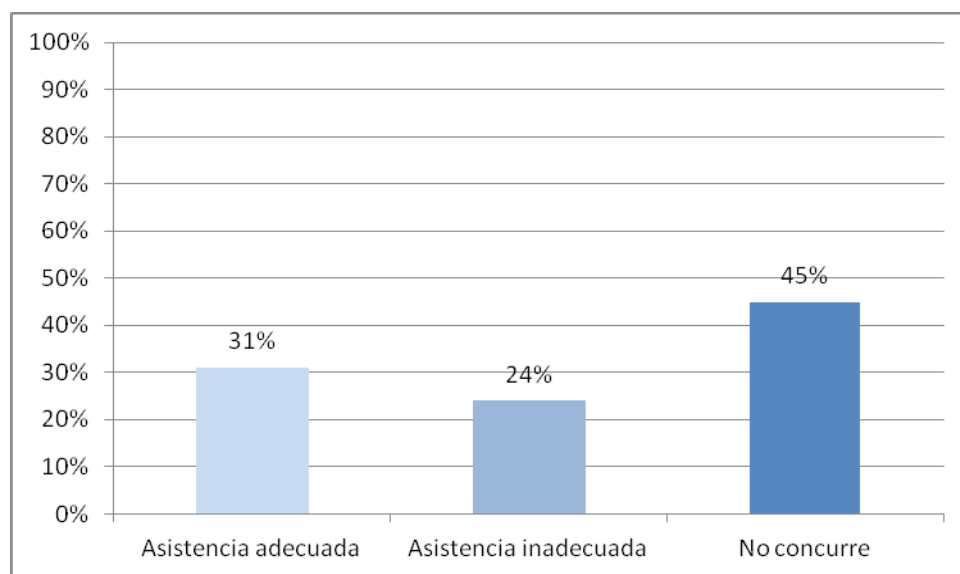
**Tabla N° 16** Distribución de la población según concurrencia a oftalmólogo

CONCURRENCIA A OFTALMOLOGO	FA	FR	FR%
Asistencia adecuada	16	0,31	31%
Asistencia inadecuada	12	0.24	24%
No concurre	23	0.45	45%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

En relación al control con Oftalmólogo, se evidenció que el 55% de los entrevistados concurre al mismo, de este porcentaje el 31% concurre de forma adecuada, una vez al año, mientras que el 24% asistió al diagnosticare la enfermedad.

**Grafica N° 14** Distribución de la población según concurrencia a oftalmólogo



Fuente: tabla N° 16

**Tabla N° 17** Distribución de la población según participación en grupo para diabéticos

PARTICIPACIÓN EN GRUPO PARA DIABÉTICOS	FA	FR	FR%
Participa	14	0.27	27%
No participa	37	0.73	73%
Total	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011



En cuanto a la variable Participación en grupo para diabéticos, el 27% de los usuarios concurre a algún grupo tales como: grupo para diabéticos y de Obesos-Diabéticos e Hipertensos, y el 73% no participa en ningún grupo.

**Tabla N°18** Distribucion de la población según si ha recibido la vacuna antineumococcica

INMUNIZACION ANTINEUMOCOCCICA	FA	FR	FR%
Posee	22	0,43	43%
No Posee	29	0,57	57%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 19** Distribucion de la población según presencia de vacuna doble bacteriana

INMUNIZACION DOBLE BACTERIANA	FA	FR	FR%
Posee	49	0,96	96%
No Posee	2	0,04	4%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 20** Distribucion de la población según presencia de vacuna antigripal

INMUNIZACION ANTIGRIPAL	FA	FR	FR%
Posee	28	0,56	56%
No Posee	23	0,44	44%
TOTAL	51	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

En lo que respecta a las inmunizaciones recomendadas por el M.S.P para los usuarios que presentan esta patología: el 43% cuenta con la vacuna Antineumococcica, el 96% presenta la vacuna Doble Bacteriana vigente y un 56% la vacuna Antigripal.

