

127



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**"LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO CRITERIO DE CALIDAD.
PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y DEL USUARIO CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES."**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA

VAZQUEZ MIRANDA GUADALUPE

No De cuenta: 9658914-4

DIRECTORA:

M.C.E. ANGÉLICA RAMÍREZ ELIAS

México, D. F.

2002

**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACIÓN
DISCONTINUA



ASESOR ACADÉMICO

M.C.E. ANGELICA RAMIREZ ELÍAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Dr. Juan Ramón De La Fuente
RECTOR**

**Lic. Enrique Del Vial Blanco
SECRETARIO GENERAL**

**Mto. Daniel Barrera Pérez
SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

**Dr. Jaime Martuscelli Quintana
SECRETARIO DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA**

**Dra. Arcelia Quintana Adriano
ABOGADO GENERAL**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**Lic. Susana Salas Segura
DIRECTORA**

**Lic. Catalina Quesada Fox
SECRETARIA GENERAL**

**Lic. Genaro Gómez Pinzón
SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

**Lic. Cristina Muggenburg
SECRETARIA TÉCNICA DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN E INFORMACIÓN**

**Lic. Rosa A. Zarate Grajales.
SECRETARIO AUXILIAR**

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de un tema, es parte del desenvolvimiento integral de todo profesional, meta que refleja el proceso de formación académico, trabajo colectivo e individual.

En primer lugar dirijo mi agradecimiento con admiración y respeto a la Directora del trabajo por su enseñanza, paciencia, tiempo y dedicación que me brindo para poder realizar una de mi más grandes metas. La M. C. E. Angélica Ramírez Elías de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

De la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. A los profesores, compañeros y amigas que formaron parte de mi desarrollo profesional.

Del Hospital General Tacuba del ISSSTE. A la Dra. Lourdes Scheffler Hulet. Directora de la institución, Al Dr. Emilio Montes Núñez, Coordinador de Enseñanza e investigación, a la E.A. Irma E. Torres Torres, Jefe de Enfermeras, a la Coordinadora. L.E.O. Concepción Rodríguez Malagón, así como a todo el personal que labora en la institución, que hizo posible la realización de la investigación.

En mi ámbito personal

A mi madre Elvira y a mi abuelita Sofía con especial cariño por su gran apoyo y comprensión, así como a mi tutor el Prof. Poblano, a mis hermanos, primos y familiares.

A la Familia Bedolla Enríquez por ese apoyo incondicional. Con especial cariño a Uriel como pareja y amigo, por haber depositado en mi su confianza, comprensión y paciencia en todo este tiempo.

DEDICATORIAS

A mi madre, abuelita, hermanos y familiares con gratitud, admiración y respeto.

A mis profesores, compañeros y amigas Patricia, Mónica, Gabriela, Araceli, Rosalva, Alma y Vicky. A sí como a Uriel Bedolla con especial cariño por ese apoyo y comprensión incondicional.

A futuras generaciones de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, con la finalidad de impulsar la realización de investigación en enfermería, que conlleve al desenvolvimiento y crecimiento de la profesión.

Al Hospital General Tacuba del ISSSTE.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1. Antecedentes del problema	
2. Planteamiento del problema	
3. Justificación de la investigación	
4. Objetivos de la investigación.	
II. MARCO TEÓRICO.....	11
5. COMPONENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	
5.1 Desarrollo histórico	
5.2 Concepto	
5.3 Objetivos	
5.4 Importancia	
5.5 Agentes y campos de aplicación	
5.6 Comunicación y educación para la salud.	
5.6.1 Concepto de comunicación	
5.6.2 Elementos de la comunicación	
5.6.3 Funciones de la comunicación	
5.6.4 Tipos de comunicación	
5.7 Efectividad y Eficacia en la comunicación	
5.8 Factores que entorpecen una comunicación eficaz	
5.9 Comunicación terapéutica	
5.10 Proceso enseñanza-aprendizaje	
5.11 La didáctica, herramienta en la educación para la salud	
5.12 Los recursos didácticos como apoyo en el proceso enseñanza-aprendizaje	
6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD APLICADO AL USUARIO CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES	
6.1 Generalidades de la Diabetes Mellitus	
6.2 Concepto de Diabetes	
6.3 Síntomas	
6.4 Clasificación	
6.5 Patogenia	
6.6 Diagnóstico	
6.7 Complicaciones	
6.8 Tratamiento	

- 6.9 Lo que el usuario con diabetes debe saber
- 6.10 El educador, sobre diabetes
- 6.11 Los profesionales de la salud y su participación en la educación del usuario
- 6.12 El papel docente de la enfermera
 - 6.12.1 Concepto de docencia
 - 6.12.2 Propósitos de la docencia.
 - 6.12.3 La práctica docente en enfermería.
- 6.13 La educación del usuario hospitalizado.
- 6.14 El usuario diabético en la consulta externa.

7. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN

- 7.1 Panorama general de la educación para la salud.
- 7.2 Concepto general de calidad.
- 7.3 La calidad en la atención de la salud
- 7.4 Lo que los usuarios perciben y lo que esperan.
- 7.5. La calidad de los servicios
- 7.6 La calidad de atención percepción del usuario.
- 7.7 La calidad de atención desde la perspectiva de enfermería.

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....68

8. Hipótesis de trabajo

9. Variables

- 9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
- 9.2 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

10. TIPO DE INVESTIGACIÓN

11. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

12. CAMPO DE INVESTIGACIÓN

- 12.1 Universo de trabajo
- 12.2 Población
- 12.3 Tamaño de la muestra

13. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- 13.1 Criterios de inclusión
- 13.2 Criterios de exclusión
- 13.3 Criterios de eliminación

14. METODO

- 14.1 Instrumento

15. ANÁLISIS

16. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

17. SELECCIÓN DE MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

IV. PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	80
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	190
18. Conclusiones	
19. Sugerencias	
VI. ANEXOS.....	195
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	203

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

Pág.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE ENFERMERIA

1. Edad del personal de enfermería (cuadro)	82
1. Edad del personal de enfermería (gráfica)	83
2. Categoría del personal de enfermería (cuadro)	84
2. Categoría del personal de enfermería (gráfica)	85
3. Turno laboral del personal de enfermería (cuadro)	86
3. Turno laboral del personal de enfermería (gráfica)	87
4. Respuesta acertada y errónea del personal de enfermería en relación al conocimiento de diabetes (cuadro)	88
4. Respuesta acertada y errónea del personal de enfermería en relación al conocimiento de diabetes (gráfica)	89
5. Tono de voz del personal de enfermería cuando habla con el usuario (cuadro)	90
5. Tono de voz del personal de enfermería cuando habla con el usuario (gráfica)	91
6. Obstáculos en la comunicación de enfermería (cuadro)	92
6. Obstáculos en la comunicación de enfermería (gráfica)	93
7. R.D. con los que cuenta la institución (cuadro)	94
7. R.D. con los que cuenta la institución (gráfica)	95
8. Existencia de R.D. en los servicios de enfermería (cuadro)	96
8. Existencia de R.D. en los servicios de enfermería (gráfica)	97
9. Utilización de R.D. por parte del personal de enfermería (cuadro)	98
9. Utilización de R.D. por parte del personal de enfermería (gráfica)	99
10. Disponibilidad de la institución para proporcionar los R.D. (cuadro)	100
10. Disponibilidad de la institución para proporcionar los R.D. (gráfica)	101
11. R.D. con los que se le facilita a enfermería proporcionar EPS (cuadro)	102
11. R.D. con los que se le facilita a enfermería proporcionar EPS (gráfica)	103
12. Tiempo que dedica enfermería en su turno para proporcionar EPS (cuadro)	104
12. Tiempo que dedica enfermería en su turno para proporcionar EPS (gráfica)	105

	VIII
13. Según, enfermería los usuarios no son los únicos a quienes atiende (cuadro)	106
13. Según, enfermería los usuarios no son los únicos a quienes atiende (gráfica)	107
14. Los usuarios no deben molestarse por el tiempo de espera (cuadro)	108
14. Los usuarios no deben molestarse por el tiempo de espera (gráfica)	109
15. Los usuarios dependen de los cuidados de enfermería (cuadro)	110
15. Los usuarios dependen de los cuidados de enfermería (gráfica)	111
16. Educación como actividad prioritaria en el usuario diabético (cuadro)	112
16. Educación como actividad prioritaria en el usuario diabético (gráfica)	113
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.	
17. Edad y sexo del usuario con diagnóstico de diabetes (cuadro)	115
17. Edad y sexo del usuario con diagnóstico de diabetes (gráfica)	116
18. Escolaridad del usuario (cuadro)	117
18. Escolaridad del usuario (gráfica)	118
19. Tiempo de padecer diabetes (cuadro)	119
19. Tiempo de padecer diabetes (gráfica)	120
20. Conocimiento de diabetes para el autocuidado (cuadro)	121
20. Conocimiento de diabetes para el autocuidado (gráfica)	122
21. Agente que reconoce como educador (cuadro)	123
21. Agente que reconoce como educador (gráfica)	124
22. Reincidencia hospitalaria por complicaciones de la diabetes (cuadro)	125
22. Reincidencia hospitalaria por complicaciones de la diabetes (gráfica)	126
23. Opinión del usuario acerca de la existencia de R.D. en la institución (cuadro)	127
23. Opinión del usuario acerca de la existencia de R.D. en la institución (gráfica)	128
24. El usuario ha recibido algún R.D. acerca de diabetes (cuadro)	129
24. El usuario ha recibido algún R.D. acerca de diabetes (gráfica)	130
25. Respuestas del usuario respecto al interés de enfermería por conseguir los R.D.(cuadro)	131
25. Respuestas del usuario respecto al interés de enfermería por conseguir los R.D (gráfica)	132

26. R.D. que considera debe haber en la institución (cuadro)	133
26. R.D. que considera debe haber en la institución (gráfica)	134
27. R.D. con los cuales se le facilita a prender sobre diabetes (cuadro)	135
27.R.D. con los cuales se le facilita aprender sobre diabetes (gráfica)	136
28. El usuario se molesta cuando enfermería no acude al llamado (cuadro)	137
28. El usuario se molesta cuando enfermería no acude al llamado (gráfica)	138
29. Enfermería acude al llamado del usuario (cuadro)	139
29. Enfermería acude al llamado del usuario (gráfica)	140
30. El usuario es paciente cuando enfermería no acude al llamado (cuadro)	141
30. El usuario es paciente cuando enfermería no acude al llamado (gráfica)	142
31. Diabetes, enfermedad imposibilitante para las actividades cotidianas (cuadro)	143
31. Diabetes, enfermedad imposibilitante para las act .cotidianas (gráfica)	144
32. Interés del usuario por el cuidado de su salud (cuadro)	145
32. interés del usuario por el cuidado de su salud (gráfica)	146
33. El control de la diabetes conlleva a una vida normal (cuadro)	147
33. El control de la diabetes conlleva a una vida normal (gráfica)	148
34. Enfermería, profesional capacitado para brindar cuidados (cuadro)	149
34. Enfermería, profesional capacitado para brindar cuidados (gráfica)	150
35. Diabetes, enfermedad complicada de entender (cuadro)	151
35. Diabetes, enfermedad complicada de entender (gráfica)	152
36. Las prácticas educativas que brinda enfermería, pérdida de tiempo (cuadro)	153
36. Las prácticas educativas que brinda enfermería, pérdida de tiempo (gráfica)	154
37. Tiempo suficiente que dedicó enfermería en dar educación (cuadro)	155
37. Tiempo suficiente que dedicó enfermería en dar educación (gráfica)	156
38. Trato que recibe el usuario por parte del personal de la institución (cuadro)	157
38. Trato que recibe el usuario por parte del personal de la institución (gráfica)	158
CONTRASTE DE VARIABLES.	
39. El personal de enfermería se presenta con el usuario (cuadro)	159
39. El personal de enfermería se presenta con el usuario (gráfica)	160

40. El personal de enfermería saluda al usuario (cuadro)	161
40. El personal de enfermería saluda al usuario (gráfica)	162
41. El personal de enfermería llama al usuario por su nombre (cuadro)	163
41. El personal de enfermería llama al usuario por su nombre (gráfica)	164
42. El personal de enfermería es amable con el usuario (cuadro)	165
42. El personal de enfermería es amable con el usuario (gráfica)	166
43. La información que brinda enfermería es clara y entendible (cuadro)	167
43. La información que brinda enfermería es clara y entendible (gráfica)	168
44. El personal de enfermería sonríe cuando conversa con el usuario (cuadro)	169
44. El personal de enfermería sonríe cuando conversa con el usuario (gráfica)	170
45. El uso de R.D. favorece el aprendizaje de los usuarios (cuadro)	171
45. El uso de R.D. favorece el aprendizaje de los usuarios (gráfica)	172
46. R.D. que utiliza enfermería en la EPS (cuadro)	173
46. R:D que utiliza enfermería en la EPS (gráfica)	174
47. El personal de enfermería debe dar EPS (cuadro)	175
47. El personal de enfermería debe dar EPS (gráfica)	176
48. La EPS del usuario trae consigo disminución de complicaciones (cuadro)	177
48 La EPS en el usuario trae consigo disminución de complicaciones (gráfica)	178
49. Enfermería muestra interés porque el usuario aprenda a cuidarse (cuadro)	179
49. Enfermería muestra interés porque el usuario aprenda a cuidarse (gráfica)	180
50. Cuidados de enfermería, indispensables para mejorar la salud (cuadro)	181
50. Cuidados de enfermería, indispensables para mejorar la salud (gráfica)	182
51. Atención al momento versus, Flexibilidad del usuario (cuadro)	183
51. Atención al momento versus, Flexibilidad del usuario (gráfica)	184
52 . Opinión del usuario, acerca de la institución. (cuadro)	185
52. Opinión del usuario, acerca de la institución (gráfica)	186
53. Opinión del personal de enfermería, respecto a proporcionar educación a los usuarios con diabetes en la institución hospitalaria. (cuadro)	187
53. Opinión del personal de enfermería, respecto a proporcionar educación a los usuarios con diabetes en la institución hospitalaria. (Gráfica)	188
TABLA DE CORRELACIÓN DE VARIABLES	189

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo conocer la percepción del personal de enfermería y del usuario con diagnóstico de diabetes, acerca de la Educación Para la Salud, como criterio de calidad, para tal estudio se tomaron en cuenta variables como: edad, conocimiento, recursos didácticos, comunicación en el usuario y el personal de enfermería así como la escolaridad y categoría, por lo tanto se realizaron dos encuestas, una dirigida al personal de enfermería y la otra a los usuarios del Hospital General. Tacuba del ISSSTE.

El estudio de estas variables permite conocer la percepción que tiene el personal de enfermería y el usuario en relación a la Educación para la Salud como criterio de Calidad, considerando que en padecimientos crónico-degenerativos, la educación forma parte de la calidad de atención y es la piedra angular en el tratamiento.

A nivel mundial la Diabetes Mellitus (DM) constituye un problema de salud pública, debido a su gran frecuencia con que se presenta ya que conlleva una serie de complicaciones agudas y crónicas que derivan en mayor morbilidad y mortalidad.

En México para 1997, la mortalidad por DM en la población general era de 38/100,000 habitantes ocupando así el 3er. Lugar de mortalidad, la importancia radica en que anualmente se detectan 100,000 casos nuevos, sin contar aquellos que pasan desapercibidos; sin duda alguna estas cifras irán en aumento y consigo una gran cantidad de usuarios con necesidad de ser atendidos de manera oportuna y eficaz, creando así la urgencia de contar con profesionales de la salud capacitados y comprometidos en satisfacer las necesidades de la población demandante del servicio, y en donde el profesional de enfermería forma parte trascendental dentro de las prácticas educativas.

La investigación está integrada por cinco capítulos con la finalidad de facilitar su lectura y comprensión por el lector.

En el primer capítulo, se da a conocer la fundamentación del tema de investigación, considerando, los antecedentes, el planteamiento del problema, justificación y objetivos de la investigación.

El segundo capítulo, comprende el marco teórico que sustenta la investigación, en el cuál se desarrolla el conocimiento teórico referente a las variables de estudio, éste capítulo esta dividido en tres subcapítulos, el primero se refiere a los componentes de la Educación para la Salud, en el segundo se muestra un panorama general de la Educación para la Salud en el usuario con diagnóstico de diabetes, y por último se engloba el aspecto de la Educación para la salud y la Calidad de atención.

