

Conversando con diabéticos

Talking with diabetics

Marta Isabel Villamil Díaz

Enfermera, C.S. Cudillero. Asturias.

Juan Rubio Domínguez

Técnico de Salud Pública. Área Sanitaria III. Avilés. Asturias

Manuscrito recibido: 12-02-2013

Manuscrito aceptado: 13-05-2013

Cómo citar este documento

Villamil Díaz MI, Rubio Domínguez J. Conversando con diabéticos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Sep; 1 (3): 37-50.

Resumen

Los profesionales de la enfermería, dedican a diario mucho tiempo en el abordaje de personas diagnosticadas de Diabetes Mellitus. Esto lleva a buscar nuevos abordajes de esta patología y otras formas de educación sanitaria. La diabetes es una enfermedad crónica que requiere unos autocuidados complejos. Los profesionales de la salud, y en concreto los enfermeros, debemos ayudar a los diabéticos a asumir la responsabilidad de su autocuidado, y las consecuencias que se derivan del mismo.

En el presente trabajo pretendemos valorar en qué medida una intervención de educación grupal en mapas de conversación, contribuye a la mejora de conocimientos previos sobre la enfermedad.

Para ello se seleccionó un grupo de pacientes a los que se administró el cuestionario en diabetes ECODI de Bueno & col. previamente y con posterioridad a la intervención grupal.

El método "*mapas de conversación en diabetes*", el protagonista en las sesiones de grupo es el paciente y la enfermera dirige la conversación acerca de diferentes temas sobre la diabetes que van apareciendo en los mapas. Se intenta con ello ampliar conocimientos, resolver dudas, promover cambios de actitud, y buscar la toma de decisiones y objetivos personales. Es decir, mejorar el autocontrol.

Los resultados mostraron una mejora significativa en los conocimientos sobre su enfermedad tras el trabajo en grupo, si bien ya contaban con un nivel elevado previo.,

Para el profesional fue muy positivo permitir objetivar y resolver deficiencias en algunos conocimientos, gestionar óptimamente el tiempo dedicado a la diabetes al acompañar y reforzar al paciente en los cambios abordados.

Por lo tanto, la educación grupal parece ser un planteamiento interesante para mejorar los conocimientos adquiridos en la consulta individual.

Palabras clave

Diabetes mellitus, educación a pacientes, autocuidados, enfermería comunitaria.

Abstract

Diabetes Mellitus is a chronic disease to whose patients nursing devotes very long periods of time. This fact leads us to search for other forms of education and new ways of approaching this disease together with patients.

Diabetes is a chronic disease which entails complex self-caring. Health professionals, and nursing specifically, should help them assuming the responsibility of their self-caring and the consequences derived from it.

In this work, we aim to value to which extent an educational group intervention within conversation maps contributes to improve their knowledge on the illness.

In order to achieve that, the questionnaire in diabetes ECODI of Bueno & col. was distributed to a group of patients before and after the group intervention.

With the "*diabetes conversation maps*" method, the patient becomes the protagonist in group sessions and the nurse only leads the conversation on various subjects about diabetes which will be appearing in the form of maps. The goal is to expand their knowledge, answer their questions, promote changes in their attitude, encourage the decision-making and achieve personal goals. That is, to improve their self-control.

The results indicate a significant improvement on the knowledge about the illness after the group session, although they already had a fine previous knowledge.

From a professional point of view, it was very positive to help them objectify and resolve lacks in certain understandings, optimize the management of time devoted to diabetes supporting and reinforcing the changes that this entails.

Keywords

Diabetes Mellitus, patient education, self-caring, community health nursing.

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta al metabolismo de los hidratos de carbono. Esta enfermedad, aunque sobradamente conocida, ha pasado a ser uno de los problemas más importantes de salud pública a los que se enfrenta la sociedad actual.

La prevalencia de la diabetes tipo II se incrementa en las últimas décadas de forma explosiva, alcanzando ya a niños y adolescentes.