#### VARIABLES RELACIONADAS

**Tabla N° 21** Distribucion de la población según Familia extensa / cumplimiento con la alimentación adecuada

CUMPLIMIENTO CON LA ALIMENTACION	FA	FR	FR%
Cumple con la alimentación	1	0,33	33%
No Cumple con la alimentación	2	0,67	67%
TOTAL	3	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 22** Distribucion de la población según Familia extensa/ realización de ejercicio físico

REALIZACION DE EJERCICIO FISICO	FA	FR	FR%
Realiza Ejercicio Físico Adecuadamente	1	0.33	33%
Realiza Ejercicio Inadecuadamente	-	-	-
No Realiza	2	0.67	67%
TOTAL	3	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 23** Distribucion de la población según Familia extensa/ cumplimiento del tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FA	FR	FR%
Cumple con en Tto. Farmacológico	2	0,67	67%
No cumple con el Tto. Farmacológico	-	-	-
No Tiene Tto. Farmacológico	1	0,33	33%
TOTAL	3	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 24** Distribución de la población según Familia nuclear/cumplimiento con la alimentación adecuada

CUMPLIMIENTO CON LA ALIMENTACION	FA	FR	FR%
Cumple con la alimentación	23	0,74	74%
No Cumple con la alimentación	8	0,26	26%
TOTAL	31	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 25** Distribucion de la población según Familia nuclear/realización de ejercicio físico

REALIZACION DE EJERCICIO FISICO	FA	FR	FR%
Realiza Ejercicio Físico Adecuadamente	9	0.29	29%
Realiza Ejercicio Inadecuadamente	15	0.48	48%
No Realiza	7	0.23	23%
TOTAL	31	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 26** Distribución de la población según Familia nuclear/tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FA	FR	FR%
Cumple con en Tto. Farmacológico	25	0,81	81%
No cumple con el Tto. Farmacológico	-	-	-
No Tiene Tto. Farmacológico	6	0,19	19%
TOTAL	31	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

De los 51 usuarios encuestados, un solo usuario correspondió al tipo de familia nuclear numerosa; el mismo refirió cumplir con la alimentación adecuada y el tratamiento farmacológico indicado y no realizar ejercicio físico.

**Tabla N° 27** Familia nuclear ampliada/cumplimiento con la alimentación adecuada

CUMPLIMIENTO CON LA ALIMENTACION	FA	FR	FR%
Cumple con la alimentación	3	0,6	60%
No Cumple con la alimentación	2	0,40	40%
TOTAL	5	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 28** Distribución de la población según Familia nuclear ampliada / realización de ejercicio físico

REALIZACION DE EJERCICIO FISICO	FA	FR	FR%
Realiza Ejercicio Físico Adecuadamente	-	-	-
Realiza Ejercicio Inadecuadamente	2	0.4	40%
No Realiza	3	0.6	60%
TOTAL	5	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 29** Distribución de la población según Familia nuclear ampliada/tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FA	FR	FR%
Cumple con en Tto. Farmacológico	4	0,8	80%
No cumple con el Tto. Farmacológico	-	-	-
No Tiene Tto. Farmacológico	1	0,2	20%
TOTAL	5	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 30** Distribución de la población según Familia monoparental/ cumplimiento con la alimentación adecuada

CUMPLIMIENTO CON LA ALIMENTACION	FA	FR	FR%
Cumple con la alimentación	7	0,78	78%
No Cumple con la alimentación	2	0,22	22%
TOTAL	9	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 31** Distribución de la población según Familia monoparental/realización de ejercicio físico

REALIZACION DE EJERCICIO FISICO	FA	FR	FR%
Realiza Ejercicio Físico Adecuadamente	3	0.33	33%
Realiza Ejercicio Inadecuadamente	2	0.22	22%
No Realiza	4	0.45	45%
TOTAL	9	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 32** Distribución de la población según Familia monoparental/tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FA	FR	FR%
Cumple con en Tto. Farmacológico	8	0,89	89%
No cumple con el Tto. Farmacológico	-	-	-
No Tiene Tto. Farmacológico	1	0,11	11%
TOTAL	9	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 33** Distribución de la población según Equivalentes familiares/ cumplimiento de la alimentación adecuada