Dentro del capítulo tres se establece la metodología de la investigación, que comprende la hipótesis, variables, tipo de investigación, cuestiones éticas de la investigación, campo de la investigación, criterios de selección, el método, instrumento, análisis, organización de la investigación, así como la selección de métodos, técnicas e instrumentos de la investigación.

El capítulo cuatro corresponde a la presentación y descripción de los resultados obtenidos de la investigación, mostrando así la percepción del personal de enfermería y del usuario en relación a la Educación para la salud como criterio de calidad.

Las conclusiones y sugerencias corresponden al capítulo cinco. Considerando que forman parte de la culminación de la investigación, las conclusiones son el resultado del análisis global obtenido a través de la investigación, lo que da lugar a las diferentes propuestas, encaminadas al mejoramiento de la situación actual de la institución.

I. FUNDAMENTACIÓN

DEL TEMA

DE INVESTIGACIÓN

1. ANTECEDENTES

Mejorar la calidad de la atención a la salud es un objetivo prioritario de quienes aceptan la responsabilidad de formular y aplicar una política de salud, y es por otra parte un compromiso político explícito en el programa de salud.

En una situación de crisis, el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria tiene precio, lo que necesariamente implica frenar el crecimiento de los costos, y ello sólo es posible mejorando la eficiencia de la gestión de los recursos asistenciales que es, a corto plazo, el auténtico reto.

Creemos que el nivel de calidad de una asistencia hospitalaria, prestada a un cliente determinado, con su específico problema de salud, viene dado por el grado en el que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiéndose por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse al usuario.

Dicho prototipo de calidad tiene varios componentes o atributos, no solamente el correspondiente a la atención médica, igualmente el grado de satisfacción logrado por el usuario, respecto de la asistencia que se le ha prestado, es componente importante para mejorar la calidad.

En el año de 1951 Makover formulo un criterio para evaluar la calidad de la asistencia hospitalaria en forma de dos acciones concretas: una dirigida hacia el análisis de la estructura que soporta el funcionamiento del hospital (normas, organización, procesos administrativos, recursos económicos); otra acción dirigida al análisis del proceso mismo de la atención concebido éste como el producto final que debe ofrecer el hospital.

En el año de 1955 Sheps formula una estrategia basada en 4 acciones:

- Análisis de las condiciones previas, en cuyo seno se asienta todo el proceso asistencial.
- Análisis y evaluaciones clínicas sobre las cuestiones científicas y técnicas de la asistencia prestada.
- Análisis y evaluación de los elementos de desempeño médico.
- Análisis y evaluación de los efectos producidos por la atención prestada al usuario.

En el año de 1966 Donabedian formula su conocida estrategia de evaluación de calidad basada en:

- Análisis de la calidad de los medios (estructura)
- Análisis de la calidad de los métodos (proceso)
- Análisis de la calidad de estos resultados alcanzados (resultado)

En 1968 Vehezkel Dror. Formula su estrategia para la evaluación de la calidad, basada en 5 puntos:

- Análisis de los médicos (inputs)
- Análisis de la organización (estructura)
- Análisis de los métodos (proceso)
- Análisis de los servicios prestado (producto nominal)
- Análisis de los resultados (producto real)

En 1970 de Geyno't establece una estrategia de evaluación de la calidad basada también en 5 puntos.

- Estructura
- Contenido
- Proceso
- Resultado
- Impacto

En 1971 Williamson fomula una estrategia, basándola en 2 acciones concretas.

- Proceso
- Estructura.

Pero la estrategia vigente y apropiada en la actualidad es la formulada por Donabedian.

En 1989 se desarrollo un instrumento de medición de calidad total de los centros de salud, basado en formulación de Donabedian y complementado con el esquema completo de la teoría de sistema (entrada) dicho instrumento ha demostrado en su aplicación en el área de Segovia, un excelente procedimiento administrativo para uso de los centros de salud y de área de salud.

Una vez planteados los aspectos relevantes referentes a calidad, es primordial, considerar que es parte de la calidad de atención, los cuidados que brinda el profesional de enfermería. El cuidado involucra una serie de aspectos dentro de los cuales, la educación forma parte principal en la atención del individuo, de hecho hoy en día las prácticas educativas han tomado mucha importancia, en aquellas enfermedades cuya atención esta basada en la educación de los usuarios, tal es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, en donde su evolución avanza de forma progresiva, desequilibrando así todo el organismo de la persona, por lo tanto en la medida en que el profesional de enfermería implemente prácticas educativas a los usuarios, éstos tendrán los conocimientos básicos para poder vivir dignamente con la enfermedad. Como se sabe la finalidad de la educación para la salud es dotar a los usuarios de los conocimientos necesarios para el cuidado de su salud, dando lugar a una vida plena y con la posibilidad de ser autosuficientes dentro del medio en el que viven.

Se sabe que se han hecho estudios a nivel internacional, acerca de los conocimientos que tiene el personal de enfermería en lo que respecta a la diabetes mellitus. Tal es el caso de Scherderich, Freibaum y Perkson, que en 1983 realizaron una investigación acerca del conocimiento que tenían las enfermeras en lo que se refiere a diabetes mellitus,

encontrando límites para poder desarrollar su investigación por la porción tan grande de su muestra.

Castaño en 1988 dirigió un meta-análisis en los efectos de las intervenciones educativas en la diabetes mellitus, y le dio seguimiento por dos años. Los resultados obtenidos apoyaron el hecho de que educando al usuario se mejora la salud de éste.

En el estado de Monterrey N.L. se realizó un estudio denominado Impacto de la educación otorgada por enfermería en el cuidado del paciente diabético, realizado por Claudia Vargas y Cols., en donde el objetivo planteado era determinar el impacto de la educación otorgada por enfermería en el cuidado del paciente diabético en la UMF No 28, y los resultados arrojados mostraron que existe un impacto positivo con la educación otorgada por enfermería.

Respecto a la calidad de atención, Sandoval Espinosa y Cols., realizaron un estudio en la zona médica No 4 desde la percepción de enfermería, en donde el objetivo era identificar los componentes de la calidad en que el personal de enfermería ubica la atención, los resultados de tal estudio mostraron que el personal de enfermería ubica la calidad de atención en el componente estructura.

Existe una evaluación de la calidad de atención de la asistencia al paciente diabético en América Latina, cuyo objetivo es hacer un diagnóstico preliminar de la calidad de la atención que reciben las personas con Diabetes Mellitus en centros tributarios de la red Qualibian, el cual analiza el potencial de esta información y la importancia de la expansión de la red de América Latina y el Caribe, en este estudio los resultados mostraron la necesidad de mejorar la calidad de atención al paciente diabético.

En una investigación acerca de un programa de educación diabetológica para mejorar el control glucémico del paciente diabético, realizado por Joseph Franch Nadal en Barcelona, el objetivo era comparar el control metabólico de la diabetes en pacientes que siguieron un programa específico de educación respecto a los que reciben los cuidados habituales, los resultados mostraron que con un programa intensivo de control y educación por parte de profesionales en coordinación con médicos generales endocrinólogos puede ayudar a mejorar el control glucémico de los pacientes diabéticos.

En otra investigación denominado Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México, perspectiva de los usuarios, realizado por la Lic. En Enf. Teresita J. y Cols., cuyo objetivo era describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en México y analizar su relación con algunas características predisponente y habilitados de la población. Los resultados de este estudio sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional y determina la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de atención.

Lo anterior muestra que existen varios estudios realizados acerca de la calidad de atención y diabetes, datos que han servido como pauta para la realización de nuevas investigaciones, con la finalidad de conocer aspectos relevantes en la atención del usuario

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La educación de los usuarios es necesaria, tanto en enfermedades agudas, como en las crónicas, pero es indispensable más en éstos últimos, debido a que para su control requieren de un tratamiento complejo y de larga duración, tal es el caso de la diabetes mellitus en donde, "la colaboración activa del usuario en la asistencia médica que se le presta es un requisito importante para un tratamiento óptimo e influye de forma marcada en la evolución de la enfermedad y en el resultado del tratamiento. (Caja, 1985)

La diabetes mellitus (DM), es una enfermedad que se ha extendido por todo el mundo, según cifras estadísticas, afecta 2-5 % de toda la población, causando un gran número de enfermedades cardiovasculares, ceguera, así como una gran cantidad de trasplantes renales, es la causa del 75% de las amputaciones no traumáticas en miembros inferiores, por lo que es reconocida como problema de salud pública, su prevalencia aumenta cada día más, ocasionando un porcentaje, significativo de morbimortalidad.

En México se estima que el número de casos nuevos diagnosticado es de 798,000. El 10.6% de todos los mexicanoamericanos tiene diabetes.

Sin duda alguna estas cifras seguirán acrecentado, lo que dará como consecuencia, disminución de la esperanza de vida de la población afectada, sino tomamos cartas en el asunto, con el objeto de prevenir, diagnosticar y controlar de la mejor manera tal enfermedad.

El diagnóstico de la DM, lleva implícito un pronóstico de incurabilidad más no de mortalidad, por tanto entre más conozca el usuario acerca de su enfermedad y de su manejo terapéutico, mayor será la probabilidad de vivir en las mejores condiciones. De ahí la importancia de educar al usuario diabético, considerada ésta como actividad de gran utilidad tanto en el área de prevención primaria (prevención de la enfermedad), como en el área secundaria (Diagnóstico y tratamiento oportuno), y en donde el tratamiento involucra una serie de aspectos significativos y no únicamente la prescripción de una receta médica. Por todo ello, las instituciones de asistencia médica tienen la responsabilidad de realizar acciones encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud, satisfaciendo así las necesidades del usuario demandante del servicio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de asistencia sanitaria es "Asegurar que cada usuario reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una asistencia sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del usuario, del servicio médico y logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". (Varo, 1993). Sumada a ésta definición tenemos que el objetivo de los servicios sanitarios, es satisfacer las necesidades del usuario, a quién se brinda el servicio, por lo tanto si la calidad de atención tiene como finalidad satisfacer las necesidades del usuario, puede decirse entonces que al proporcionar educación al usuario diabético, se están cubriendo necesidades básicas en el cuidado de su salud.

Educar al usuario es tarea difícil, por lo que se requiere de paciencia y de una labor constante de todo el profesional de salud. Dentro del cual, el profesional de enfermería es

quién tiene la función principal en la educación, por sus conocimientos científicos y por su estrecha relación que mantiene con el usuario y su familia.

Uno de los mayores avances de la última década, es la puesta en práctica del dicho de que el usuario diabético, bien instruido consigue los mejores resultados a largo plazo, disminuyendo así, la probabilidad de morbilidad aguda o crónica y en el mejor de los casos, disfrutando de una vida plena y completa.

En el Hospital General Tacuba del ISSSTE, dentro de las primeras causas de consulta y de mortalidad por complicación, se encuentra la Diabetes Mellitus. Este hecho y las propias características de la enfermedad, permiten y al mismo tiempo obligan a reflexionar al profesional de enfermería, acerca de la necesidad de realizar medidas educativas tendientes a prevenir, controlar y mantener en las mejores condiciones la salud de la población afectada, favoreciendo por un lado al usuario; evitando complicaciones, invalidez y muertes prematuras y por otro lado a la institución; disminuyendo costos en el tratamiento, complicaciones, y reingreso hospitalario, dónde según datos proporcionados por la American Diabetes Association, tenemos que el gasto por tratamiento de diabetes es de \$98 billones (1997), el costo por médico es de \$44 billones y el costo generado por incapacidad y mortalidad prematura es de \$54 billones.

Lo que hace pensar en el gasto excesivo que genera tal padecimiento y al mismo tiempo reflexionar de tal situación. Quizás interrogándonos ¿Qué es más caro educar o curar?.

Conscientes de la importancia que genera el proporcionar Educación Para la Salud (EPS) en usuarios con Diabetes Mellitus, y considerando la situación actual del Hospital General de Tacuba surge el siguiente planteamiento.

¿Cuál es la percepción del usuario diabético y del personal de enfermería en lo que respecta a Educación para la Salud como Criterio de Calidad?

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica porque:

El usuario diabético es un individuo, que a pesar de su enfermedad, puede mostrar capacidad suficiente para realizar las actividades de la vida diaria con autosuficiencia y libertad, esto es factible si mantiene un control adecuado sobre su enfermedad. Este es el objetivo hacia el cual deben dirigirse las actividades de los profesionales de la salud, su consecución le permitirán llevar una vida plena y saludable.

Si todos nos detenemos a pensar que en nuestro país el número de usuarios con diabetes, diagnosticados por año es de 798,000 se comprende de inmediato la necesidad de dirigir los esfuerzos y habilidades profesionales hacia esta población. Por otro lado si observamos a nuestro alrededor a las personas que asisten aún acto público, seguro que encontraríamos ininidad de personas diabéticas, muchas de ellas a pesar de contar con un diagnóstico y de seguir un tratamiento, están recibiendo cuidados inadecuados que no les permiten mantener el control de su enfermedad. Por esta razón la población afectada demanda los servicios de profesionales de salud altamente capacitados, dentro del cual destaca la participación del profesional de enfermería. La enfermera es el profesional de salud que tiene más ocasiones de contacto con el usuario y quién permanece más tiempo a su lado, y estando dentro de la institución de asistencia hospitalaria, debería asegurar la continuidad de los cuidados, educando en todo momento al usuario diabético.

Es importante tener presente que sea cual fuere la especialidad de enfermería en la que preste sus servicios no puede ignorar padecimientos importantes en el usuario, como los crónico-degenerativos y en donde actualmente se insiste más en la prevención y educación que en el tratamiento episódico, por esta razón los profesionales de salud, están cada vez más implicados en la educación para la salud de estos usuarios.

Se considera relevante que el profesional de enfermería asuma como tal la importancia que trae consigo el proporcionar educación, a todo aquel usuario que requiera de sus servicios y cuya meta debiera estar enfocada a satisfacer las necesidades de éste; y por consiguiente brindar calidad de atención.

Teniendo en cuenta que el compromiso de toda institución hospitalaria, es rebasar las expectativas del usuario que acude a la institución. La presente investigación pretende conocer la perspectiva del usuario diabético y del personal de enfermería, acerca de la Educación para la Salud, como criterio de calidad, así como la importancia que genera la educación en el usuario diabético, datos que servirán para proponer posibles alternativas de solución, tendientes a mejorar la atención que brinda actualmente el Hospital General Tacuba del ISSSTE.

Tomando en cuenta que la opinión que tenga el usuario acerca de los servicios y la atención recibida, es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y por consiguiente la imagen de la institución.

4. OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar la perspectiva del usuario diabético y del personal de enfermería, en lo que respecta a Educación para la Salud como criterio de calidad.

ESPECÍFICOS:

- Conocer la percepción del usuario diabético y del personal de enfermería como prestador de servicio, en lo que respecta a la Educación para la Salud como criterio de calidad.
- Dar a conocer la perspectiva que existe de Educación para la Salud como criterio de calidad en el usuario y en el personal de enfermería como prestador del servicio.
- Contar con un instrumento que evalúe la percepción del usuario y del personal de enfermería, respecto a la Educación para la Salud como criterio de calidad.
- Proponer posibles alternativas de solución de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación tendientes a mejorar la situación actual de la institución.

II. MARCO

TEORICO

5. COMPONENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

5.1 DESARROLLO HISTÓRICO

Desde tiempos remotos el hombre a través de sus propias experiencias, ha diferenciado lo que le causa daño y lo que es benéfico para su vida cotidiana, aspectos que le han permitido sobrevivir; un ejemplo es el conocimiento de las plantas y los animales con los que se alimentaba, así como el tipo de agua que no debía beber y el tipo de hierbas a utilizar para curarse, conocimiento primitivo que más tarde adquirió un carácter de tipo mágico-religioso; dando pauta a las creencias de que todo lo que le pasaba era ocasionado por un ser supremo, como en el caso de las inclemencias del tiempo, que creían, era el resultado de su buen o mal comportamiento, de castigo o bendición de un Dios, pensamiento que fue remplazado por una relación inicial causa-efecto, en donde los preceptos de educación fueron más racionales, puesto que para entonces se concebía la idea de que cada problema de salud de un individuo era causado por un hecho externo, apartir de entonces La educación Para la salud (EPS) creció a pasos agigantados en forma paralela al progreso de la medicina, teniendo un ligero estancamiento en la Edad Media, posteriormente retomando su auge con los experimentos de siglos posteriores, hasta llegar a ser científica con el desarrollo de la bacteriología y la epidemiología en el siglo pasado.