Según la OMS¹, en el mundo hay 347 millones de diabéticos, por lo que esta enfermedad, se esta convirtiendo en una epidemia mundial, relacionada con el aumento del sobrepeso y la obesidad así como de la inactividad física.

En España ,contamos con datos recientes gracias al Estudio di@bet.es², iniciativa conjunta de CIBERDEM, la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la disuelta Federación Española de Diabetes (FED), que nació con el objetivo de proporcionar un conocimiento exhaustivo de la epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en nuestro país mediante una encuesta de salud entre 2008-2010.

Los resultados del Estudio di@bet sitúan la prevalencia total de diabetes de tipo 2 (diabetes mellitus) en el 13,8%, de ellos un 7,8 % era ya conocida y un 6% no conocida, lo que supone 5.301.314 personas, afectadas, según datos presentados en Octubre de 2010.

El estudio ha aportado también información sobre el grado de adherencia de los pacientes a los programas de salud^{3,4}. La educación sanitaria es fundamental en el tratamiento de la diabetes y de la obesidad, así como otras enfermedades crónicas. A pesar de que existen programas de educación sanitaria en las personas con diabetes para que mejoren sus hábitos de salud y hagan ejercicio, que pierdan peso o que dejen de fumar, el estudio señala que la mayoría de personas con diabetes tipo 2 no los modifican en proporción diferente a las personas no diabéticas. Así, la proporción de fumadores es similar que en la población no diabética con similar edad y sexo a pesar de que los programas de educación incluyen el dejar de fumar como uno de sus objetivos. A pesar de que la obesidad es mayor en las personas con diabetes (el 50%), la proporción de personas que no manifiestan preocupación por su sobrepeso es similar a los no diabéticos. Asimismo, las personas con diabetes hacen ejercicio con menos frecuencia.

En Asturias, en el año 2009, según los datos de la Encuesta de salud⁵ la prevalencia de diabetes declarada es un total de 5,4 %, siendo del 6,5% entre la población de 45 - 64 años.

En cuanto a Educación para la Salud (EPS) Grupal o Individual en Diabetes Mellitus una revisión sistemática⁶, muestra su importancia como parte del tratamiento del diabético y que la educación grupal es más eficiente que la individual. Los programas de EPS grupal producen un impacto favorable en los indicadores como glucemia, TA, peso, colesterol, hábitos alimentarios y actividad física. Esta educación debe de ser continuada a lo largo del tiempo y no ser un acto puntual. Las enfermedades crónicas, en general necesitan de refuerzos continuados a lo largo del tiempo, muchos pacientes se ven desbordados por su enfermedad y claudican, otros al no ver o sentir claramente los signos y síntomas de su enfermedad, obvian las medidas preventivas y de control de su enfermedad, ofertadas por los sanitarios. Por lo tanto una educación esporádica solo puede tener un beneficio a corto plazo y no a medio y largo plazo. Sería necesario un programa educativo estructurado, con una buena captación de los pacientes y una evaluación y seguimiento adecuados a lo largo del tiempo.

Parece demostrado en la citada revisión sistemática, la importancia de la motivación tanto de los pacientes, como la de los profesionales. Para motivar un cambio hacia unas actitudes y estilo de vida adecuados en un paciente, el profesional sanitario debería ser el primero en estarlo ya que, así será capaz de transmitir valores positivos hacia el cambio, más allá de la transmisión del conocimiento.

El adiestramiento adecuado en nuevos métodos educativos en salud , valoración, entrevista clínica y habilidades de comunicación son fundamentales para el profesional para crear una relación terapéutica donde se puedan producir cambios y mejoras en los estilos de vida de los pacientes.