CUMPLIMIENTO CON LA ALIMENTACION	FA	FR	FR%
Cumple con la alimentación	2	1	100%
No Cumple con la alimentación	-	-	-
TOTAL	2	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 34** Distribución de la población según equivalentes familiares/ realización de ejercicio físico

REALIZACION DE EJERCICIO FISICO	FA	FR	FR%
Realiza Ejercicio Físico Adecuadamente	1	0.50	50%
Realiza Ejercicio Inadecuadamente	-	-	-
No Realiza	1	0.50	50%
TOTAL	2	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 35** Distribución de la población según Equivalentes familiares/tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FA	FR	FR%
Cumple con en Tto. Farmacológico	2	1	100%
No cumple con el Tto. Farmacológico	-	-	-
No Tiene Tto. Farmacológico	-	-	-
TOTAL	2	1	100%

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 36** Distribución de la población según edad/realización de ejercicio físico

Edad / actividad física	Adecuada	No adecuada	No realiza	Total
20 – 34 años	4	5	1	10
35 – 64 años	6	9	9	24
Más de 65 años	4	5	8	17
Total	14	19	18	51

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

**Tabla N° 37** Distribución de la población según tipo de ingreso económico/ cumplimiento de la alimentación

Tipo de ingreso económico/ cumplimiento de la alimentación	Cumple con la alimentación	No cumple con la alimentación	Total
Salario estable	36	13	49
Salario inestable	1	1	2
Beneficio social	-	-	-
Total	37	14	51

Fuente: entrevista realizada en el periodo del 30 de octubre al 9 de noviembre de 2011

## ANALISIS

El total de usuarios entrevistados para llevar a cabo este trabajo de investigación fue de 51, de los cuales un 67% fueron mujeres, con un rango etario promedio de 35-64 años. En referencia al nivel de instrucción, el mayor porcentaje corresponde a Secundaria Incompleta representado por un 27%. Con respecto a la situación laboral, el 46% son trabajadores estables.

El tipo de ingreso económico predominante en los hogares de los entrevistados es Salario Estable con un 96%.

Un 68% de los usuarios presentan diabetes tipo II.

En cuanto a la estructura familiar se observó que un 61% pertenecen a familias nucleares.

En referencia al tratamiento y al plan de cuidados que deben seguir los usuarios diabéticos, este tiene tres pilares fundamentales, se observó que el 65% de la población entrevistada para esta investigación considera que realiza actividad física, de los cuales el 42% la realiza 3 o más veces por semana durante un mínimo de 30 minutos lo cual es considerado adecuado; siendo el rango etario predominante el de 35-64 años con un 12%. En relación a la alimentación del usuario diabético, el 72% considera que cumple con la dieta indicada. Con respecto al tratamiento farmacológico 42 usuarios requieren del mismo, y el 100% cumple con este.

De acuerdo a los controles establecidos en el protocolo para el seguimiento del paciente diabético del M.S.P., en este trabajo las personas entrevistadas respondieron que asisten de manera adecuada al podólogo, un 57% concurre al odontólogo con la frecuencia acorde a lo pautado en el mencionado protocolo, el 53% no concurre al cardiólogo con la periodicidad recomendada, el 65% asiste de manera inadecuada al nutricionista, un 45% no concurre al control oftalmológico. La no asistencia a los controles antes mencionados puede estar asociada a factores externos del usuario y su familia como puede ser el funcionamiento del propio sistema de salud debido a que la gran demanda de usuarios supera los recursos humanos con los que cuenta el sistema.

Al realizar esta investigación, se trató de observar si la situación familiar está vinculada con el cumplimiento del tratamiento en nuestra población de estudio, para ello se relacionaron las diferentes variables utilizadas.