Este siglo es considerado por algunos autores el Siglo de la Higiene y la Prevención, la educación, es parte importante de las mismas, de ahí que se ha venido desarrollando hasta constituirse como disciplina.

Por el estado actual de crisis de los países a nivel mundial, no sólo de los países subdesarrollados, sino también de aquellos que se encuentran en un marco de un mejor estado de desarrollo, es de esperarse que la Educación para la salud "se constituya en un generador del cambio para salir de la crisis, si aceptamos que los problemas de salud globalmente, en su mayoría son prevenibles por el comportamiento favorable del hombre consigo mismo, con los demás y con el ambiente que lo rodea" (Blanco, 1997)

5.2 CONCEPTO

El concepto enunciado por el Manual de normas de educación para la salud. (Secretaría de Salubridad Dirección General de Educación para la Salud, 1980) considera que la Educación para la salud puede ser enfocada desde diferentes ámbitos: como proceso, como disciplina o conducta.

- ❖ Como disciplina científica, la Educación para la Salud (EPS) se refiere a los conocimientos y principios que determinan como las personas, pueden tomar conciencia de la salud.
- ❖ Como proceso, la Educación para la salud (EPS) presupone un acto de transmisión y fomento del valor salud, que va de quien funge como educador, hacia aquellos que son objeto de la acción educativa.

- ❖ Como conducta, es la manera en que las personas actuarán con respecto a su salud.

Por lo tanto tenemos que la educación para la salud, es una disciplina que comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva, a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso (educandos y educadores), es decir pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación y mejoramiento de su salud

Es verdaderamente sorprendente, la cantidad de actividades que encierra un solo aspecto como es el de educar al individuo en el ámbito de salud, así como los beneficios que trae consigo este hecho, no sólo porque implica una serie de responsabilidad para el educador, sino también porqué de esta manera se esta involucrando al individuo en el cuidado y preservación de su salud, hecho que indudablemente ha cobrado hoy en día gran importancia, puesto que prevenir es igual a vivir plenamente desarrollando todas las potencialidades del ser humano, aún incluso en la enfermedad o la invalidez.

La educación comprende por lo tanto dos procesos; mediante los cuales la información llega a los individuos lo que se conoce como: formal e informal. "La educación formal comprende las actividades educativas que se imparten en forma planeada, organizada y sistemática para alcanzar ciertos objetivos previamente. Y la informal, es la que reciben las personas a través de sus vivencias diarias en relación con el ambiente físico y social; es sobre todo, práctica derivada de la realidad." (Sánchez,1994)

5.3 OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Según Salleras (Caja,1993) los objetivos de la educación son:

1. Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad. Se pretende que la comunidad sea consciente de su salud y se responsabilice de su cuidado.
2. Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y la restauración de la salud: Se pretende que el individuo modifique las conductas insanas por conductas de salud.
3. Promover nuevas conductas positivas favorables a la promoción y a la restauración de la salud: El educador deberá positivizar al máximo sus intervenciones, es decir tendrá que cambiar el tradicional enfoque negativo de salud.
4. Propiciar cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados: Cada vez más es evidente la influencia del entorno sobre los individuos y su salud.
5. Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de la comunidad: Es función de la educación formar a los individuos para propiciar

un cambio en sus actitudes, tanto individuales como grupales, para que reorienten su participación en la toma de decisiones de salud.

Por lo tanto, "la finalidad de la Educación para la Salud es ayudar a los individuos a promover, proteger y restaurar la salud mediante su comportamiento y esfuerzo."(Sánchez,1994)

Por lo antes mencionado puede decirse que no se consigue un cambio de comportamiento en el individuo si éste no participa activamente, mientras no adquiera conciencia del beneficio que puede obtener a través de la prevención o limitación de la enfermedad, nadie podrá hacerlo por él.

Es importante considerar que el conocimiento y las experiencias que tenga la población con relación a la promoción, protección y restauración de la salud, son factores que condicionan en buena parte el comportamiento de la misma, en cuanto a la salud y a la enfermedad, comportamiento que esta relacionado con las condiciones económicas, políticas y sociales, en general con el nivel de vida; porque al igual que la salud pública, la educación para la salud es interdependiente de la economía, la educación, organización social, factores y valores culturales, por lo tanto las actividades de Educación para la Salud deben sustentarse, en la realidad concreta de cada comunidad, grupo, familia y de cada individuo.

A la educación para la Salud le compete una serie de responsabilidades en relación a la transmisión de conocimientos y formación de conductas adecuadas, basados en la promoción, protección y restauración de la salud, es decir el cómo proceder en la vida diaria para conservarse sano y qué conducta se debe seguir ante la enfermedad. Sin embargo, la educación formal no es la única que influye en la actitud, hábitos y costumbres de las personas en relación con su salud; la acción de la familia, de los grupos primarios y secundarios y, desde luego las condiciones económicas y del medio físico, contribuyen en forma muy importante en la determinación de las creencias y conductas de los individuos en relación con la salud.

5.4 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.

El simple hecho de entender el proceso salud-enfermedad como fenómeno que tiene una connotación histórico-social, es una razón fundamental para destacar la importancia que tiene la Educación Para la salud en la prevención y control de los principales problemas de salud, ya que sus acciones estan encaminadas al aspecto eminentemente social del problema.

La importancia que se concede actualmente a la educación para la salud en México, está reflejada en la planeación de acciones del Sector Salud, el cual lo señala como programa de acción para hacer frente a las patologías crónicas que afectan hoy en día la salud del individuo, para lo cual se requiere de "un cambio radical en lo educativo y cultural que involucre a la sociedad entera, al implicar modificaciones fundamentales en actitudes y conductas, los padres, maestros, responsables de los medios de comunicación y

prestadores de servicios tienen un papel preponderante". (Sector Salud, 1995-2000) De no ser posible lo anterior, es importante recordar que los costos sociales y de atención para las enfermedades crónicas son más elevados, debido no solamente a su cronicidad sino a que requieren recursos abundantes y de mayor complejidad, con el agravante de las dificultades de curación y el impacto sobre la calidad de sobrevivida. Por lo tanto la inversión en materia de prevención es más costo-efectiva que la destinada a recursos curativos.

En los últimos 25 años, la población ha aumentado, y consigo el aumento de la esperanza de vida mayor de los 65 años, (INEGI, plan nacional de salud de desarrollo, 2000) hecho que ha originado por lo tanto también el aumento de enfermedades crónico degenerativas y con ello la necesidad de educar a la población en general acerca de dichos padecimientos.

En México dentro de las tres principales causas de mortalidad para 1999, según la Dirección General de Estadística; se encuentran las enfermedades del corazón, tumores malignos y la Diabetes Mellitus (DM) enfermedad crónico-degenerativa que actualmente constituye un problema de salud prioritario por su frecuencia, así como por el conjunto de complicaciones agudas y crónicas que derivan en mayor morbilidad y mortalidad de la población que la padece, éste al igual que otros padecimientos suelen ser controlados o prevenidos a través de la Educación para la salud. Si bien es cierto, existen padecimientos genéticos, en donde la herencia juega un papel determinante en el desarrollo de la enfermedad; la mayor parte de las enfermedades que afectan a la población hoy en día son transmisibles o en su defecto crónico-degenerativas, en donde es trascendente la participación y la conducta de la población, es importante considerar que la rápida restauración de la salud, la limitación del daño e incluso la muerte depende sin duda alguna del conocimiento que tenga el individuo para ejercer el autocuidado. Por ello la Educación para la Salud tiene gran importancia dentro de la salud pública, debido a que a través de un cambio de comportamiento de la población en el proceso de salud-enfermedad, es posible evitar un número considerable de padecimientos así como de retrasar su desarrollo, lograr la restauración de la salud en el menor tiempo y prevenir invalidez; e incluso obtener una más rápida rehabilitación.

De hecho el desarrollo de la enfermedad depende de la constitución del individuo y de su comportamiento en relación con el cuidado de su salud y del grado de agresividad del ambiente en el que viva.

Según la opinión de diversos autores, muchas muertes prematuras podrían evitarse si la población tuviera suficiente información y orientación sobre la existencia por lo menos de los principales padecimientos que afectan su salud, las causas que determinan su presencia, los mecanismos de transmisión, el daño que la enfermedad ocasiona al individuo, familia y comunidad; las medidas que deben seguirse para su prevención y la conducta de la persona y de la familia cuando se ha adquirido el padecimiento. Sin embargo existe deficiencia en la educación lo cuál determina que el impacto de los programas de salud den como resultado el ser insuficientes, costosos y de poca duración. En general, se observa que aunque, el personal de salud reconoce el valor de la educación para la salud, los programas disponen de muy escasos recursos para realizar esta labor, lo que se traduce en una insignificante participación de la población y en un mal

aprovechamiento de los servicios de salud. El rendimiento de los servicios de primer nivel es muy bajo, comparado con el índice de ocupación de los hospitales de segundo nivel y tercer nivel para la población abierta; lo cual es paradójico, porque las comunidades tienen muchas necesidades de salud y, por otro lado, existen servicios que se aprovechan muy poco, sumado a esto tenemos que pocas personas que se dedican al cuidado de la salud, no consideran importante proporcionar educación al usuario debido a que esperan que el problema de salud se resuelva a través del tratamiento médico y no de la participación activa del usuario y del prestador del servicio, proporcionar educación al paciente no es tarea fácil, debido a que se requiere de paciencia y constancia en cada acción dirigida al usuario.

Ante esta situación es indudable la necesidad de incrementar la educación para la salud, tanto para lograr el efectivo autocuidado del individuo, como para favorecer el uso adecuado de los servicios existentes.

Hoy en día la atención actual debería ser esencialmente preventiva, pero se requiere de la educación sanitaria de la población, para que cambie su conducta de actuar dando como resultado que; en lugar de esperar a enfermar para pensar en su salud; adquiera un comportamiento preventivo. Resulta fácil señalar ese cambio, pero en la práctica es muy difícil porque en las escuelas de preparación de profesionales de la salud, la mayor parte de las enseñanzas se relacionan con la enfermedad dándole poca importancia a la prevención.

A diferencia de las escuelas de medicina, en las escuelas de enfermería al estudiante se le prepara básicamente para prevenir y promover la salud, desafortunadamente éste hecho no se lleva acabo al cien por ciento debido a que la mayor parte del personal de enfermería por un lado desarrolla sus labores en un segundo y tercer nivel olvidando el primer nivel de atención, y por otro lado descuidando su aplicación en el ámbito hospitalario. La importancia de la educación para la salud, es precisamente su aplicación en los tres niveles de atención, recordando que persigue objetivos distintos; en el primer nivel es meramente para prevenir las enfermedades, en un segundo y tercer nivel, es básicamente para el control de la enfermedad, evitando así daños secundarios, que sin la educación no podrían evitarse.

5.5 AGENTES Y CAMPOS DE APLICACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Se entiende por agentes de la educación para la salud a todas las personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y grupos adopten conductas positivas de salud.

Dentro del grupo de profesionales de la Salud merece especial mención el profesional de Enfermería como educador de salud, lo que le ofrece grandes posibilidades ya que su campo de acción es muy amplio y puede llevarse acabo tanto en individuos y grupos de enfermos como en la comunidad sana. Numerosos autores reconocen el papel cada día más importante del profesional de enfermería como educador en la atención primaria de Salud, área en la que como dice Salleras "La enfermera se convierte en la directora de la

Educación sanitaria del equipo coordina los programas y las acciones educativas y ejecuta la mayoría de éstas, las que tienen una base grupal y muchas de las de base individual". (Caja, 1993)

El campo de acción de la educación lo constituyen los individuos, los grupos, en definitiva, toda la colectividad. Siempre debe tenerse presente la realidad cultural de los individuos o grupos a los cuales se dirige la acción educativa, es decir las circunstancias de vida personal que configuran la realidad de cada persona.

La Educación para la Salud se aplica a través de distintos niveles porque, si bien es cierto que en México las principales causas de morbilidad y mortalidad guardan una estrecha relación con las desigualdades del sistema social como lo es en el caso de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y la desnutrición entre otras, también es cierto que existen otros problemas que inclusive en otros sistemas sociales no han sido resueltos, tal es el caso de las adicciones principalmente tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, así como una serie de padecimientos crónico-degenerativos, los cuales han dejado grandes estragos en la población afectada, y un gran aumento a medida que pasa el tiempo creando así la necesidad de educar al usuario para evitar de esta manera complicaciones graves que van desde invalidez hasta una muerte segura.

Así pues cuando se señalan diferentes niveles de acción, se esta refiriendo a los tres niveles de atención. En el primer nivel de atención la educación para la salud esta basado principalmente en la promoción de salud, con ello se pretende que el individuo aprenda a mantener el estado de su salud. En un segundo nivel la educación para la salud esta basado fundamentalmente en el diagnóstico y tratamiento oportuno, finalmente en un tercer nivel de atención se pretende rehabilitar al individuo que padece una enfermedad para incorporarlo al medio al que pertenece.

Por lo antes mencionado se hace referencia a la validez que tiene la educación para la salud, en la transmisión de información a través de algunos medios; a la población abierta sin importar si el usuario está hospitalizado o no.

5.6 LA COMUNICACIÓN Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

En su origen, la educación para la salud estaba limitada a la información biomédica enfocada hacia los problemas de salud y enfermedad. Se consideraba que los factores socioculturales no tenían importancia y se partía del convencimiento de que los individuos gozarían de mejor salud si se comportaban de la manera recomendada por los profesionales de salud. Lo importante era, pues, la información que debía transmitirse era neutra. Hoy sabemos que la información que transmiten los profesionales de salud no es neutra, sino que está filtrada por una selección de los hechos, por las prioridades y por la terminología del propio educador

La comunicación es uno de los elementos clave de la Educación Para la Salud. Por lo tanto conocer el proceso, tener presentes las perspectivas, utilizar correctamente las técnicas, permitirá al individuo y más tarde al profesional de enfermería lograr mensajes educativos eficaces.

La comunicación es el fundamento de toda la vida social. Según la Psicología moderna considera como signo de madurez la capacidad humana de interrelacionarse, por lo tanto vivir involucra relacionarse y de acuerdo con lo anterior, se define al hombre como un ser en relación.

Comunicar no sólo es transmitir, emitir o recibir una información sino que además, para que realmente exista comunicación es preciso que el receptor comprenda y utilice esa información.

5.6.1 CONCEPTO DE COMUNICACIÓN.

Etimológicamente comunicar se refiere a "compartir o intercambiar". Según Bleger (Barquin,1992) "La comunicación es un proceso por el cuál los seres humanos condicionan recíprocamente la conducta en relación interpersonal"

"La comunicación es el arte de estructurar y transmitir un mensaje de manera que otro pueda entenderlo fácilmente y aceptarlo".(Huber,1999)

Por lo tanto comunicarse no sólo es decir palabras, es la capacidad para transmitir ideas y significados a otras personas. Lo que hacemos y cómo lo hacemos tiene más significado que lo que decimos. El tono de voz, la elección de las palabras, las expresiones faciales y gestos pueden comunicar más eficazmente nuestras ideas y sentimientos que las palabras, que empleamos por ello es importante tener en cuenta que para comunicarse con otra persona es primordial la concordancia de lo que hace con lo que se dice.

5.6.2 ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN.