Lo ideal es que ambos enfoques, en consulta y grupal, sean complementarios ya que en esta revisión parece concluirse que tras el diagnóstico de la enfermedad, hay que comenzar con una educación individual, y cuando el paciente tenga un mínimo de conocimientos y habilidades, complementarla con la educación grupal. El aprendizaje en grupo liderado por una persona experta, hace que exista una interacción positiva interpersonal entre los miembros del grupo, que incrementa la cohesión grupal, la autoestima, y facilita un auto concepto más positivo. Los miembros del grupo tienen conocimientos similares, comparten proyectos y experiencias adaptando sus puntos de vista; se ayudan en la búsqueda de soluciones haciendo surgir motivaciones e intereses comunes⁶.

Finalmente en estos trabajos revisados⁶, observan que la EPS grupal es más eficiente en DM tipo 1 que en los tipo 2, esto puede ser debido a la motivación de los pacientes. Los diabéticos tipo 1 padecen desde el comienzo de su enfermedad los signos y síntomas que en

ocasiones pueden originar complicaciones agudas que se resuelven con un adecuado adiestramiento y conocimiento. La edad media del debut de la Diabetes tipo 1, y el nivel cultural también influye.

Los “*mapas de conversación en diabetes*”⁷ constituyen un método novedoso de trabajo en grupo. Partiendo de imágenes de un poster o “mapa”, colocado sobre una mesa, los participantes van tratando distintos temas relacionados con la diabetes dirigidos minimamente por el profesional, quien sólo orienta la conversación. La implicación del paciente es muy alta, ya que, no solo ve la representación gráfica, lee los contenidos o escucha al profesional si no que además conversa con otras personas con las que intercambia informaciones y experiencias. Ellos son el centro y el alma de la sesión.

El adiestramiento adecuado en nuevos métodos educativos en salud, valoración, entrevista clínica y habilidades de comunicación son fundamentales para el profesional para crear una relación terapéutica donde se puedan producir cambios y mejoras en los estilos de vida de los pacientes.

Su objetivo es fomentar la auto-responsabilidad e implicación de los pacientes diabéticos en su enfermedad favoreciendo la ganancia de conocimientos y el cambio de actitudes necesarios para mejorar el auto-control, así como, brindarles la posibilidad de hablar de sus sentimientos respecto a la diabetes.

No se han encontrado referencias de estudios realizados sobre la educación con mapas de conversación en Atención Primaria.

Con todos estos datos, en un Equipo de Atención Primaria en Cudillero-Asturias que atiende a una población de 5106 personas, con cuatro cupos médicos, nos planteamos valorar en qué medida esta forma de educación grupal protocolizada, donde la participación del paciente es el centro, supondría una mejora de conocimientos de las personas con diabetes, respecto a los que ya tenían previamente por su asistencia a la consulta individual. Todo ello para mejorar el autocontrol, fomentando en los pacientes un compromiso en acciones beneficiosas para su salud, al reflexionar juntos con otros iguales y con el profesional. Es decir, que se sintieran capaces de decidir e intervenir sobre factores importantes acerca del control de su enfermedad.

Objetivos

Estudiar el impacto que tiene en los conocimientos de los pacientes diabéticos una intervención grupal mediante “*mapas de conversación*”.

Desarrollo

1. Metodología

Diseño: Estudio cuasi experimental tipo antes/después sin grupo control.

2. Muestra

Dentro de un Centro de Salud rural, uno de los cupos médicos cuenta con 1455 pacientes de los cuales 77 tienen un diagnóstico de diabetes, lo que supone una prevalencia del 5,86% de la población mayor de 14 años

Se seleccionó, por muestreo intencional a 16 pacientes diabéticos pertenecientes a una consulta de enfermería de Atención Primaria que acudían regularmente a la consulta y que mediante valoración subjetiva del el profesional tenían conocimientos y habilidades sobre su enfermedad pero con necesidades de refuerzo en autocontrol, ya que delegaban esta responsabilidad, en cuanto a cambios o toma de decisiones, en los profesionales sanitarios.