En lo que refiere a la composición familiar, se vio que en las familias monoparentales, que en nuestra población de estudio está representada por un 17%, el usuario diabético respondió tener una conducta favorable frente a su tratamiento, cumpliendo con la mayoría de los componentes establecidos en el protocolo de seguimiento de los usuarios diabéticos, exceptuando la realización de ejercicio físico.

Asimismo en los usuarios en los cuales su núcleo familiar está constituido por equivalentes familiares (4%) se observó un comportamiento similar, ya que el control que se encuentra en déficit es el cardiológico. Por otra parte los usuarios que pertenecen a familias nucleares (61%), familias extensas (6%), familias nucleares ampliadas (10%) y familias nucleares numerosas (2%) presentan un déficit en el mantenimiento de su salud ya que no llevan a cabo la mayoría de los controles.

Estos resultados difieren de los antecedentes existentes que este grupo consultó, en los cuales se afirma que en las familias nucleares, donde uno de sus integrantes es diabético existe un adecuado manejo del tratamiento por parte del usuario; en nuestra muestra de estudio se observó que no solo la estructura familiar influye en el adecuado manejo de la enfermedad sino que también existen diferentes factores externos a la familia que intervienen en el mismo, como pueden ser el sistema de salud y/o los ingresos económicos.

En lo que refiere al cumplimiento del régimen alimenticio, se notó que los mayores porcentajes del cumplimiento del mismo (70%), se encuentran en los usuarios que presentan salario estable. El 30% de los usuarios restantes manifestaron no cumplir con el régimen alimenticio debido al alto costo de los alimentos necesarios para llevar a cabo la alimentación del diabético, así como la dificultad de realizar las dietas prescritas por la nutricionista.

En esta investigación se vio que la familia es un pilar importante en el cumplimiento del tratamiento de las patologías crónicas. En nuestro estudio, en relación a la estructura familiar se ha visto que los usuarios con familias monoparentales en las cuales el núcleo familiar no es numeroso, cumplen de manera más eficaz con su tratamiento brindando el apoyo instrumental, afectivo y emocional necesario para un correcto manejo de su enfermedad.

## **CONCLUSIÓN**

Este trabajo de investigación permitió conocer el cumplimiento del tratamiento de la diabetes mellitus y su vinculación con la situación familiar.

En cuanto al tratamiento de la diabetes, en nuestra muestra de estudio, los resultados obtenidos evidenciaron un adecuado cumplimiento de los tres pilares fundamentales del mismo, como son la alimentación, la realización de ejercicio físico y el tratamiento farmacológico.

Cuando una familia afronta una patología crónica de uno de sus integrantes, no importa el número de personas que la conforman, sino la interacción existente entre la enfermedad y la familia; ya que ésta última puede influir tanto positiva como negativamente.

Por otra parte, los recursos económicos con los que cuenta la familia pueden condicionar el cumplimiento de parte del tratamiento, así como la existencia de factores externos a la familia que interfieren en el mismo.

Al finalizar la investigación podemos decir que la información obtenida en las entrevistas nos permitió conocer y alcanzar los objetivos planteados. La misma se pudo desarrollar con total satisfacción contando con el apoyo del servicio y de las tutoras.

Consideramos que este trabajo fue importante para nuestra formación tanto en lo que se refiere a la realización del trabajo de investigación, a la puesta en práctica de la Metodología de Investigación, como en lo referente a nuestro relacionamiento con el Servicio de Salud donde la realizamos, y en el vínculo y conocimiento con la población de estudio.