En un proceso de comunicación intervienen los siguientes elementos:

1. Emisor. Es el elemento que genera el mensaje, la fuente de información.
2. Receptor. Constituye el elemento a quien va dirigido el mensaje, el destinatario.
3. Mensaje. Constituido por la información que se quiere transmitir. Dentro del mensaje podemos diferenciar dos partes:
 - a) Contenido. Es la base, la esencia misma de la información son las ideas, los hechos, las opiniones que se quieren transmitir.
 - b) Continente. Es el código mediante el cual el contenido del mensaje toma una forma concreta, se transforma en un lenguaje determinado: idioma, gráfico, gesto, etc.
4. Canal de comunicación. Es el medio que utiliza para hacer llegar la información. Puede ser:
 - a) Directo. Cara a cara, por ejemplo, una conversación.
 - b) Indirecto. Cuando existe un elemento que se interpone entre el emisor o receptor, por ejemplo, un artículo escrito o una película.(Caja,1993)

5.6.3 FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN.

La comunicación responde en primer lugar a la necesidad de:

1. Informar y estar informado
2. Enseñar y aprender.

En una segunda fase, la comunicación responde a la necesidad de convencer, de agradar, y va dirigida hacia los sentimientos y las emociones, es decir que tiene como finalidad:

1. Persuadir y ser persuadido.
2. Divertir y ser divertido
3. Amar y ser amado
4. Agradar

Aún cuando la comunicación está presente en todas las actividades de la vida diaria se considera un proceso complejo, debido a que es difícil llegar a una adecuación entre el mensaje emitido y el mensaje recibido. Por ello es preciso rechazar de antemano algunas falacias o ideas preconcebidas respecto a la comunicación.

Una primera falacia es el pensar que comunicarse es fácil. Creer que todo el mundo entiende lo que nosotros queremos explicar o creer que nosotros entendemos perfectamente aquello que nos quieren transmitir es una idea que no siempre es cierta. De hecho, muchas veces sabemos qué es lo que queremos explicar, pero no somos capaces de transmitirlo exactamente como queremos

Otra falacia es pensar que todas las personas entienden la información de la misma manera, de forma que se considera que si una persona ha comprendido el mensaje, sucederá lo mismo con todas las demás personas. Sin embargo, cada persona entiende, interpreta y valora de forma diferente la información.

Una tercera ilusión es considerar que uno nace siendo comunicador, que para comunicar existen una serie de cualidades innatas. Sin embargo el proceso de comunicación requiere de un conjunto de actitudes y aptitudes, además de la elaboración de un mensaje claro y bien estructurado, es preciso establecer una relación estimulante con el receptor del mensaje.

No obstante cualquier persona puede aprender a comunicar algo que desea conozcan los demás. Para ello se precisan tres premisas:

1. Tener deseos de comunicar.
2. Conocer el proceso de comunicación.
3. Conocer la práctica de la comunicación.

5.6.4 TIPOS DE COMUNICACIÓN.

Tradicionalmente la comunicación se ha clasificado en: Comunicación verbal: oral o escrita, Comunicación no verbal y comunicación simbólica.

Comunicación verbal oral.

Comunicación que necesita recurrir a la memoria del receptor, por lo que su uso no es adecuado cuando se precisa transmitir gran volumen de información. Generalmente la comunicación oral utiliza otras formas de comunicación: (gestos, la mirada, los signos, etc.) Este tipo de comunicación es la forma más usual de comunicación

Existen ventajas y desventajas en la comunicación oral dentro de las ventajas tenemos:

1. Existe feed – back o retroalimentación, es decir, el emisor puede observar y medir la capacidad de escucha del receptor, su interés, y determinar si ha comprendido el mensaje o no
2. Permite ajustar continuamente el mensaje y adaptarlo a las necesidades específicas del receptor.
3. Estimula el intercambio de información.
4. Permite la aclaración de dudas.
5. Facilita el contacto directo entre el emisor y el receptor y permite crear una relación estimulante.
6. Puede ser reforzada con medios técnicos (transparencias, diapositivas) y material bibliográfico y divulgativo (libros, artículos, folletos, etc.)
7. Suele ser un medio económico.
8. No requiere alfabetización.

Inconvenientes de la comunicación oral.

1. Es fugaz.
2. No permite revisar el contenido del mensaje, por lo que se pierde mucha información.
3. Llega aún número limitado de personas, etc.

COMUNICACIÓN VERBAL ESCRITA.

La comunicación verbal escrita permite un mayor volumen de información, ya que no requiere de la memoria del receptor. Constituye un mensaje inmutable y se puede revisar, por lo que su preparación debe ser precisa y cuidadosa. Debe estar bien estructurada y bien redactada y, en resumen, responder a seis preguntas.

1. ¿Qué?
2. ¿Quién?
3. ¿Dónde?
4. ¿Cómo?

5. ¿Cuándo?
6. ¿Por qué?

Este tipo de comunicación precisa, además, otros factores:

1. Originalidad. Para que una comunicación escrita resulte atractiva, es necesario decir cosas nuevas, que interesen al receptor, y evitar informaciones repetitivas.
2. Estimulo. La comunicación debe estar realizada de forma que el receptor sienta deseos de leerla. Para ello se recomienda usar palabras clave, hacer un resumen o una introducción interesante.
3. Legibilidad. Utilizar un código sencillo, palabras coloquiales, frases cortas, hacerlo comprensible.
4. Estilo. Es preciso cuidar la calidad en el estilo y en el formato. Hacerlo atractivo, vigilar el diseño, trabajar con los colores, el tamaño, el tipo de letra, usar gráficos, dibujos, fotografías, etc, favorecen la comunicación.

Ventajas de la comunicación escrita.

1. Puede ser releída. Se puede archivar y actuar como fuente de referencia.
2. Puede ser revisada por el emisor y corregida cuantas veces sea necesario.
3. Permite captar la atención del receptor mediante la utilización de carteles, posters, murales, dibujos o fotografías.
4. Puede servir de refuerzo a la comunicación oral.
5. Cuando existe mucha información es el método eficaz.

Inconvenientes de la comunicación escrita.

1. Requiere alfabetización.
2. No existe contacto entre el emisor y el receptor.
3. El feed-back con el receptor no puede ser inmediato.
4. No se puede adaptar a las necesidades específicas de los receptores.
5. No es posible el intercambio de información
6. No permite aclarar las dudas.
7. Constituye un medio más lejano y más frío que la comunicación oral.
8. Precisa una infraestructura, por lo que, a corto plazo, es más cara y más compleja.

Comunicación no verbal.

Lenguaje de las emociones, denominado el lenguaje silencioso, en el cual la persona transmite lo que "siente" más no lo que "dice"

- Cuando dos personas entran en relación existe ya desde ese momento comunicación, la apariencia física, la forma de mover las manos y la gesticulación son formas de enviar mensajes.

- En este tipo de comunicación se realizan dos tipos de mensajes los intencionados y los inconscientes.
- Cuando se comunican sentimientos o emociones, existe una tendencia de mayor importancia a la forma en que se comunica que al contenido del mensaje. Según los investigadores de la comunicación más del 90% de los mensajes emocionales son de naturaleza no verbal, captados de manera inconsciente.
- Se dice que los mensajes transmitidos de forma no verbal suelen ser más eficaces que las palabras, de tal forma que cuando no existe concordancia entre dos formas de comunicación, se da mayor credibilidad a los mensajes no verbales. En enfermería este proceso bi-direccional con el usuario los mensajes enviados son interpretados por ambos.
- Es difícil interpretar el comportamiento no verbal debido a que existen infinitas de significados acerca de los gestos o una expresión facial, interpretación que varía según el contexto y el conocimiento previo que se tiene de la otra persona.
- La primera impresión que se forja de una persona se fundamenta de lo que vemos. Es la primera impresión de aceptación o rechazo que puede causar en un usuario; lo que determinará en mayor o menor medida, la calidad de los cuidados.

Componentes de la comunicación no verbal

- **Aspecto general:** El aspecto general crea un afecto positivo o negativo de la imagen de una persona, apartir de su apariencia, esta apariencia proporciona datos sobre la edad, talla, peso, raza etc, de una persona.
- **Expresión Corporal:** Indica el comportamiento físico, la forma de sentarse, caminar o estar de pie. La postura refleja las emociones, el autoconcepto y el grado de salud, a través de la expresión corporal conocemos si la persona está cansada, deprimida, decaída, atenta o nerviosa.
- **Expresión Facial:** La cara es la parte del cuerpo más expresiva, es la clave del estado emocional de una persona, acto que no se controla conscientemente, tal es el caso de las expresiones primarias que reflejan sorpresa, miedo, enojo, alegría y felicidad, la mayor parte de las expresiones faciales son universales, puesto que aun cuando existen diferencias culturales, las personas saben interpretar una expresión de confort, desconfort o indiferencia.

Paul Ekman (Almasa,1999) descubrió cuatro expresiones concretas: el miedo, la ira, la tristeza y la alegría, que son reconocidas por personas de culturas diferentes incluidas las que no tienen acceso al cine o la televisión.

- **Contacto visual:** Componente importante en la expresión facial capaz de transmitir significado que precisaría en cientos de palabras. Mantener el contacto visual durante la comunicación, es indicador de interés hacia la persona que esta

hablando, la ausencia de ésta indica ansiedad, malestar, enojo, inseguridad. La duración y el grado de contacto visual repercute en la calidad de la comunicación.

- **Manos/gesticulación:** Las manos son conocidos como la parte del cuerpo de la experiencia, que están en íntima relación con la inteligencia y el pensamiento. Retorcer las manos, taparse la boca, morderse las uñas o los labios pueden ser indicadores de ansiedad o miedo.
- **Paralenguaje (contacto extralingüístico)** incluye el tono de voz, la intensidad, los carraspeos, los suspiros, y las risas etc. El tono de voz delata el estado emocional de una persona, puede decirse que un tono de voz elevado denota alegría o enfado.
- **Comunicación táctil:** Las manos, vehículo de la comunicación táctil: una caricia, una palmada en el hombro, un apretón de mano, un abrazo, están cargados de una energía positiva, rara vez causan indiferencia en la persona. Los profesionales de enfermería, establecen con frecuencia contacto físico con los usuarios en el desarrollo de sus actividades.
- La comunicación no verbal es un proceso en el que todos estos elementos se combinan de forma compleja e involuntaria. En muchas ocasiones, el individuo refiere verbalmente unos hechos y, sin embargo, con su expresión, su mirada, etc., está indicando justamente lo contrario.
- Uno de los elementos más utilizados en la comunicación no verbal es el silencio. El silencio puede ser portador de infinidad de mensajes. Un individuo puede estar silencioso porque siente miedo, aburrimiento, desinterés, frustración, porque no comprende, porque tiene miedo al ridículo, por timidez, etc.

La comunicación no verbal es más difícil de interpretar que la comunicación verbal, pero tiene un valor incalculable, sobre todo en las relaciones personales y en la capacidad de expresar sentimientos.

Como consecuencia, es preciso que el profesional de salud ejercite su capacidad de observación y aprenda a interpretar los mensajes no verbales.

Hablando del profesional de enfermería, la comunicación juega un papel importante dentro de sus actividades, se sabe que dentro de esas actividades se encuentra precisamente el de proporcionar educación al usuario y familiares, así como comunicar todo lo que respecta al cuidado del usuario con el demás personal de salud.

Dentro del proceso de comunicación el escuchar es tan importante como hablar. Es una habilidad en la cual una persona consciente y voluntariamente pone su atención en oír lo que otra persona está diciendo, va más allá de oír, ya que requiere de concentración y atención.

La escucha se ha descrito como una combinación de audición (recepción), comprensión (interpretación) y recuerdo (capacidad de retener lo escuchado) aspectos

que se ven entorpecidos debido a que comúnmente nuestros sentidos están visualizando el entorno frecuentemente, además de que casi siempre estamos pensando en otras cosas, diferentes a lo que nos están diciendo.

Según O'Brien. (Almasa,1999) generalmente la enfermera tiene dificultado para escuchar a otro cuando:

- Su cultura, educación o experiencias son diferentes, sus puntos de vista son diferentes. El conflicto en los valores y creencias puede dificultar la relación con el usuario si no partimos del respeto y del derecho del otro a ser diferente.
- El vocabulario es desconocido. El lenguaje de la enfermera no siempre resulta comprensible para el usuario, en especial aquellos términos relacionados con la salud pueden ser muy técnicos.
- La apariencia física del entrevistado es diferente a lo que esperamos o se prejuzga a la otra persona.
- Los sentimientos expresados producen ansiedad o inseguridad. La expresión de sentimientos.
- El ambiente es ruidoso, falta intimidad o hay interrupciones.

La información es un paso imprescindible, pero no suficiente, para conseguir un cambio de comportamiento. Por este motivo, las estrategias actuales en la educación para la salud tienen en cuenta las creencias, las prácticas tradicionales en materia de salud y la participación comunitaria.

Eduardo Santoro,(Barquín,1992) considera que hay dos grandes niveles para el análisis de la comunicación: el macrosocial y el microsocia.

- El nivel macrosocial se refiere al estudio de los sistemas de comunicación en la sociedad global, su estructura, desarrollo histórico, funcionamiento, relación entre el sistema de comunicación y la estructura económica, política, etc. Se puede abordar como un fenómeno de comunicación y en el mismo contexto se deben incluir los complejos mecanismos implícitos en la comunicación de masa, en el mundo de la información, consumo, etc.
- El nivel microsocia.- Se refiere a los fenómenos de comunicación en las instituciones y organizaciones, pequeños grupos, nivel didáctico e interpersonal.

Para el caso de la educación para la salud y rescatando los aportes anteriores se consideran que existen tres niveles de comunicación.

- 1) Nivel familiar o de grupo primario. Se caracteriza por tener un sistema simple de comunicación donde el lenguaje verbal –las acciones básicamente- tienen una función prioritaria.

La relación entre el emisor y el receptor es directa, el emisor no hace ningún intento de codificación del mensaje en tanto el receptor tiene poco o nulos códigos que obstaculizan el mensaje, propiamente está aprendiendo a descodificar cotidianamente.

En este nivel es donde se aprende el valor salud, en tanto se imitan e introyectan las pautas de conducta familiar sin hacer juicio de ellas y que el individuo tiende a mantener "toda la vida", claro ejemplo es la forma de resolver sus problemas de salud: si solicita atención médica institucional o privada, especializada o no, si recurre a medicinas paralelas o si utiliza remedios caseros, si tiene un estilo de vida favorable o desfavorable: como dieta, ejercicio algunas adicciones, etc.

- 2) Nivel Institucional. Es el que se refiere a la comunicación que se da en la relación médico / usuario, Enfermera / usuario, o entre la institución de salud/ y el usuario.

Se caracteriza por una disociación entre la comunicación verbal y la preverbal además que el emisor (personal de la salud) no se ocupa de codificar sus mensajes. Ejemplos cotidianos son:

La forma de tratar a los usuarios no solo de parte del médico sino del personal en general, las actitudes, las acciones hasta los gestos y el timbre de voz toda una comunicación preverbal que transmite un mensaje de desinterés para con el usuario lo que muchas veces le hace sentir que no pasa de ser un expediente más de la institución.

Utilizar terminología técnica y compleja de la que el receptor—usuario sabe poco o nada.

Recomendar acciones que el mismo personal de la salud no lleva a cabo, evidenciando su contradicción entre el decir y el que hacer.

- 3) Nivel colectivo. Se refiere a la comunicación que se establece, al nivel social y de grupo. Se caracteriza por utilizar armoniosamente el mayor número de códigos, orales, escritos, visuales y auditivos con el fin de lograr en el receptor una conducta favorable par el emisor y raras veces, favorable para el receptor.

En conclusión se puede decir que el proceso de comunicación permite analizar y reconocer cómo los estímulos más importantes y significativos que forman y condicionan la conducta de los seres humanos no proviene del medio físico sino de otros seres humanos, y éste mismo proceso permite la socialización ya que se lleva acabo según normas y contenidos dados en una estructura social determinada que, de manera implícita, también se transmite en los mensajes. En lo que respecta a la Educación para la salud es importante que se considere tal factor como aspecto decisivo en el desarrollo satisfactorio de las prácticas educativas a los usuarios.