3. Criterios de inclusión

- Diagnóstico de diabetes Tipo I o II tras educación en consulta individual.
- Capacidad suficiente para leer a nivel de primaria.
- Sin alteraciones incapacitantes de oído, vista y expresión oral.
- Necesidad percibida de motivación y refuerzo de educación en consulta individual.
- Compromiso de asistencia a las sesiones.

4. Características del grupo

Los grupos no son homogéneos, en edad, nivel de instrucción, tipo de diabetes, tiempo de diagnóstico ni tratamiento, como recomienda este método de trabajo. Es importante que los grupos sean heterogéneos, porque diferentes estadios de la enfermedad y vivencias, por edad, evolución...etc. enriquecen mucho la visión de los pacientes sobre su patología.

- Las edades oscilaban entre 29 y 70 años.
- El nivel de instrucción era desde básico hasta bachiller.
- La enfermedad, diabetes tipo I y II.
- El tratamiento, insulino dependiente, con ADOS y mixto.
- Tiempo desde el diagnóstico, entre 5 y 30 años.

5. Metodología

Se dividieron en dos grupos de ocho personas, ya que el máximo recomendado por grupo es de diez y el mínimo de tres, tanto por espacio en torno a la mesa como para que todos participen. Podían acudir familiares.

Las sesiones impartidas a cada grupo, en el Centro de Salud, fueron cuatro, una sesión semanal de grupo de dos horas de duración con un mapa de conversación y una más, complementaria, con un taller sobre pie diabético.

El método utilizado en las sesiones fue: "*Mapas de conversación en diabetes*", desarrollados por Healthy Interaccions con el asesoramiento de la Federación Internacional de diabetes.

El material consta de 4 láminas de 1 x 1,5 m. con imágenes en color, acompañadas de fichas con preguntas, mitos, cifras, etc. que permiten desarrollar y profundizar diferentes temas:

- **Mapa 1.** "*Vivir con diabetes*".

Visión global de la diabetes, tipos, cifras, mitos, sentimientos y emociones que la rodean.

- **Mapa 2.** "*Como funciona la diabetes*".

Fisiopatología de la diabetes, tratamiento, autoanálisis y complicaciones

- **Mapa 3.** "*Alimentación sana y mantenerse en forma*".

Retos y barreras para cambiar el estilo de vida, Hábitos saludables y una alimentación sana.

- **Mapa 4.** "*Comenzar el tratamiento con insulina*".

Bases del tratamiento con insulina, porque y cuando es necesaria, tipos y acción, zonas de inyección y complicaciones.

Cada sesión se estructura conforme a:

- 1. Componente visual.**

La lámina, de 1x 1,5 m. correspondiente al tema tratar, se coloca sobre una mesa alrededor de la cual se sientan los asistentes, centran su atención sobre ella y avanzan al ir conversando.

- 2. Preguntas para la conversación.**

Se incluyen en la guía del formador y sirven como instrucciones para cada sesión.

- 3. Fichas para conversación.**

Se usan para aportar información adicional y ayudan a los participantes involucrarse en el proceso (al leerlas, colocarlas,...)

El formador se sirve de los materiales para orientar la conversación entre los pacientes pero su papel no es el de orador.

- 6. Variables y recogida de datos**

Al inicio y al final del trabajo con cada grupo se administró una selección de 20 preguntas del Cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la Diabetes) de Bueno y col. y tres preguntas de satisfacción con el curso de elaboración propia-**Anexo 1**-

A partir de este cuestionario valoramos conocimientos sobre: insulina, cifras de glucemia, complicaciones, (hiperglucemia e hipoglucemia, síntomas y causas), cuidados y problemas del pie, alimentación adecuada y ejercicio.

7. Análisis de los datos

Se realiza un análisis descriptivo univariante mediante medias y desviación típica para variables cuantitativas y distribuciones porcentuales para variables cualitativas utilizando la estimación por intervalos de confianza al 95% de la diferencia de la media de conocimientos antes y después de la intervención.