Los trabajos de Investigación Científica son fundamentales en el quehacer de la Licenciada en Enfermería, mediante el conocimiento de la realidad puede impulsar e implementar programas y diferentes estrategias para actuar sobre las diferentes situaciones para poder cambiarlas, mejorarlas, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida de las personas a quienes presta atención y cuidados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amoroso S, Ballesta S, Carpy M, Cesarco R, Lusin S, Pérez L, Petit L, Saborido A. Cáncer Impacto en la Dinámica Familiar. p. 229
- Brunner y Suddarth. Valoración y tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. En: Enfermería medico quirúrgica de Smeltzer. 8a ed. México: Interamericana Mc Graw-Hill; 1998.
- Castro V, Fabila K, Hermida V, Menta K. El envejecimiento exitoso y saludable. Convivencia familiar: descripción y correlación de los factores condicionantes, Montevideo: [s.n.]; 2005
- Dall'Oglio C, Flores C, Giménez M, Hein M, Pages B. Participación de la familia en los cuidados paliativos en el domicilio. Montevideo: [s.n.]; 2006.
- Donato S, Silva A, Tubin E. Factores de riesgos cardiovasculares modificables en adultos mayores. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2008.
- Irizabal L, Lopardo L, Meneses Y, Salvatore N, Vespa M. Composición y función de la familia del adulto mayor. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2008.
- Niz C, Otegui J. Una actualización al diagnóstico y tratamiento de diabetes. En: Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.
- RAP –ASSE. Diabetes mellitus tipo 2. En: Guía de intervenciones en el Primer Nivel de Atención. Montevideo: [s.n.]; 2010.
- Revilla L. ¿Qué es la familia? En: Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.
- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria

## Páginas Web

- ◆ Asociación de Academias de la lengua española. Diccionario de la Real Academia Española. 23<sup>a</sup>. ed. [Internet] España 2009. Disponible en: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=cultura](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura) [Consultado: 23 jun 2011]
- ◆ Ferrero R. Encuesta de prevalencia de diabetes en el Uruguay. Intramed [Internet] 2005; disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=36163> [Consultado: 19 abr 2011].
- ◆ Layerle B., Vignolo W. Corazón y diabetes. [Internet] 2005. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S079700482005000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S079700482005000100007&script=sci_arttext) [Consultado: 31 ago 2011].
- ◆ RAP –ASSE. Diabetes mellitus tipo 2. Guía de intervenciones en el Primer Nivel de Atención [Internet] 2010; 12. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2218,17211> [Consultado: 31 de agosto de 2011]

# **Anexos**

**Entrevista**

*Cumplimiento del tratamiento de los diabéticos y su vinculación a la Situación familiar*

<b>DATOS DEL USUARIO</b>	¿Qué edad tiene?	20 - 34 años 35 - 64 años Más de 65 años
	Sexo	Femenino Masculino
	¿Qué estudios cursados tiene?	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Terciaria incompleta Terciaria completa No estudio
	¿Qué actividad realiza?	Trabajo estable Trabajo inestable Desocupado Jubilado Pensionista
	¿Qué tipo de diabetes presenta?	Tipo 1- insulino dependiente Tipo 2- no insulino dependiente
<b>ASPECTOS FAMILIARES</b>	¿Cómo está formada su familia?	Padre Madre Cónyuge Hijo Otros .....
	¿Qué tipos de ingresos recibe su familia?	Salario estable Salario inestable Beneficio social

<b>TRATAMIENTO O</b>	¿Realiza actividad física?	<p>Si No</p> <p>En caso afirmativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 vez por semana</li> <li>- 2 veces por semana</li> <li>- 3 veces por semana</li> </ul>
	¿Considera que cumple con la alimentación indicada?	<p>Si ¿Qué alimentos consume?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>No ¿Por qué?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	¿Tiene tratamiento farmacológico indicado por su médico?	<p>Si No</p> <p>En caso afirmativo: ¿Considera que cumple con el mismo?</p> <p>1- Si ¿Qué medicación recibe?.....</p> <p>.....</p> <p>2- No ¿Por qué?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	¿Concurre a control con podólogo?	<p>Si concurre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)</li> <li>▪ Cada 3 - 4 meses</li> <li>▪ Anual</li> </ul> <p>No concurre</p>
	¿Concurre a control con odontólogo?	<p>Si concurre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anual</li> </ul> No concurre
	<b>¿Concurre a control con cardiólogo?</b>	Si concurre <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)</li> <li>▪ Anual</li> </ul> No concurre
	<b>¿Concurre a control con nutricionista?</b>	Si concurre <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)</li> <li>▪ Anual</li> </ul> No concurre
	<b>¿Participa en algún grupo para diabéticos?</b>	Participa en grupo para diabéticos No participa en grupo para diabéticos
	<b>¿Qué vacunas presenta?</b>	Antineumococcica Doble bacteriana Antigripal



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO**

Todas las preguntas serán contestadas marcando una cruz al lado de la respuesta obtenida por el usuario

Pregunta 1 ¿Qué edad tiene?: se procederá a marcar con una cruz la edad del usuario dependiendo del rango etario que corresponda.