5.7 EFECTIVIDAD Y EFICACIA EN LA COMUNICACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL USUARIO.

“La efectividad en la comunicación verbal depende del vocabulario, lenguaje, frases, estructura de oraciones, calidad de los enunciados, velocidad de la locución, división, tono ritmo y volumen”, en cambio la conducta no verbal incluye elementos gestuales, expresión facial, contacto visual, lenguaje corporal y posicionamiento” (Huber,1999)

Estructurar un mensaje para lograr efectividad es un concepto importante. El emisor tiene una variedad de canales para elegir, sea por su atuendo, conductas verbales o mediante la comunicación escrita u oral. Para planear la efectividad personal se decide el mensaje deseado y cómo puede estructurarse para ser recibido de manera positiva y logre la respuesta deseada. La comunicación efectiva considera decisiones sobre cómo comunicarse, incluidos otros aspectos como: estructura del mensaje, estilo de transmisión y modalidad de comunicación, sincronía, tono de voz, claridad del mensaje. Aspectos que debe tener presente el personal de enfermería cuando se dirige al usuario ya sea para transmitir un mensaje, de educación o bien para comunicarse con el resto del equipo de salud.

Considerar la elección de palabras es vital para estructurar un mensaje. Cuando se emplee comunicación oral se seleccionan palabras con cuidado para estructurar en la presentación un impacto máximo.

Además, si deseamos comprender lo que escuchamos, debemos mostrar interés por la otra persona y por lo que dice. La capacidad para comprender lo que otra persona dice es mucho más que reconocer las palabras que emplea, pocas veces damos importancia de lo que escuchamos de los demás, no se considera efectiva una comunicación cuando, el emisor se dedica a hablar sin permitir que el receptor lo haga también.

En el ámbito profesional de enfermería la comunicación juega un papel importante debido a que está en constante socialización con todo lo que le rodea, por ello es necesario que antes de hablar, se precise lo que se quiere decir y cómo puede decirse, es decir transmitir el mensaje en términos personales dirigidos al uso personal del que escucha. El pronombre yo debe emplearse menos que el pronombre nosotros. El pronombre usted refuerza el empleo personal del receptor. Cuando se hace un buen uso de los pronombres se está contribuyendo al entendimiento eficaz de las ideas, y por consiguiente a que el mensaje sea fácilmente entendido por los demás.

Considerando la comunicación no verbal en enfermería. ¿Qué es lo que las acciones indican a otras personas?. Las expresiones faciales, los gestos y la postura del cuerpo, suelen dar a conocer cuáles son los sentimientos verdaderos de una persona con mayor exactitud que sus expresiones verbales. No debe olvidarse que el tono de voz, expresiones faciales y acciones deben estar en completa armonía con el contexto del mensaje verbal.

“La comunicación es una de las actividades más importantes, en la cual cada persona participa. Expresamos nuestra preocupación por otros, y con frecuencia la mejor ayuda que podemos dar es compartir la información y escuchar a nuestros usuarios”(King,1992)

5.8 FACTORES QUE ENTORPECEN UNA COMUNICACION EFICAZ

Según POTTER. (Almasa,1993) Existen factores que entorpecen la eficacia en la comunicación, los cuales son:

- Opinión: opinar limita la capacidad del usuario de tomar decisiones e inhibe la espontaneidad.
- Oferta de promesas tranquilizadoras falsas, prometer algo que no ocurrirá o que no es realista.
- Actitud ofensiva frente a la crítica implica que el usuario pierda su derecho a opinar.
- Mostrar aprobación o desaprobación es emitir una opinión, disminuye el intercambio de ideas y de toma independiente de decisiones. La desaprobación puede indicar rechazo.
- Preguntar el porqué de algo puede implicar una acusación, generar resentimiento, inseguridad y desconfianza.
- Cambio inadecuado de tema muestra falta de interés, de empatía y obstaculiza la comunicación.

5.9 COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA.

Hablamos de comunicación terapéutica, cuando forma parte de una actividad planificada y deliberada que la enfermera utiliza para ayudar e identificar y satisfacer los cuidados del usuario. Constituye la base de los cuidados.

Riopelle (Almasa,1993) describe la comunicación terapéutica como un intercambio, verbal y no verbal, que permite crear un clima de confianza, respeto, que el paciente necesita para satisfacer sus necesidades fundamentales, para alcanzar un contacto mejor con su propia realidad, sus emociones, sus conflictos, sus valores, sus límites y sus aspiraciones.

Cualquier relación se establece a partir de ciertas bases imprescindibles para establecer relaciones positivas entre enfermera y usuario: es imprescindible el respeto, la confianza y la empatía.

* El respeto entendido como la aceptación de la unicidad de la persona, su forma distinta de estar en el mundo, de ser. La enfermera respeta al usuario como individuo cuando:

- Potencia las capacidades que posee para participar en la toma de decisiones y en los tratamientos.
- Tiene en cuenta aspectos étnicos y culturales, las relaciones y los valores familiares.

* La confianza es la convicción de que los demás son capaces de proporcionar ayuda en momentos de sufrimiento. La creencia del usuario en el deseo de ayudar a la enfermera.

Las enfermeras, se incluyen en el grupo de las profesiones que corren el riesgo de amenazar la seguridad de una persona, penetrando en su zona íntima y por tanto, provocar estas reacciones en las personas que cuidan ya que se ven forzadas a trabajar tocando al usuario, y no se puede tocar a una persona sin invadir su zona íntima.

Conocer las señales de distancia, los signos de lucha o de huida, nos permitirá poder observarlas, ser sensibles a ellas:

- Actitud de huida: la inclinación hacia atrás, retroceder, gestos de defensa, interponer barreras con las manos, los brazos u objetos.
- Actitud de lucha: ir hacia delante, al encuentro del otro.

El tamaño de la zona íntima varía en función de las diferencias culturales pero depende, básicamente, de dos aspectos: el status del interlocutor y la percepción que tenemos de nosotros mismos.

1. Cuanto mayor es el status de una persona, mayor es la zona íntima que los otros le conceden. De forma inconsciente los profesionales de la salud, consideran que poseen un status mayor (conocimientos), cuando entran en relación con el usuario, quien a su vez suele concederles mayor status (mayor conocimiento)
2. Cuanto más segura se siente una persona de sí misma, más cerca permite estar al otro. El medio hospitalario provoca sentimientos de inseguridad que pueden aumentar a medida que el nivel de dependencia es mayor.

Conseguir cierto grado de confianza hará que el usuario no se sienta amenazado cada vez que invadimos su zona íntima para realizarle la higiene, explorarle, movilizarlo, etc.

Hace más de cien años F. Nightingale destacó la importancia de la comunicación en la relación enfermera—usuario así como los efectos dañinos de algunas manifestaciones no verbales.

- ❖ La empatía o comunicación emocional, es la capacidad para comprender los sentimientos de otro y aceptarlos con objetividad. Es la clave para entender y ayudar. Exige la calma y la receptividad suficientes para que las señales sutiles manifestadas por los sentimientos de la otra persona puedan ser captadas y reproducidas por nuestro cerebro emocional, depende en gran medida, de la similitud de las experiencias vividas. Por ejemplo una enfermera que ha sentido alguna vez dolor de muelas establece una relación de empatía con mayor facilidad con otra persona que viva esa situación, es decir, la empatía -es ponerse en los zapatos del otro.(Almasa,1993)

La conducta de la enfermera está sometida a un constante análisis por parte del usuario y la familia, por lo que es necesario aprender a transmitir estas cualidades. La atención física se expresa en acciones como mirar directamente a la persona, mantener un buen contacto visual, preferentemente al mismo nivel, inclinarse hacia la persona, mantener una postura abierta, sin cruzar los brazos o las piernas, aspecto que favorece en gran medida un diálogo.

Nunca antes fue tan importante la comunicación entre el equipo de salud y el usuario. Aunque los usuarios no aceptarían una atención médica antigua, siguen queriendo tener el contacto personal cálido y amistoso del equipo de salud.

Los usuarios quieren tener la sensación de que sus problemas son importantes para los profesionales de la salud y que éstos tienen tiempo de escucharlos sin importar que tan ocupados estén. Desean explicaciones claras y sencillas acerca de sus enfermedades y de lo que se puede hacer por ellos, quieren respuestas a las pocas o muchas preguntas que hacen.

A pesar de que el enfermo de hoy es considerado más suspicaz bajo el punto de vista médico que el de generaciones anteriores, desea las explicaciones y las respuestas en términos simples y comprensibles.

Peitchinis (Almasa, 1993) identificó algunos de los factores que explicarían por qué los usuarios renuncian a su derecho de información, comunicación y a la participación en su propio cuidado, aceptando la autoridad de los profesionales que le atienden.

- La percepción o imagen que los usuarios tienen de los profesionales.

Los usuarios tienden a creer que los médicos y las enfermeras están sobrecargados de trabajo y que el personal es escaso. Piensan que se espera de ellos que sean "buenos usuarios", en el sentido de que se muestren dispuestos a colaborar, que sean poco exigentes e independientes.

- El temor del usuario a que las reacciones críticas del personal de salud pudieran producir una disminución de la calidad asistencial.
- Los sentimientos de responsabilidad hacia otros usuarios " más enfermos", que requieren mayor atención por parte de las enfermeras.

Si las enfermeras somos conscientes de que ésta es la percepción del usuario, podemos reflexionar sobre las causas y modificarlas.

5.10 PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Como cualquier educación la Educación para la Salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje, que conduce a producir cambios de actitud en el comportamiento de una persona.

El proceso educativo requiere de ciertos requisitos para su realización dentro de los cuales, se considera el universo del individuo, los objetivos que persigue la educación, el contenido de la información, los procedimientos, técnicas y medios auxiliares a utilizar.

Uno de los mayores obstáculos que se afrontan en la Educación para la salud, es el analfabetismo, situación que da como resultado el estancamiento o aislamiento de una población, se dice que a mayor conocimiento, mayor participación y responsabilidad de las personas en el cuidado de su salud.

Aprender, es de alguna forma dotar al organismo de propiedades nuevas a través de experiencias y conocimientos. La persona que depende de una ayuda exterior para recibir diariamente su insulina y que de repente es capaz de hacerlo por si solo, ha adquirido un aprendizaje nuevo y la capacidad de ser autosuficiente.

Factores que obstaculizan el aprendizaje:

Existen infinidad de factores que intervienen negativamente en la predisposición o capacidad de una persona para aprender.

El primero es la ansiedad. Por mencionar algunas causas frecuentes de ansiedad tenemos: sentimiento de pérdida de control a causa de la situación de aprendizaje, o bien puede darse por la necesidad de salud que exige ésta nueva base de conocimientos, falta de confianza en el educador, y la nueva obligación de afrontar las consecuencias económicas del conocimiento adquirido, o de las prácticas de salud en el estilo de vida propio.

El segundo factor es la motivación, como se sabe la motivación puede ser interna o externa. En la motivación interna, el estímulo y la percepción de la necesidad de un cambio procede del mismo individuo; en cambio en la motivación externa, el impulso de cambio deriva de otras personas. En el usuario tiene más efecto positivo la motivación interna que la externa. La motivación se relaciona con el centro de control. El enfermo con un centro interno piensa que si lo desea puede modificar su salud mediante medidas que el puede controlar, en comparación del usuario con un centro externo que considera que su salud está controlada por un poder Superior (Dios, la suerte o similares.)

La falta de confianza y sinceridad entre el usuario y la enfermera bloquea el proceso de aprendizaje, por lo que es importante que la enfermera este bien preparada, ser positiva y tener plena confianza en si misma. Antes de iniciar el proceso de educación es importante que la enfermera valore el estado físico y emocional actual del usuario, considerando además el entorno, tiempo de que dispone y los recursos existentes.

"La enfermera no siempre puede controlar cuándo se efectuará la educación del enfermo ni el tiempo que podrá dedicar a ella. ¿Bastará con una sesión o seá necesario repartir el contenido entre varias ¿Las sesiones deberían ser cortas para que el usuario tuviera tiempo de captar todo el material, tanto desde un punto de vista cognitivo como psicológico. En ocasiones conviene ir presentado poco a poco la información cada vez que la enfermera acuda a la habitación del paciente."(Cheeseman, 1989)

La última valoración supone investigar los recursos disponibles. El equipo de salud es siempre un recurso válido en la educación del usuario. La biblioteca constituye una fuente de ideas y materiales. Es importante echar mano de todos los medios para adquirir recursos para la educación del enfermo, un medio podría ser los estudiantes de enfermería en la elaboración de material de apoyo para proporcionar educación, así mismo, las copias farmacéuticas y de equipamiento clínico acostumbran publicar su propio material didáctico. Siempre es importante adecuar este material a los requerimientos específicos de cada usuario.

Es importante mencionar que el proceso enseñanza-aprendizaje no es lineal, sino didáctico, es decir que el individuo no aprende mecánicamente como una línea recta ascendente, sino que aprende con fluctuaciones ascendentes y descendentes. Este ir y venir, avanzar y retroceder, denota el carácter dinámico y dialéctico del proceso.

Uno de los niveles de acción, más frecuentes en la Educación para la Salud es el que se refiere al trabajo con grupos en sesiones de enseñanza-aprendizaje. En las cuales el profesional de enfermería juega un papel muy importante ya que generalmente es quién está en contacto directo con el usuario, y quién funge como educador. Por lo que es importante establecer cuál es su función dentro de dicha estructura didáctica:

- a) Los educandos, son el grupo al cual se dirige la acción, por lo tanto se considera como la parte esencial del proceso. De él es imprescindible conocer la información que posee, sus habilidades, deseos, creencias, costumbres y hábitos en relación con su salud.
- b) El contenido, este se refiere a la información que se desea dar a conocer, corresponde, al educador sistematizarla.
- c) Los objetivos tienen la función de enunciar en forma suscrita y precisa lo que se pretende alcanzar con dicha actividad educativa.
- d) El educador, es la persona que dirige y planifica todo el proceso: estrategias, contenidos y objetivos con el fin de facilitar el aprendizaje de los educandos.

Para que el educador pueda enseñar en materia de salud, debe poseer los conocimientos que sustenten la temática a exponer. De ahí que la figura de educador que se tiene de enfermería difícilmente puede sustituirse, ya que para ello se requiere de una sólida preparación profesional.

La educación tiene un papel fundamental en el desarrollo socioeconómico de los individuos de un país y por otra parte constituye uno de los medios más efectivos para modificar creencias, costumbres, hábitos de una comunidad; y proporcionar orientación a la sociedad en relación con los medios que tienen para promover, proteger y fomentar la salud.

En la actualidad se considera importante que el profesional de salud conozca bien el tema que va a enseñar, que lo planifique, de tal manera que su exposición siga una secuencia lógica, que el aprendizaje esté de acuerdo con las condiciones de desarrollo, circunstancias y nivel de captación de los usuarios, seleccionando para ello lugares y

horarios que sean adecuados y escogiendo los procedimientos que hagan participar al usuario, que lo motiven y que desarrollen en él, el espíritu analítico en relación con los problemas de salud que tengan.

Hoy en día se han logrado grandes progresos en lo que respecta a Educación para la Salud, y se puede afirmar que se requieren la conjunción de actividades relacionadas con la atención médica, con la didáctica y con la psicología, con el objeto de utilizar los objetivos del proceso enseñanza-aprendizaje. Así pues, se ha establecido que los factores primordiales en el diseño de objetivos docentes tenderán en el área cognoscitiva a realizar el acopio y manejo de datos relativo a ideas, hechos, sujetos, objetos, lugares, cifras, etc., en el área psicomotora se tenderá a hacer el uso adecuado de los sentidos corporales, los aparatos y sistemas con base en conocimientos y datos previamente adquiridos para obtener destrezas y finalmente en lo referente al área afectiva a lograr el cambio de actitudes y disposiciones para aprender aplicar los conocimientos de acuerdo con una doctrina aceptada y estar abierto a los cambios. En suma el área cognoscitiva se relaciona con el saber, el área psicomotora con aprender, destrezas para "hacer" y el área afectiva para adquirir la mejor disposición para "saber y hacer".

La educación para la salud, es uno de los factores, que en la actualidad se considera como de los más importantes en el incremento de la demanda de atención de salud, pues independientemente de la actitud de un individuo educado, se traducirá en una mayor demanda al tratar de obtener todos aquellos elementos de protección específica como lo constituyen las vacunas o la asistencia a los servicios médicos al menor síntoma o signo de padecimiento o simplemente a utilizar más frecuentemente los servicios de atención médica, con el objeto de verificar si se disfruta de un mejor nivel de salud y prevenir con un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, el desarrollo de padecimientos.