8. Resultados

En los resultados del cuestionario previo al trabajo en grupo vemos que los participantes presentaban un nivel de conocimientos bastante aceptable con una media de respuestas correctas de $14,80 \pm 3,2$, situándose el percentil 25 P(25) del número de preguntas acertadas en 12, el P(50) en 15 y el P(75) en 18. (**Tablas 1 y 3**).

Estos eran los conocimientos previos adquiridos por la educación individual en consulta y de su experiencia particular.

Los resultados del mismo cuestionario administrado después del trabajo en grupo, fueron de una mejoría significativa, con una media de aciertos de $17,93 \pm 0,79$, tras la intervención (**Tablas 2 y 3**) siendo el Intervalo de Confianza de la diferencia de la media de aciertos antes y después de (-4,82 a -1,45).

Tabla 1: Respuestas correctas en cuestionario previo al trabajo en grupo

NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
10	1	6,7	6,7
11	2	13,3	20,0
12	1	6,7	26,7
13	3	20,0	46,7
15	2	13,3	60,0
16	1	6,7	66,7
17	1	6,7	73,3
18	1	6,7	80,0
19	2	13,3	93,3
20	1	6,7	100,0
TOTAL	15	100,0	

Tabla 2: Respuestas correctas en cuestionario posterior al trabajo en grupo

NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
17	5	33,3	33,3
18	6	40,0	73,3
19	4	26,7	100,0
TOTAL	15	100,0	

Tabla 3: Media de respuestas acertadas en test previo y posterior al trabajo en grupo

	MEDIA	DESV. TÍP	MÁXIMO	MÍNIMO	I.C. DE LA DIFERENCIA DE ACIERTOS
TEST PREVIO	14,80	3,256	20	10	- 4,82 a -1,45
TEST POSTERIOR	17,93	0,799	19	17	

I.C.: Intervalo de confianza al 95%

Se analizan las preguntas por grupos de conocimientos y en el cuestionario previo a la intervención, se encuentran los siguientes resultados:

- Todos saben que es importante analizarse la sangre para saber la glucemia.
- No todos identifican la insulina como una hormona segregada por el páncreas, sino como un medicamento.
- Muchos no saben o no recuerdan sus últimas cifras de glucemia, HbA1, colesterol,...ni cuál es la cifra ideal.
- Se reconocen bien los síntomas de hipoglucemia, pero no los de hiperglucemia, incluso la palabra les es extraña.
- Todos saben lo que hay que hacer ante una hipoglucemia pero no lo tienen claro si es ante una hiperglucemia.
- Sobre dieta y ejercicio tienen las cosas claras, lo mismo que en los cuidados de los pies.

De estos datos se deduce, que en la consulta individual conocimientos sobre los que se ha profundizado más son, hipoglucemia, dieta, ejercicio y pies. Y menos, hiperglucemia, cifras personales, insulina y medicación.

En el cuestionario post-intervención, habían mejorado en general y especialmente en conocimiento sobre cifras normales de glucemia y HbA1 y síntomas de hiperglucemia.

La satisfacción de los participantes resultó muy alta, según el cuestionario, reconociendo todos ellos haber aprendido cosas muy útiles y que el profesor explicó con claridad, verbalizando sobre todo sobre el beneficio de expresar sus sentimientos, sus dudas y también, sus conocimientos o experiencias, al asesorar a los demás. Aportando como sugerencia la realización periódica de sesiones de grupo.

9. Conclusiones

Este método está basado en una forma de educación socrática donde, al plantear preguntas a los pacientes, ellos mismos en grupo, encuentran la respuesta. Así, los conocimientos adquiridos son mayores y se aplican después, en la vida diaria. Los consejos o soluciones vienen de personas iguales a ellos con experiencias y problemas similares. Todo ello hace que el aprendizaje sea muy satisfactorio y útil, tanto para el paciente como para la enfermera y muy diferente de la consulta individual donde uno es receptor de los conocimientos de un experto y otro responsable de transmitir esos conocimientos, pero no desde un nivel de iguales.