Ejemplo: si el usuario responde *35 años* se marcará de la siguiente manera

- 20 – 34 años
- 35 – 64 años **X**
- Mayor de 65 años

Pregunta 2 Sexo: marcar la opción que el usuario indique con una cruz al lado del sexo teniendo dos opciones:

- Sexo femenino
- Sexo masculino

Pregunta 3 ¿Qué estudios cursados tiene?: marcar con una cruz al lado de la opción que indique el grado más elevado de estudios formales alcanzados por la persona dentro de las categorías:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciario incompleto
- Terciario completo
- No estudio

Pregunta 4 ¿Qué actividad realiza?: marcar con una cruz la opción que indique la actividad laboral que desempeña la persona.

Ejemplo: si la respuesta es *jubilado* se debe marcar de la siguiente manera

- Trabajo estable
- Trabajo inestable
- Desocupado
- Pensionista
- Jubilado **X**

Pregunta 5 ¿Cómo está formada su familia?: marcar con una cruz la opción indicada por la persona según con quien vive la persona, teniendo las siguientes opciones:

- Padre
- Madre
- Cónyuge
- Hijo
- Otros

Si la respuesta es OTROS se debe especificar qué relación tiene con la misma.

Pregunta 6 ¿Qué tipo de ingresos recibe su familia?: marcar con una cruz los recursos económicos que ingresan al grupo familiar, dentro de las siguientes opciones

- Salario inestable: en este se consideran los salarios que no son ingresos fijos todos los meses al hogar, por ejemplo, “changas”
- Salario estable: en este se consideran todos los salarios que ingresan de manera fija todos los meses al hogar, por ejemplo: jubilaciones, pensiones, sueldos.
- Beneficio social: se consideran a todo recurso económico y material que ingresa al hogar por parte del estado, dentro de los que se encuentran: canasta alimenticia, asignaciones familiares, plan de equidad, etc.

Pregunta 7 ¿Realiza actividad física?: se darán dos opciones:

- SI realiza ejercicio
- NO realiza ejercicio físico

En estas se debe marcar con una cruz en caso de que sea afirmativa o negativa la respuesta.

Si la respuesta es afirmativa se preguntara cuantas veces por semana se realiza el ejercicio físico, marcando con una cruz la opción señalada.

Pregunta 8 ¿Considera que cumple con la dieta indicada?: se darán dos opciones, de las cuales deberá ser marcada con una cruz la opción elegida por la persona; estas son:

- Considera que cumple con la alimentación indicada para su enfermedad.
- No considera que cumple con la alimentación indicada para su enfermedad.

En el caso de que el usuario responda que *SI considera que cumple con la alimentación indicada* se le preguntara que alimentos consume diariamente.

Si la respuesta es negativa o sea que *no cumple con la alimentación para su enfermedad* se indagara el porqué de su no cumplimiento.

Pregunta 9 ¿Tiene tratamiento farmacológico indicado por su médico?: se darán dos opciones las cuales son:

- Tiene tratamiento farmacológico
- No tiene tratamiento farmacológico

Se deberá marcar con una cruz la opción señalada por la persona.

En caso de que tenga tratamiento farmacológico, se procederá a preguntarle lo siguiente:

- Considera que cumple con el mismo,

En caso de que la respuesta sea afirmativa marcar con una cruz y se preguntara que medicamentos recibe, completando con el nombre de la medicación que el usuario refiera. Si la respuesta es negativa o sea que no cumple con el tratamiento farmacológico indicado se preguntara el porqué de su no cumplimiento, completando el espacio vacío con los motivos señalados.