5.11 LA DIDACTICA, HERRAMIENTA PARA LA EDUCACIÓN DE LA SALUD

Relación que se establece entre el profesional de salud y el grupo de personas a quienes va dirigido un mensaje de salud. Para que la situación didáctica sea provechosa y permita el aprendizaje del usuario, el profesional de la salud debe considerar lo siguiente:

- Conocer el tema de salud a desarrollar.
- Planear con atención la forma de conducción de la situación didáctica, es decir, formular el o los objetivos, seleccionar los procedimientos didácticos, los materiales, organizar el tiempo y determinar el mecanismo con el cual va a realizar la evaluación.
- Seguir una secuencia lógica en el procedimiento didáctico que ese empleará.
- Despertar el interés y propiciar la participación del individuo
- Partir de situaciones conocidas a desconocidas.
- Verificar hasta que punto se ha comprendido la enseñanza, para lo cual debe recurrirse al interrogatorio del grupo.

La educación para la salud es una de las tareas más importantes que competen al profesional de enfermería, considerada así como una práctica social.

El considerar a la educación para la salud como práctica social, que tiene por objetivo la orientación a la colectividad acerca del beneficio de la salud y el daño de la enfermedad, permite deducir el quehacer de la didáctica en este campo. Por lo tanto la educación para la Salud, implica una acción concreta dirigida a un fin específico, de aquí la importancia de la didáctica.

Por lo tanto puede decirse que la didáctica sirve al personal de salud para realizar la organización previa a la acción y dentro de la acción, esto quiere decir que la didáctica proporciona al educador los elementos teóricos y metodológicos para la planeación de la enseñanza y la coordinación del proceso de aprendizaje del o los usuarios.

5.12 LOS RECURSOS DIDACTICOS COMO APOYO EN EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

Los recursos didácticos son los medios con los que se apoya el educador para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje. Estos recursos no tienen valor en sí mismos, sino que este dependerá de su elección y utilización oportuna.

Existe una gran cantidad de recursos didácticos, que es necesario conocer para seleccionar los idóneos según las necesidades y fines. Es importante que el educador, tome en cuenta las necesidades de la población a la que van dirigidos estos recursos, tema a desarrollar, tiempo con el que cuenta, cantidad de población y las posibilidades de su uso, puesto que en la medida en que estos sean utilizados correctamente, el resultado será favorable para el educador y por consiguiente para los educandos.

Para el mejor conocimiento los recursos didácticos se dividen en:

VISUALES	AUDITIVOS	AUDIOVISUALES
Pizarrón.	Grabaciones	Teatro guiñol
Rotafolio		Películas
Periódico mural		Videograbaciones
Carteles		
Laminas		
Folletos		
Volantes		
Transparencias		
Modelos		

Recursos visuales.

Dentro de los recursos didácticos existentes, un gran número corresponde a los visuales, que son lo que se usan con mayor frecuencia como apoyo a las diferentes actividades relacionadas con la educación para la salud. Una de las ventajas de estos recursos es su fácil acceso y manejo. Las características que deben tener estos recursos son:

- ✓ Tener la presentación agradable a la vista, es decir, que las ilustraciones tengan buen color, tamaño adecuado, de tal forma que sean visibles para todos los participantes.
- ✓ Cada recurso deberá incluir un sólo tema,
- ✓ Que las ilustraciones comuniquen lo que se quiere decir (un dibujo dice más que muchas palabras).

Se hace mención únicamente de los recursos didácticos más utilizados en la educación para la salud.

Rotafolio.

Es uno de los recursos más utilizados en las prácticas de educación para la salud. Se caracteriza por su fácil manejo y por ser utilizado ante cualquier grupo, siempre y cuando no sea excesivamente numeroso (mas de 60 personas)

Periódico mural.

Este recurso es muy recomendable de realizar dentro de toda institución ya sea centro de salud, clínica u hospital. Se utiliza para plantear algún problema de salud, común dentro de la comunidad, se caracteriza por su fácil elaboración.

Cartel.

Este recurso es muy utilizado en toda institución hospitalaria, en donde el mensaje se caracteriza por ser concreto, breve y conciso, que se presenta, total o casi totalmente ilustrado, lo esencial de este medio es que debe transmitir un mensaje que pueda ser visto y comprendido a cierta distancia, inclusive si está caminando aún paso normal.

Folletos.

Este consiste en un mensaje impreso, práctico, hecho en pocas hojas, de un tamaño que pueda transportarse y difundirse con facilidad. Su finalidad es informar a los participantes de una población sobre una problemática común.

Es importante recordar que los recursos didácticos representan un gran apoyo al educador para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje. Su valor dependerá de su elección como de su utilización oportuna.

6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD APLICADO AL USUARIO CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES.

6.1 Generalidades

Las enfermedades crónicas, llamadas también de evolución prolongada son más frecuentes en la actualidad, entre otros factores por el aumento de la esperanza de vida, que no es el único, pero que es el más importante. El descubrimiento oportuno de esta enfermedad ayuda a su prevención. (Alvarez, 1995)

La diabetes mellitus constituye una de las principales causas de morbimortalidad en México y uno de cada cuatro individuos mayores de 50 años tiene diabetes, un gran porcentaje de las personas que la padecen (alrededor de 30 a 40 %) no saben que son diabéticos porque no han acudido a ningún centro de atención. Su prevalencia se incrementó en forma significativa en las últimas décadas y actualmente afecta alrededor de 8% de la población mayor de 20 años.

La diabetes mellitus (DM) puede aparecer a edades tempranas o avanzadas de la vida, ser resultado de un proceso autoinmunitario que se relaciona con predisposición genética y se desencadenan por factores ambientales, que hasta ahora se desconocen, o bien puede obedecer a disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina. "Es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tienen alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas, proteínas, junto con un relativo o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta" (Islas, 1993)

Por lo antes mencionado es importante considerar que en las disposiciones oficiales de la Norma para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, establecen los procedimientos y acciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la diabetes tendientes a disminuir la incidencia de esta enfermedad, así como para establecer programas de atención médica idóneos a fin de lograr un control efectivo del padecimiento y reducir complicaciones y mortalidad. A continuación se mencionan algunas de las tantas actividades que establece dicha norma.

Prevención.

- La diabetes puede ser prevenida, en caso contrario es posible retardar su aparición.
- Debe establecerse, como principio básico de prevención, la aplicación de las medidas idóneas, tanto el ámbito individual como en el colectivo, para evitar la aparición de diabetes.
- Los factores protectores para la prevención y control de la enfermedad, son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable.

Promoción de la salud.

- El fomento de los estilos de vida saludables es necesario para prevenir o retardar la aparición de la diabetes, mediante acciones de promoción de la salud.

Educación para la salud.

- Se deben promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en materia de diabetes.
- Prevención de la diabetes entre los individuos de alto riesgo.

Detección.

- La detección además de servir para identificar a los diabéticos no diagnosticados, también permite localizar a individuos con alteración de la glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física para corregir esta situación.

Tratamiento y control.

- El tratamiento y control de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.
- Dentro del tratamiento y control se contempla la educación del usuario y su familia, debido a que el control de la diabetes requiere de una modificación de los estilos de vida, por lo que la educación es parte indispensable en el tratamiento.(NOM-015-SSA2-1994)

6.2 CONCEPTO.

"La diabetes es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina. Esta deficiencia puede ser absoluta o relativa, es absoluta cuando la secreción de insulina es menor de lo normal y es relativa cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida" (Lerman,1998) Es una enfermedad crónica que impide que se puedan aprovechar de forma adecuada los diferentes principios inmediatos de la alimentación (hidratos de carbono, proteínas y grasas); especialmente azúcares.

6.3 SÍNTOMAS

La hiperglucemia es la causa de los síntomas característicos de la diabetes. En general, las manifestaciones iniciales son: poliuria, polidipsia y polifagia, además de astenia, adelgazamiento, prurito. Explicando la sintomatología tenemos:

- o El aumento de azúcar en la sangre se elimina a través del riñón. Se necesita una gran cantidad de agua para disolverlo, por lo que se produce la eliminación de gran cantidad de orina.
- o Esta pérdida de agua por la orina produce aumento de la sed, de manera que el usuario está bebiendo agua constantemente para reponer los líquidos perdidos.
- o La falta de utilización del azúcar como fuente de energía es la causa principal de la aparición del cansancio, síntoma que es frecuente encontrar en los diabéticos juveniles y ausente en los diabéticos adultos.
- o Como no se usan los azúcares y se eliminan por orina, da como resultado la pérdida de calorías y por consiguiente se queman las grasas como fuente de energía, de ahí el adelgazamiento del usuario.
- o Es frecuente el prurito, especialmente en el sexo femenino el cuál se localiza en los genitales, o generalizado en todo el cuerpo, esto ocasionado por la acumulación de glucosa en la piel.
- o Otro de los síntomas es el apetito excesivo manifestado por una ingesta mayor de alimentos. Sin embargo cuanto más consume el usuario, más azúcar ingresa al organismo y con ello la presencia de glucosa en sangre, estableciendo así un círculo vicioso. (Surroca,1995)

6.4 CLASIFICACIÓN

Diabetes mellitus tipo 1

Es la diabetes que depende de la insulina, por lo que anteriormente se llamaba insulino dependiente. Generalmente se produce en niños o jóvenes menores de 30 años. Se desarrolla cuando el páncreas deja de producir insulina o produce muy poca.

Diabetes mellitus tipo 2.

Es la diabetes que no depende la insulina, por lo que anteriormente se le conocía como no insulino dependiente, es la más frecuente, y cerca del 90% de las personas diabéticos pertenecen a este tipo.

En este tipo de diabetes, las células del páncreas no producen una cantidad suficiente de insulina o el organismo no responde bien a la insulina de que dispone.

Existen otros subtipos específicos de diabetes los cuales son: a) defectos genéticos de la función de la célula beta; b) defectos genéticos de la acción de insulina; c) enfermedad del páncreas exócrina; d) enfermedad endocrina; e) diabetes inducida por sustancias químicas y medicamentos; f) infecciones; g) formas poco comunes de diabetes mediado por el sistema inmunológico y h) otros síndromes genéticos que en ocasiones se relacionan con diabetes.

Diabetes gestacional (forma de diabetes que se inicia o decubre durante el embarazo).

En la fase de Diabetes Mellitus (DM) se pueden distinguir 3 etapas, en la primera no se requiere de insulina, en la segunda se necesita insulina para lograr un buen control glucémico y en la tercera la insulina es indispensable para la sobrevivencia del individuo. Los 4 tipos de diabetes (Tipo1, Tipo 2, Otros tipos específicos y diabetes gestacional) pueden cursar por las 3 fases evolutivas.

6.5 PATOGENIA.

Diabetes Mellitus T1

Acción a ciertos agentes ambientales sobre el individuo genéticamente susceptible produce insulinitis y la modificación antigénica de las células beta del páncreas, con lo que se activa un proceso autoinmunitario que destruye en forma progresiva estas células y reduce la reserva de insulina.

No se conoce exactamente la causa de la diabetes tipo I, pero se dice que existen varios factores que se relacionan con su aparición:

- Productos tóxicos en los aditivos alimenticios
- Factores alimenticios como la lactancia artificial
- Historia familiar de diabetes
- Infección por virus que lesionan el páncreas.
- Alteraciones del sistema de defensa del organismo, que dan lugar a la destrucción de las células del páncreas que producen insulina.

Diabetes Mellitus T2

Los principales factores adquiridos que contribuyen a la presentación de diabetes mellitus T2, son aquellos que se relaciona con aumento de la resistencia a la insulina, los mejor identificados son:

- Mas de 40 años
- Obesidad
- Antecedentes de familiares diabéticos
- Personas con antecedentes de diabetes gestacional.

6.6 DIAGNÓSTICO.

Hay tres formas posibles de establecer el diagnóstico de diabetes:

1. Síntomas característicos de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso), con una concentración plasmática de glucosa igual o mayor de 200mg/dl en una muestra aleatoria de sangre, que se obtiene en cualquier momento del día, sin importar cuándo se ingirió el último alimento.

2. Concentración plasmática de glucosa en ayunas (ausencia de ingreso de calorías por lo menos durante las últimas 8 horas) igual o mayor de 126 mg/dl.
3. Glucemia en ayunas menor del valor diagnóstico, pero un valor de glucosa plasmática igual o mayor de 200mg/dl, 2 h. Después de administrar por vía oral una carga de 75g de glucosa.

6.7 COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Complicaciones crónicas

Reciben el nombre de complicaciones crónicas aquellas alteraciones de los tejidos del organismo que afectan de manera específica a las personas diabéticas, lesiones que por lo general son irreversibles, cuya causa no es totalmente conocida, aunque la hiperglucemia constituye posiblemente el principal factor desencadenante.

Actualmente los enfermos diabéticos tienen una esperanza de vida similar al resto de la población No obstante su calidad de vida suele verse obstaculizada por la aparición de las complicaciones específicas las cuales se clasifican en 3 grupos.

- 1) Microangiopáticas: Afecta la circulación de vasos de pequeño calibre. La retinopatía es la causa más importante de ceguera.
- 2) Macroangiopáticas: Afecta los vasos de gran calibre y conducen a la arteriosclerosis y a la cardiopatía isquémica.
- 3) Neuropáticas: Afecta el sistema nervioso produciendo neuropatía periférica, cuyos síntomas son pérdida de sensibilidad, debilidad motora, parestesias, dolor intenso en extremidades inferiores y neuropatía vegetativa en donde los signos habituales son hipotensión ortostática, enteropatía, gastroparesia, vejiga neurogénica, eyaculación retrógrada, impotencia, etc.

Complicaciones agudas.

La complicaciones agudas de la diabetes por causa hipoglucémica ya sea por error en el tratamiento o por factores externos (infecciones) puede originar situaciones agudas más o menos graves que en orden de frecuencia son cetosis, cetoacidosis, coma hiperosmolar y acidosis láctica. Las dos primeras son casi exclusivas de la diabetes Tipo 1 mientras que el coma hiperosmolar es privativo de la Diabetes T2

6.8 TRATAMIENTO.

El tratamiento que debe seguir el usuario con diabetes depende del tipo de diabetes que este presentando, pero en general se puede decir que es a base de dieta, medicamento oral e insulina, pero la base del tratamiento es la educación del usuario, que consiste en prepararlos, sobre cómo enfrentar su enfermedad e informarlos acerca de las precauciones a seguir.

El objetivo de proporcionar educación al usuario con diagnóstico de diabetes, es informar y adiestrar a la persona para hacerse responsable en el tratamiento y control de su enfermedad, y de esta manera garantizar una vida autónoma.

Una de las funciones más importantes de todo el personal que trabaja en el área de salud, es la de educar o enseñar a la gente la forma de vivir en estado de salud. La educación es uno de los pilares de la medicina preventiva y del fomento de la salud, cuya finalidad es ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo. Empieza por lo tanto, con el interés de la gente por mejorar sus condiciones de vida y aspira a crear un sentido de responsabilidad por su propio mejoramiento, ya sea individualmente o como miembros de una familia y de la colectividad. En este sentido vale la pena recordar que la salud es uno de los elementos de bienestar general, y la educación, es sólo uno de los factores del mejoramiento de la salud y de las condiciones sociales, por otro lado es necesario aclarar que la adquisición de conocimientos sobre la salud no se limita a la enseñanza dada con esta estricta finalidad, sino que en gran parte es el resultado del proceso de aculturación general del individuo, es decir de las experiencias adquiridas en el hogar, en su vida dentro de la colectividad, en su entorno social etc.

"Si lo oigo, lo olvido si lo veo, lo recuerdo, si lo hago lo sé", es un antiguo aforismo que expresa cabalmente el proceso de aprendizaje que es la base de la educación.

Es importante considerar que la información y el conocimiento puede transmitirse de persona a persona y son muy útiles, pero no son sinónimos de educación que es, en esencia, la estructuración del carácter de la personalidad.

Diversas investigaciones han demostrado que, a pesar de las amplias diferencias de clase y de grado de conocimiento, existe en todas las edades y en todas las razas humanas una capacidad de cambiar en buena medida las ideas, las actitudes y los modos de comportarse. Por lo tanto cualquier individuo puede aprender, sea cual fuere su edad, sexo, raza y cultura.