El plantearse objetivos propios llevará en algunos casos a un cambio de comportamiento y toma de decisiones y como mínimo a un compromiso de iniciarlo, a un punto de partida.

A pesar de que, como se ha explicado, el nivel de conocimientos de los participantes ya era bastante bueno, resultó importante el trabajo de grupo ya que los objetivos van más allá de esta simple adquisición de conceptos en diabetes. Se pretende modificar actitudes, mejorar el autocuidado y el afrontamiento, con la repercusión que esto tenga sobre un control adecuado de la enfermedad, sin embargo esto es más difícil de valorar y sobre todo, de mantener en el tiempo.

Concluimos que, la satisfacción manifestada por los participantes, los lazos de apoyo creados entre ellos y con el profesional, son un estímulo para seguir trabajando día a día.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Dña. Concha Fernández González que desde la Dirección de Enfermería apoyó siempre la realización de este proyecto de educación en diabetes.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la diabetes. [sede web]. Noviembre de 2012 [acceso el 25 noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/index.html>.
2. C. Marcuello A., L. Calle-Pascual, M. Fuentes, et al., "Evaluation of Health-Related Quality of Life according to Carbohydrate Metabolism Status: A Spanish Population-Based Study (Di@bet.es Study),"International Journal of Endocrinology, vol. 2012, Article ID 872305, 6 pages, 2012. doi:10.1155/2012/872305- Disponible en: http://ciberdem.org/estudio_diabetes.php.
3. Vidal Rodríguez, M. Prevalencia de la diabetes en España: Estudio di@bet.es Dossier de prensa 12/04/2011. Gestión del conocimiento y Comunicación. CIBERDEM. [sede web]. [acceso el 25 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ciberdem.org>
4. Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas. [sede web]. [acceso 25 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://ciberdem.org/estudio_diabetes.php.
5. Ministerio de sanidad y consumo. [sede web]. Estrategia en Diabetes del sistema nacional de salud.2009. [acceso el 12 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/>.
6. González Bustillo, M^a Begoña; Ballesteros Alvaro, Antonio Manuel; Otero López, M^a Carmen; Sánchez Gómez, María Begoña; Duarte Clíments, Gonzalo. Educación para la Salud Grupal o Individual en Diabetes Mellitus. Revisión sistemática. Evidentia. 2009 jul-sep; 6(27). [acceso el 10 de Febrero de 2011].Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2710.php>.
7. Lilly Conversaciones sobre diabetes. Lilly Profesional sanitario. [sede web]. Actualizacion enero de 2013. [acceso el 8 de enero de 2013]. Disponible en: <https://www.lillypro.es/diabetes/nurses/aula-de-formacion/conversaciones-sobre-diabetes-1>

8. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de TheCochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [acceso 12 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
9. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM van, Assendelft WJJ. Intervenciones para mejorar el tratamiento de la diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria, pacientes ambulatorios y la comunidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [acceso 12 febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Valk GD, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ. Educación de los pacientes para la prevención de la ulceración del pie diabético (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Acceso 12 febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Intervenciones para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [acceso 12 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

10. Anexo I

Cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la Diabetes) de Bueno y col.

Atención Primaria 1993; 11: 344-349.

1. La insulina es:
 - a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
 - b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
 - c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
 - d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre son:
 - a) 30-180.
 - b) 70-140.
 - c) 120-170.
 - d) No sabe/no contesta.

3. Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito..., ¿qué cree que le ocurre?
 - a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
 - b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
 - c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
 - d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa] en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por:
 - a) Demasiada insulina.
 - b) Demasiada comida.
 - c) Demasiado ejercicio.
 - d) No sabe/no contesta.

5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones..., ¿qué cree que le ocurre?
 - a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
 - b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
 - c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
 - d) No sabe/no contesta.

6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:
 - a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
 - b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
 - c) Poco ejercicio.
 - d) No sabe/no contesta.