Pregunta 10 ¿Concorre a control con podólogo?: marcar con una cruz la opción indicada por el usuario, dentro de las siguientes opciones:

- Si concorre a control
- No concorre a control

En caso de que si concorra a control marcar con una cruz la frecuencia con la que concorre, dentro de las siguientes opciones:

- Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
- Cada 3 – 4 meses
- Anual

Pregunta 11 ¿Concorre a control odontológico?: marcar con una cruz la opción indicada por la persona, dentro de las siguientes opciones:

- Si concorre
- No concorre

En caso de que la respuesta sea afirmativa se le preguntara la frecuencia con la que concorre, marcando con una cruz la opción señalada por la persona:

- Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
- Anual

Pregunta 12 ¿Concorre a control con cardiólogo?: macar con una cruz la opción señalada por el usuario, dentro de las siguientes opciones:

- Si concurre
- No concurre

En caso de que la respuesta sea afirmativa se le preguntara la frecuencia con la que concurre, marcando con una cruz la opción señalada:

- Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
- Anual

Pregunta 13 ¿Concurre a control con nutricionista?: marcar con una cruz la opción indicada por la persona, dentro de las siguientes opciones:

- Si concurre
- No concurre

Si la respuesta es afirmativa se le preguntara a la persona la frecuencia con la que concurre, marcando dentro de las siguientes opciones:

- Inicial (al diagnosticarse la enfermedad)
- Anual

Pregunta 14 ¿Participa en grupos para diabéticos?: marcar con una cruz la opción indicada por la persona, dentro de las siguientes opciones:

- Participa en grupo para diabéticos
- No participa en grupo para diabéticos

Se considera grupo para diabéticos a todo aquel que sea de apoyo o asesoramiento para los mismos. Por ejemplo: grupo de adulto mayor, grupo ODH (obesos- diabéticos- hipertensos).

Pregunta 15 ¿Qué vacunas presenta?: marcar con una cruz las vacunas que el usuario presente, dentro de las siguientes opciones:

- Antigripal
- Antineumococcica
- Doble bacteriana

**LEY N° 14.032 de 08/11/1971**

**Ley de Lucha Antidiabética**

El Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidas en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1°- En función de la incidencia de la diabetes sobre la población y su repercusión sanitaria, económica y social, se determinan las siguientes medidas destinadas a contemplar la situación de las personas que padezcan esta afección.

**Medidas Sanitarias**

Artículo 2°- El Ministerio de Salud Pública creará servicios especializados de diabetes en los hospitales de Montevideo y en los Centros Departamentales de Salud Pública del interior del país que puedan requerirlo.

Artículo 3° - Esos servicios tendrán a su cargo:

- a) Realizar el diagnóstico clínico-humoral en forma gratuita.
- b) Realizar tratamiento y control de la enfermedad en los diabéticos que carezcan de recursos o que paguen los aranceles que en forma especial y reducida, se fijen.
- c) Suministrar instrucción dietética y los elementos y conocimientos adecuados para el manejo de la insulina y reactivos, por los pacientes.
- d) Prestar asistencia social a los diabéticos.

Artículo 4°- El Ministerio de Salud Pública si no dispone de suficientes médicos diabetólogos podrá transformar cargos vacantes en número necesario para atender los servicios hospitalarios.

Artículo 5°- Los servicios de diabetes contarán con personal auxiliar capacitado: dietistas, enfermeras y asistentes sociales.

Artículo 6° - El Ministerio de Salud Pública dotará a la Comisión Honoraria Asesora de Diabetes del Ministerio de Salud Pública, de los elementos necesarios para la detección de la diabetes en todo el país y para el estudio de su prevalencia por medio de encuestas o censos.

**Disposiciones Sociales y Laborales**

Artículo 7° - La diabetes no constituirá, por sí sola, causal de inhabilitación para el ingreso o desempeño de tareas en organismos estatales, paraestatales o

privados, salvo el caso de que se presenten complicaciones graves que afecten la capacidad laboral.