Aprender implica un cambio de ideas y costumbres por parte de un individuo, este cambio sólo puede llevarse a cabo mediante el propio esfuerzo individual. Mientras el individuo permanezca pasivo frente a determinada situación no habrá aprendizaje posible, es decir, éste es un proceso activo y no un proceso de información, de conocimiento o de memorización.

Por lo tanto la educación es efectiva cuando se induce al individuo a vivir una vida sana practicando el cuidado de su salud.

En lo que respecta a la atención del usuario diabético es importante señalar que la educación es parte importante del tratamiento, anteriormente se consideraba que la única persona que debía conocer la enfermedad era el responsable de atender al usuario, llámese médico, enfermera, trabajador social etc. Hoy en día sabemos que el éxito del autocuidado esta dado por el conocimiento de la persona afectada, es decir entre más conocimiento y conciencia tenga acerca de su padecimiento, mejor será su participación

en el cuidado de su salud y por consiguiente en la calidad de vida, por ello es imprescindible conocer la importancia de la educación del usuario con un problema crónico degenerativo, que si bien es cierto no es curable, pero si prevenibles las complicaciones y las muertes prematuras.

El diagnóstico de diabetes mellitus lleva implícito un pronóstico de incurabilidad y por lo tanto de un manejo terapéutico continuo. Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones causantes de invalidez e incluso de la muerte. Estas condiciones inherentes al estado diabético llevan al usuario a la difícil tarea de controlar una enfermedad que requiere la aplicación diaria de insulina o la administración regular de medicación hipoglucemiante, ajustarse a una dieta y controlar su peso, programar la actividad física, medir sus concentraciones sanguíneas de glucosa, comprender los efectos de la transgresión dietaria y de las infecciones en cifras de glucemia e identificar, prevenir y tratar con oportunidad la hipoglucemia y la cetosis, por mencionar algunas de las acciones de la vida cotidiana de estas personas. Un buen control de la diabetes tiene mejores perspectivas de lograrse cuando el usuario posee una clara información de la naturaleza del padecimiento.

"Es a través de la educación que el usuario es capaz de incorporar el manejo de la diabetes a su vida diaria y minimizar la dependencia del médico (autosuficiencia). En términos simples la educación se debe entender como un proceso de enseñanza-aprendizaje, que permite adquirir conocimientos para resolver problemas." (Islas,1993) y en donde los actores importantes son: el educador y el usuario.

6.9 LO QUE EL USUARIO CON DIABETES DEBE SABER.

Mientras más conozca el diabético su cuerpo, así como lo que está sucediendo, mejores serán las posibilidades de controlar la enfermedad y prevenir complicaciones. Debe lograrse un verdadero acercamiento entre usuario, enfermera y médico. En la actualidad hay más materiales para educación y como nunca antes los hubo, para ayudar al usuario a adquirir la información necesaria para comprender lo que sucede. Sin una verdadera comprensión de las razones por las cuales se debe mantener un control estricto de la dieta, el ejercicio y la medicación, es fácil que el usuario pierda el camino por el cual debe ahora caminar por el resto de su vida.

Cuando un usuario no sigue los consejos del médico, enfermera entre otros miembros de salud estos de entrada se sentirán frustrados. Sin embargo, el problema frecuentemente radica en el personal de salud que no se ha tomado el tiempo necesario para explicar el tratamiento y los cuidados que debe seguir el usuario así como su importancia. Es substancial tener presente que toda persona que cursa con una enfermedad crónica experimenta cuatro momentos; negación (no aceptan la enfermedad), temor (miedo a perder la vida), suplica (solicitar ayuda) y aceptación (Aceptan vivir con la enfermedad). (Duran,1997)

El emplear el tiempo suficiente para hacer las cosas necesarias correctamente desde el principio, incluyendo la educación del usuario, puede ser la forma más eficiente de controlar la enfermedad.

Existen dos hechos que deben aceptarse sobre el tratamiento médico de la diabetes: no es fácil y lleva mucho tiempo. No es fácil por que la diabetes es una enfermedad compleja, y requiere mucho tiempo de paciencia y constancia por parte del profesional de salud, el tiempo necesario para enseñar al usuario cómo funciona el cuerpo normalmente, así como lo que está desequilibrando la diabetes.

Los puntos que deben considerarse en la educación del usuario son:

- ❖ ¿Qué es la diabetes?
- ❖ El plan dietético
- ❖ Técnica de la inyección de insulina
- ❖ Autocontrol en sangre y orina
- ❖ Reconocimiento de la hipoglucemia e hiperglucemia y conductas ha seguir.
- ❖ Normas higiénicas
- ❖ Cuidado de los pies, ojos, boca
- ❖ Ejercicio adecuado
- ❖ Anticoncepción
- ❖ Normas de adecuación para la practica de deportes, viajes, enfermedades oportunistas, aparición de cetosis o cetoacidosis. (Surroca,1995)

De la educación que se proporcione al usuario diabético, dependerá que lleve una vida plena o no.

El conocimiento de los aspectos básicos de la diabetes y su manejo, así como el desarrollo de habilidades y destrezas técnicas, son requisitos previos indispensables para que el paciente esté en capacidad de ser autosuficiente en su cuidado. La educación, debe dirigirse al paciente y su familia, porque de ella depende en gran parte el cuidado diario y es determinante cuando se trata de menores de edad. El paso inicial y crucial en el proceso educativo es la aceptación de la diabetes con su carácter de incurabilidad, que requiere, por tanto, un manejo permanente y limitaciones variables en el estilo de vida, dependientes en gran medida del nivel de control que se logre.

En virtud de que el manejo efectivo de la diabetes depende de la capacidad y habilidad del usuario y su grupo familiar para aprender y aplicar los conocimientos, es importante que se establezca un buen funcionamiento familiar en el que el manejo de la diabetes sea responsabilidad de todo el grupo. Para que esto tenga verificación, se requieren diversas condiciones efectivas, entre las que destaca el apoyo o soporte emocional de los miembros de la familia, lo que facilita la aceptación del padecimiento y las demandas que éste genera (afectivas, económicas, terapéuticas, etc.) En el caso de los menores de edad, cabe mencionar en particular la participación del padre en el proceso educativo, ya que también sufre el impacto emocional por la enfermedad de su hijo y a ello responde por lo general con evasión, relegando con la madre todas las responsabilidades del cuidado y vigilancia del manejo. En algunos estudios se demuestra una estrecha relación entre la participación del padre y el grado del control metabólico en el hijo.

Entonces el nivel de funcionalidad familiar es esencial para el diseño de la terapéutica y del programa educativo, los cuales rinden sus mejores frutos cuando la familia está

integrada y con motivación para participar en forma activa en el cuidado y manejo del paciente. En palabras de Shapiro, se puede concluir que "es claro que existe una innegable relación entre la familia y la enfermedad y que una enfermedad específica afecta y es afectada por el contexto familiar" (Kilo,1991)

La educación del usuario diabético y de su familia, debe organizarse como parte integral del programa terapéutico, con metas bien claras, de las que derivarán los objetivos particulares para cada usuario, su contenido y los procedimientos a llevar a cabo. Las consideraciones hechas hasta el momento ponen en claro que no se puede lograr una educación efectiva en el usuario diabético con métodos de participación pasiva como mostrar películas, dictar conferencias o proporcionar material escrito sobre la diabetes y su manejo. Los pasos iniciales en el proceso deben ser la programación y sistematización de la educación, el establecimiento de la programación y sistematización de la educación, el establecimiento de metas y objetivos y la asignación de responsabilidades específicas al usuario y a los profesionales de la salud. Por otra parte, también se deben definir: cronología del proceso (cuando enseñar), contenido programático (qué enseñar) y procedimientos para lograrlo (cómo enseñar)

La etapa inicial de la educación también denominada aguda, está a cargo del médico, quien informa el diagnóstico y la naturaleza de la enfermedad al usuario; posteriormente a la enfermera en el conocimiento, prevención, identificación y manejo de las complicaciones agudas (hipoglucemia y cetoacidosis) y la terapia insulínica (tipos de insulinas, duración y máximo efecto) o, en su defecto, el uso de hipoglucemiantes orales, así como la importancia y características de la alimentación.

El usuario hospitalizado por descompensación glucémica obligatoriamente debe recibir educación. Es verdad que en estas condiciones el usuario y su familia se encuentran en una difícil situación emocional que limita el aprendizaje, pero en la que es necesario proporcionar información para que el usuario pueda volver a su domicilio con una preparación elemental, que lo proteja del desarrollo de serias complicaciones que pongan en peligro su vida. En ocasiones, el adiestramiento en sobrevivencia se prolonga fuera del hospital, mientras el usuario y la familia alcanzan un aceptable nivel de adaptación y funcionalidad a su nuevo estilo de vida.

La educación intermedia o de profundidad comprende el diseño de metas realistas y de los procedimientos para alcanzarlas.

La tercera etapa de la educación en diabetes se diseña para cubrir las necesidades de conocimientos, en función de las cambiantes condiciones de vida del usuario (adolescencia, complicaciones vasculares, etc) para reforzar el conocimiento previo y actualizar los conceptos teóricos y prácticos en función de los avances científicos en el campo de la diabetes mellitus.

Dentro de las tres etapas de educación del usuario diabético la participación de la enfermera es fundamental. recordemos que el profesional de enfermería es quién está en estrecha relación con el usuario para el mejoramiento, cuidado y preservación de su salud.

Otro aspecto del proceso educativo es la manera o mecanismo para llevarlo a cabo, ya que, como se mencionó antes, no es posible lograr una educación efectiva mediante películas o pláticas y conferencias acerca de la diabetes y su manejo. El procedimiento de conferencias se utiliza en razón de que proporciona información a un gran número de personas y requiere poco personal docente, sin embargo, conlleva las desventajas de ser impersonal, no adecuarse a las necesidades inmediatas del usuario y carecer de evaluación, que es un elemento básico en todo proceso de enseñanza-aprendizaje.

La enseñanza colectiva en grupos pequeños, con objetivos específicos y comunes para los educandos, es otro procedimiento educativo al que se la ha denominado discusión coordinada, porque permite la participación activa del usuario y sirve al mismo tiempo como dinámica de grupo en la que afloran las dudas y problemas tanto de los aspectos técnicos y cognoscitivos como emocionales de los usuarios y su familia.

Cada consulta médica periódica debe ser una experiencia educativa para la resolución de los problemas de adherencia al manejo, así como de los emocionales. Las pláticas, conferencias o películas sirven primordialmente como reforzamiento o actualización de los conocimientos teóricos.

La comunicación abierta permite aclarar dudas específicas y rediseñar los objetivos de acuerdo con las necesidades cambiantes del usuario y permite una evaluación inmediata de los logros educacionales a través del comportamiento clínico y de los diversos índices de control metabólico (glucemia, hemoglobina glucosilada, crecimiento pondoestatural, frecuencia de hipoglucemia, cetosis etc.) Esto facilita al mismo tiempo la identificación de problemas emocionales y psicológicos para su manejo oportuno por el psicólogo o psiquiatra, quien además brinda apoyo emocional que reduce miedo y temores al padecimiento y complicaciones.

La evaluación del programa educacional debe comprender los efectos cognoscitivos, psicomotores y afectivos, y su influencia en el nivel de control e independencia en el manejo del estado diabético. Esto permite identificar las áreas que requieren reforzar y al mismo tiempo evaluar la efectividad de la educación, incluidos la participación del equipo de salud y lo adecuado del programa educativo.

6.10 EL EDUCADOR SOBRE LA DIABETES.

Hoy en día tanto el personal médico como el personal de enfermería fungen como educadores, de la salud, considerando que cuentan con las bases científicas para llevarlo a cabo, sin embargo la mayor parte del personal de salud no ha tomado consciencia de la importancia que tiene el educar al usuario diabético, sobre todo por que de ello depende que éste tome consciencia y sea participe en su autocuidado, considerando que la esencia del tratamiento en usuarios diabéticos es la educación. Hablar de educación es proporcionar los conocimientos básicos de la enfermedad a todo usuario sin importar en que nivel de atención se encuentre, ya sea en un primero, segundo o tercer nivel para cada nivel existe un campo de acción.

En la medida en que se proporcione educación al usuario diabético, disminuirán las complicaciones que van de descompensaciones de glucemia, amputaciones, invalidez y muerte.

Para proporcionar asesoría a un diabético sobre dieta no es necesario ser dietista, pero sí tener un amplio conocimiento acerca de la dieta a seguir de una persona que padece diabetes enseñando así nuevos patrones de ingestión de alimentos. Por lo que es importante que los educadores enseñen a las personas cómo cambiar sus hábitos de comida así como el beneficio que involucra seguir el plan de tratamiento preescrito. Esto es importante para los diabéticos, ya que éstos tienen necesidad de aprender no sólo qué, cuándo y cuánto comer, sino cómo resultan afectados sus niveles de azúcar (glucosa) de la sangre por la combinación de dieta, ejercicio y medicamentos.

El concepto de las necesidades de educación en la Diabetes Mellitus data de mucho tiempo, en un principio el médico, a veces con auxilio de la enfermera y la dietista, era capaz de conducir con eficiencia el manejo y de proporcionar la información básica acerca de la alimentación, el uso de insulina, la medicación hipoglucemiante y las mediciones de glucosa en orina para evaluar el nivel de control. Con el paso de los años, el manejo de la diabetes es más efectivo, pero al mismo tiempo más complejo, en razón de un mejor conocimiento de la importancia de la autoevaluación domiciliar de la glucemia, el desarrollo de complicaciones vasculares en relación con las concentraciones de glucosa sanguínea y de la participación de los factores emocionales en el comportamiento y evolución del padecimiento. Esto llevó a la incorporación de un mayor número de profesionales de la salud al equipo multidisciplinario, que además de cubrir las demandas de la atención médica participará en la educación del usuario diabético.

Para que los miembros del equipo de salud sean educadores efectivos, requieren ciertas condiciones y características en sus actitudes y preparación profesional. En primer término, deben tener experiencia y conocimientos actualizados de la diabetes mellitus y su manejo, ya que el nivel de preparación que tiene un usuario en los diversos aspectos de su tratamiento depende en gran parte del que posean los profesionales de la salud responsables de su cuidado.

Por otra parte, el educador debe conocer los principios básicos del proceso de enseñanza aprendizaje y tener además la habilidad y disposición para comunicarse con el usuario y su familia. En diversas ocasiones se ha criticado la actitud de los profesionales de la salud hacia el usuario diabético, la cual no permite establecer una buena relación de efecto y comprensión. No hay duda de que la relación de interacción profesional de la salud-usuario es fundamental por su impacto en la actitud y en consecuencia en la salud del usuario.

Para que el educador pueda proporcionar la mejor educación requiere, en primer término, identificar las necesidades de aprendizaje del usuario, así como sus habilidades, limitaciones y disposición de aprender.

La responsabilidad de ser el educador recae por lo general en los profesionales del cuidado de la salud los cuales en muchas ocasiones no cumplen de manera cabal la tarea en razón de sus demandas de tiempo y porque en general se pone una mayor atención a

los usuarios de reciente diagnóstico: así se asume por equivocación que los usuarios con mayor tiempo de evolución saben manejar su padecimiento. A esto se suma la de que muchos usuarios confían en que son correctas todas sus acciones y decisiones de manejo.

De manera ideal, la educación del usuario diabético debe organizarse como parte integral del programa terapéutico, con lo que se logra un mejor control clínico y bioquímico de la enfermedad. En consecuencia, se logra reducir con frecuencia un gran número de hospitalizaciones por complicaciones agudas y por ello una importante disminución en el costo de la atención médica.

Aspectos generales a considerar por el educador para la salud.