7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?
 - a) Tres: desayuno, comida y cena.
 - b) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - c) Comer siempre que tenga hambre.
 - d) No sabe/no contesta.

8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?
 - a) Carne y verduras.
 - b) Refrescos y bollerías.
 - c) Legumbres (p. ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. ej.: macarrones).
 - d) No sabe/no contesta.

9. ¿De cuál de estos alimentos puede comer pero no debe abusar el diabético?
 - a) Carne y verduras.
 - b) Refrescos y bollería.
 - c) Legumbres y pastas alimenticias.
 - d) No sabe/no contesta.

10. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:
 - a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
 - b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
 - c) No satisfacer el apetito.
 - d) No sabe/no contesta.

11. Una buena fuente de fibra es:
 - a) Carne.
 - b) Verdura.
 - c) Yogurt.
 - d) No sabe/no contesta.

12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben :
 - a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
 - b) Seguir bien la dieta.
 - c) Inyectarse insulina.
 - d) No sabe/no contesta.

13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?
 - a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
 - b) El peso apropiado favorece la estética ("la buena figura").
 - c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
 - d) No sabe/no contesta.

14. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted :
- Está prohibida.
 - Es beneficiosa.
 - No tiene importancia.
 - No sabe/no contesta.
15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?
- Los fines de semana o cuando tenga tiempo.
 - Todos los días, de forma regular, tras una comida.
 - Sólo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
 - No sabe/no contesta.
16. Con el ejercicio físico:
- Sube el azúcar (o glucosa) en sangre.
 - Baja el azúcar (o glucosa) en sangre.
 - No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.
 - No sabe/no contesta.
17. El ejercicio es importante en la diabetes porque:
- Fortalece la musculatura.
 - Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
 - Disminuye el efecto de la insulina.
 - No sabe/no contesta.
18. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:
- Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
 - Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
 - Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
 - No sabe/no contesta.
19. ¿Cada cuánto tiempo debe lavarse los pies?
- Una vez al día.
 - Cuando se bañe o duche.
 - Cuando le suden o huelan.
 - No sabe/no contesta.
20. ¿Cada cuánto tiempo debe revisarse sus pies, mirándose la planta y entre sus dedos?
- Todos los días.
 - Una vez a la semana.
 - Cuando se acuerde.
 - No sabe/no contesta.
21. ¿Qué debe hacer si le aparece un callo o lesión en el pie?
- Ir a la farmacia a comprar algún producto que lo cure.
 - Consultarlo con su médico o enfermera.
 - Curarlo con lo que tenga por casa.
 - No sabe/no contesta.

22. ¿Por qué es tan importante para un buen control de la diabetes tener su boca en buen estado y hacerse revisiones periódicas al dentista?
- Para evitar infecciones que pueden ser causa de un mal control del azúcar (o glucosa).
 - Para masticar mejor los alimentos y hacer mejor la digestión.
 - Para evitar el mal aliento.
 - No sabe/no contesta.
23. Lo más importante en el control de la diabetes es :
- No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
 - Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
 - Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
 - No sabe/no contesta.
24. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando :
- El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
 - El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.
 - La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
 - No sabe/no contesta.
25. ¿Por qué es tan importante saber analizarse la sangre después de obtenerla pinchándose un dedo?
- Porque sabrá el azúcar (o glucosa) que tiene en sangre en ese momento.
 - Porque es más fácil que en la orina.
 - Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día.
 - No sabe/no contesta.
1. Los contenidos del curso le han sido útiles para conseguir un mejor control sobre su diabetes :
- Muy útiles, he aprendido muchas cosas para mejorar el autocontrol
 - Útiles he aprendido alguna cosa nueva.
 - Poco útil, eran todo cosas que ya conocía.
 - Nada útil me interesarían otras cosas.
2. La educadora explico con claridad e hizo motivadoras las sesiones:
- Sí, totalmente de acuerdo.
 - No, nada de acuerdo.
3. Explique que le ha gustado más y sobre que otros temas le interesarían :