Artículo 8° - El Ministerio de Salud Pública reglamentará los trabajos que no podrán ser realizados por diabéticos. Las Oficinas del Carnet de Salud de dicha Secretaría de Estado, expedirán la correspondiente constancia, cuando se den las circunstancias señaladas anteriormente.

Artículo 9° - Las personas diabéticas que han sido declaradas aptas para trabajar, no serán confirmadas en el cargo hasta dos años después de su designación. Se someterán al tratamiento indicado por su médico tratante, debiendo acreditar esa circunstancia en la forma y condiciones que se establezcan en la reglamentación.

Artículo 10° - A los efectos de usufructuar de los beneficios que establece la presente ley, la persona diabética deberá comprobar su calidad de tal, por intermedio del Carnet de Diabético expedido por el Ministerio de Salud Pública y sujeto en su forma y datos a lo que disponga la reglamentación pertinente.

Artículo 11° - El Instituto Nacional de Alimentación habilitará, en sus comedores, sectores para personas diabéticas con dietas especiales.

Artículo 12° - Las sociedades médicas de asistencia colectivizada, reglamentadas en su funcionamiento por el decreto ley No 10.384, de 13 de febrero de 1943, no podrá desafiliar a enfermos de diabetes, cualquiera sea la gravedad de su afección y ellos deberán gozar de todos los que brindan esas sociedades. A los efectos del contralor de lo dispuesto y de las sanciones por su incumplimiento, se estará a lo que disponen los artículos 5°, 6°, 7°, y 8° concordantes del decreto- ley antes mencionado.

Artículo 13° - Durante los períodos de racionamiento, veda, escasez o carencia de alimentos considerados indispensables en el régimen dietético de los enfermos de diabetes, según informe del Ministerio de Salud Pública tendrán prioridad en la adquisición de los mismos ante los organismos oficiales destinados a proporcionarlos, previa presentación, del Carnet a que se hace referencia en el artículo 10 de la presente ley.

Artículo 14° - El Ministerio de Salud Pública apoyará la labor de la "Asociación de Diabéticos del Uruguay" y coordinará con ella la difusión de conocimientos y las medidas de lucha contra la diabetes.

Artículo 15° - El Ministerio de Salud Pública, con sus recursos propios contribuirá a los gastos que demande el funcionamiento de la Comisión Honoraria Asesora de Diabetes.

Artículo 16° - La reglamentación de esta ley será hecha por el Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento de la Comisión Honoraria Asesora de Diabetes, dependiente de dicha Secretaría de Estado.

Artículo 17° - Comuníquese.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 6 de octubre de 1971.

## **NORMAS ETICAS**

En primera instancia se solicitará a Directora de La RAP-ASSE Dra. Alicia Sosa la autorización institucional para la realización del estudio y recolección de los datos en el Centro de Salud. Luego de concedida la autorización, nos presentaremos al Servicio, dando conocer el trabajo a realizar, exponiendo la metodología para la recolección de los datos la cual será a través de un cuestionario realizado a usuarios con patología diabética que asistan a dicho centro de salud.

RRHH:

El grupo investigador se dividirá en 2 subgrupos, cubriendo el periodo establecido en el turno de la mañana dividiendo los días a conveniencia del equipo.

Proceso:

Luego de realizada la recolección de datos se procederá a su tabulación y análisis de la información.



**Anexo 5**

**DIAGRAMA DE GANTT**

Mes	Mar. 201 1	Abril · 201 0	Mayo · 2011	Jun. 2011	Jul. 2011	Ago. 2011	Set. 2011	Oct. 2011	Nov. 2011	Dic. 201 1
<b>Actividades</b>										
Presentación del Programa Tesis por Cátedra Comunitaria										
Revisión Bibliográfica.										
Determinación del problema a abordar										
Reunión de Grupo de investigación										
Recolección de información, datos estadísticos										
Planteamiento de los objetivos										
Elaboración del marco conceptual										