1. Conocer lo mejor posible, lo que el individuo, y la familia (la comunidad) saben y hacen en relación con la salud y la enfermedad.
2. Determinar los recursos que pueden utilizarse en la educación para la salud.
3. Tener presente que no basta con que la gente capte un mensaje o una idea, lo importante es que adopte actitudes y conductas favorables de salud.
4. Los cambios de conducta y hábitos no son fáciles de lograr, se requiere de múltiples esfuerzos y acciones, según el caso, que creen conciencia plena del problema, que formen unas nuevas actitudes en relación al mismo y, sobre todo, determinen una nueva conducta para prevenir la enfermedad o para solucionar el problema.
5. La educación para la salud debe ser una acción programada con metas precisas y en apoyo situaciones concretas. No debe pensarse que con mensajes aislados e imprecisos puedan lograrse cambios de conducta. Es necesario definir bien lo que se desea que se haga y por qué.
6. Las motivaciones para forjar nuevas conductas deben sustentarse en las necesidades, intereses y posibilidades existentes. Es más fácil motivar, si la motivación se encuentra en los propios intereses y valores del individuo.
7. Los medios auxiliares deben utilizarse como apoyo a los procedimientos básicos y no aislados.
8. Todo material de apoyo debe examinarse previamente, para juzgar si es adecuado para el tema que se vaya a impartir.
9. Es importante conocer y tomar en cuenta las características de los usuarios, tanto desde el punto de vista individual como familiar y social.
10. Y por último es imprescindible que el educador domine el tema que va a exponer, debido a que el usuario comúnmente hace preguntas que en un momento dado al

no ser respondidas, éste da poca credibilidad a lo que ha escuchado y con ello pierde el interés hacia otros temas.

El educador debe procurar cuidar que: 1) su aspecto sea agradable; 2) el trato con respeto, comprensión y cortesía a todos; 3) emplear voz clara, lenguaje sencillo y que sea entendido por cualquier persona; 4) inspirar confianza; 5) saber estimular la participación de los educandos y por último; 6) procurar relacionar el tema con situaciones reales.

En la práctica hospitalaria, todo el personal de salud debe realizar actividades educativas, aprovechando el contacto que por diversas razones se tiene con la población y en forma especial en padecimientos crónico-degenerativos.

“El hombre no puede participar activamente en el cambio de la situación, si no se le orienta para que adquiera conciencia de ella y si no se le apoya para desarrollar su capacidad para transformarla. Necesita el hombre darse cuenta de su realidad, descubrir que es transformable y que él puede, junto con los demás, lograrlo. Esto debe ser el objetivo primordial de la educación. Crear conciencia en la población de su realidad, formar una conducta crítica y fomentar la intervención comprometida para el cambio social.” (Sánchez,1994)

6.11 LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN DEL USUARIO CON DIABETES.

Para disminuir la cantidad de diabéticos, evitar complicaciones, lograr mejor calidad de vida y alcanzar la salud, el equipo de salud (médico, psicólogo, nutriólogo, trabajador social, enfermera etc.) deberán trabajar conjuntamente al lado de los usuarios y sus familiares, es decir que la atención tendrá que ser integral.

El equipo de salud deberá proporcionar con detalle toda la orientación que considere conveniente para controlar la enfermedad a fin de evitar incertidumbres, malas interpretaciones, temores, angustia, depresión, escaso amor hacia su persona, etc.

Pocos son los profesionales que dedican su tiempo a los diabéticos para explicarles qué es y en qué consiste el padecimiento, cómo puede prevenirse, cómo evitar complicaciones, qué medidas deben tomarse etc.

Un gran número de personas desconoce muchas cuestiones relacionadas con el padecimiento.

El profesional de la salud deberá explicar el curso de la enfermedad y llamarla por su nombre, además, deberá exponer a cada usuario y familiar los resultados, aclarando frases, palabras y / o letras que no se entiendan, aun sin que ellos lo pregunten, ya que, de acuerdo con estudios, por timidez, o poco interés del personal de salud evitan hacer preguntas y comentarios.

Otra de las tareas importantes del equipo de salud es motivar a los usuarios y familiares para que expresen sus inquietudes, busquen información, solución en sus

problemas, den apoyo y esfuerzos que logren un balance biopsicosocial para evitar un papel pasivo en la diabetes.

La confianza que brinde al usuario y familiar es determinante para que se sientan satisfechos en la consulta, el diabético debe convencerse de que su equipo de salud es el más capacitado para tratarlo, de que hará todo lo posible para asegurarle la mejor atención y de que siempre estará apoyándolos. La confianza deberá iniciarse desde el primer contacto en la institución de salud.

Algo muy importante que debe tener en cuenta el profesional de salud es que no deberá mentir nunca a los usuarios ni exagerar la información, porque, además de perder la confianza hacia el equipo, generará el miedo en lo que respecta a su salud. Lo importante es resaltar los aspectos favorables con el fin de que, a partir de ellos, se corrijan los comportamientos que no son saludables para el diabético y, por consiguiente, para los familiares.

Se aconseja que el equipo de salud tenga contacto con los familiares del diabético para explicarles la situación por la que atraviesa, apoyarlos a reconocer los problemas del enfermo y conseguir su apoyo en el control de la enfermedad.

Todo el equipo de salud desempeña un importante papel cuando trabaja coordinadamente. Una vez comprobado el diagnóstico de diabetes, el equipo de salud deberá llevar a cabo las prácticas educativas tanto del usuario como de los familiares. Explicando así la historia natural de la enfermedad, las complicaciones, el tratamiento a seguir y las medidas preventivas, identificando la problemática de cada uno de los enfermos para elaborar un plan de intervención acorde con sus características. Es importante recordar que la atención y la educación son individualizadas:

- Presentación del plan de intervención a los demás profesionales de la salud para que coordinadamente lo lleven a cabo.
- Verificación periódica del estado de salud del usuario y prescripción de dosis de medicamentos según lo requiera el usuario.
- Seguimiento acerca de la evolución de cada usuario.
- Proporcionar información acerca de las dietas más adecuadas.
- Elaboración de dietas combinando productos que sean conocidos y accesibles de acuerdo a la economía de la persona., apoyando al enfermo en la elección de su dieta teniendo en cuenta sus costumbres, edad, gustos alimenticios y estados de salud en general

El campo que el profesional de la salud tiene para llevar a cabo acciones educativas es amplio, en particular para el profesional de enfermería que esencialmente es considerado como educador y agente de salud, en cualquier nivel en el que esté desempeñando sus labores.

Los profesionales de la salud, son importantes en el tratamiento de la persona diabética, por lo tanto el equipo de salud debe explicar al usuario diabético y familia, que modificar su estilo de vida no es nada sencillo debido a que requiere de varios intentos y considerar los esfuerzos como experimentos, por lo cual habrán de buscarse las medidas preventivas más eficaces para mantener estables las cifras de glucosa, reconociendo además que la enfermedad puede controlarse y con ello llevar una vida plena.

6.12 EL PAPEL DOCENTE DE LA ENFERMERA

La enseñanza de la persona sana o enferma es uno de los componentes esenciales de los cuidados de enfermería. Es bien cierto que toda persona tiene necesidad de ser enseñada. Por lo tanto puede decirse que la enseñanza es vital en la vida de una persona, puesto que en la medida que sea educada proporcionada podrá actuar en beneficio de su salud.

Actualmente los nuevos programas de enseñanza de enfermería y la importancia puesta hoy en día en la educación en los niveles primario, secundario y terciario contribuyen y contribuirán siempre a reafirmar y valorizar el rol de enfermería que consiste en la educación de las personas.

De este modo la educación no puede pasar desapercibida para el profesional de enfermería, por lo que en este capítulo se hace mención de la importancia de la docencia en enfermería y su participación en la Educación para la Salud.

La educación de un sujeto no es resultado sólo de un educador. El medio en el que vive y con el que interactúa ejerce en él una acción educativa que muchas veces lo lleva a hacer cosas que dañan su salud.

La acción educativa puede ser voluntaria o involuntaria, consciente o inconsciente, así como tener finalidades explícitas. Sin embargo, cuando se trata de la educación organizada, necesariamente existen propósitos y finalidades. En este sentido entendemos a la docencia, como "educación organizada, como educación intencional, como educación sistemática."(Espinoza,1992)

6.12.1 Concepto de docencia

El concepto de docencia implica enseñanza y hace referencia a situaciones educativas en las que se realiza un proceso de enseñanza-aprendizaje, en las que se efectúa un proceso de interacción entre el educador y el educando, en las que la acción educativa es estructurada y organizada.

6.12.2 Propósito de la docencia.

El propósito fundamental de la docencia es propiciar aprendizajes significativos.

Por lo tanto el aprendizaje es el término y el objetivo de la docencia. La actividad docente tiene sentido sólo en la medida en que busca y procura que el aprendizaje se produzca. Se dice que la docencia puede tener dos sentidos: uno como tarea o trabajo que intenta o trata, pero que no necesariamente implica el logro de aprendizajes; otro cuando hay un sentido de éxito, logro o aprovechamiento, conforme al cual, además de la intención, existe la implicación, de que en efecto, se ha suscitado el aprendizaje.

El logro de aprendizajes en la docencia, considerados individual y socialmente significativos, no depende sólo de la participación de educador, depende también de factores y elementos ajenos a las intenciones de la docencia.

Propiciar aprendizajes puede entenderse, entonces, como suscitar o promover las condiciones adecuadas para que el aprendizaje se produzca.

6.12.3 La práctica docente en enfermería.

Toda enfermera profesional deber ser capaz de considerar la necesidad de un programa cuyo fin sea la instrucción del usuario confiado a su cuidado y, en su caso de iniciarlo o ponerlo en práctica.

La instrucción de los enfermos, sobre todo con enfermedades crónico-degenerativas es una parte esencial de la enfermería. Es un importante principio docente que la enseñanza se haga al nivel real de comprensión, actitud y aptitud del educando, y que su ejecución consista en una sucesión de experiencias docentes cuidadosamente escogidas, y realizadas todas en el nivel deseado.

Pasada la época en que los mayores problemas de salud eran enfermedades agudas, transmisibles e infecciosas, consecuentes a la situación de su subdesarrollo del país, a la situación de penuria y falta de higiene, hoy nos encontramos con que las enfermedades que nos aquejan son en su mayoría consecuencia de un estilo de vida inmerso en el desarrollo, en la competitividad, en la selección de los mejores.

Esta civilización produce, junto con las viejas enfermedades, otras nuevas que ya no se parecen a las de décadas anteriores. Gran parte de esas enfermedades no se cura, son enfermedades crónicas, que además de que son incurables producen, sumado al dolor, problemas sociales, económicos, psicológicos, etc.

La enfermedad crónica en muchos casos margina al enfermo por diferentes vías, bien porque sus molestias le impiden llevar una vida normal o porque su tratamiento o determinadas consecuencias de su enfermedad le tienen condicionado a horarios estrictos, a prácticas molestas, o bien porque el enfermo crónico no tiene conciencia de que previsiblemente su enfermedad le acompañará a lo largo de su vida y pendiente siempre de una curación que no llega, no plantea su vida compartida con la enfermedad.

En la diabetes la dieta y la dependencia de insulina determinarán un cierto grado de marginación del usuario, y si nadie le enseña a inyectarse o le explica la variedad tan

amplia de alimentos que puede consumir la calidad de vida de la persona enferma se ve afectada.

El enfermo crónico tiene generalmente una posición pasiva frente a la enfermedad y aunque sufre y afecta a toda su vida personal y familiar, en la mayoría de los casos no sabe cómo actuar y pone en el sistema sanitario, en la consulta del médico toda su esperanza, esperanza de curación imposible y que le lleva a vivir siempre pendiente de ese nuevo medicamento, o esas sesiones de onda corta, o esas nuevas pruebas, en definitiva, vive siempre esperando sanar.

La curación no llega y la enfermedad primera lo lleva a situaciones de desánimo, de depresión, marginación, etc.

La medicación en la enfermedad crónica no es un elemento generador de salud. Sólo cumple una función de ayuda, ya que lo fundamental, es conseguir que el enfermo crónico asuma una postura activa ante su proceso, lo conozca, lo maneje, lo entienda, y desde luego se cuide.

Sin embargo, aunque el autocuidado es una actitud vital, no es fácil si lleva consigo el cambio de hábitos.

Tal vez para el personal de salud sea fácil hablar de cambios de estilo de vida, de transformación de hábitos perjudiciales, y que les pueda parecer absurdo que alguien que pasó por una experiencia de peligro de su vida, por un infarto de miocardio, o sufre grandes dolores articulares, o sea fatiga tremendamente, no cambie sus hábitos de alimentación, tabaco. etc.

La enfermería tiene que asumir la importantísima función docente, de ayudar al enfermo a modificar su estilo de vida para convivir saludablemente con su enfermedad.

El control del enfermo crónico y la educación para la salud que en ella se imparte, llevan como objetivo conseguir que éste no se considere "enfermo", que el hecho de padecer un problema no conlleve al apelativo social de enfermo. La experiencia está demostrando que el conocimiento de su enfermedad, de los medios para controlarla, hace al individuo que la sufre mucho más libre y evita su marginación.

La investigación ha demostrado que, a pesar de las amplias diferencias de clase y grado de conocimiento, existe en todas las edades y en todas las razas humanas una capacidad de cambiar en buena medida las ideas, las actitudes y los modos de comportarse.

Dado que aprender implica un cambio de ideas y costumbres por parte de un individuo, este cambio sólo puede llevarse a cabo mediante el propio esfuerzo individual. Mientras el individuo permanezca pasivo frente a determinada situación no hay aprendizaje posible, es decir, éste es un proceso activo y no un proceso de información, de conocimiento o de memorización, el conocimiento se adquiere a través de la información y de la ejecución. La educación para la salud es efectiva cuando induce al individuo a vivir una vida sana practicando una vida sana.

Los medios concretos para impartir la educación sanitaria son: la enseñanza oral (conferencias, discusiones de grupo, etc.); enseñanza escrita (libros, revistas, folletos, demostraciones visuales, etc.)

La palabra hablada es todavía el medio más universal de comunicación y el que establece una relación más directa, por lo cual sigue siendo el método más eficaz de la educación para la salud. Es el medio que usan comúnmente los médicos y las enfermeras.

La eficiencia de los métodos anteriores aumenta notablemente con el empleo de medios visuales, como demostraciones prácticas muy usadas en la enseñanza médica y de enfermería.

Es preciso diferenciar lo que es el proceso de "educación para la salud" cuya meta es el desarrollo de una verdadera "cultura de salud", de lo que es la divulgación y propaganda sobre cuestiones de salud; estos dos son elementos utilizados con una gran facilidad pero que actúan sólo como coadyuvantes del proceso educacional.

La educación para la salud es un proceso de aprendizaje que tiene como objetivos la modificación de modos de vida y de comportamientos para hacerlos más favorables al mantenimiento del estado de salud. La divulgación, en cambio tiene como objetivo dar a conocer una materia precisa mediante procedimientos de información colectiva como los carteles, radio, etc.

Pero la verdadera educación para la salud no se realiza sino en la minoría de los casos. Sin embargo, se piensa que es el recurso más útil en la prevención y protección de la salud. En efecto, la educación para la salud, absolutamente ineludible en todas y cada una de las actividades de salud, lo mismo que la participación de la comunidad en esas actividades, son indispensables para la promoción de la salud y para la prevención de la enfermedad y de los riesgos sociales relacionados con la salud. Sin embargo, ni los gobiernos, ni los servicios de salud, ni los profesionales de salud están conscientes de tal situación.

Por otro lado, la visión que tiene la gente de la necesidad de conocimientos en salud, de participar en su gestión y de prevenir los riesgos de enfermar y de morir es muy diferente.

Una buena motivación "en pro de la salud" es apreciar la libertad que da al individuo poder deshacerse de los hábitos peligrosos y poder llevar una vida más sana y sin preocupaciones permanentes.

Precisamente, un objetivo esencial de la educación para la salud debería ser (responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud, OMS) crear y desarrollarla a nivel mundial, y de cada país, una voluntad colectiva, en cada comunidad, para cultivar y proteger la salud individual y comunal (cultura de la salud)

La enfermería está llamada a compartir responsabilidades en salud promoviendo acciones coordinadas con distintas disciplinas de equipo a fin de participar en la estrategia

de atención primaria de la salud. Ello implica la programación y ejecución de actividades con proyección intrahospitalaria y extrahospitalaria.

El examen de la información disponible sobre las crecientes necesidades en salud en relación con los servicios de atención y cuidado de los enfermos, los convalecientes y las acciones preventivas sobre la población en general muestra la importancia de considerar nuevos enfoques y estrategias.

Si nos detenemos a analizar cada una de las actividades que realiza el profesional de enfermería en lo que respecta a la Educación para la Salud, necesitaríamos ampliar todo el capítulo, por la inmensa cantidad de actividades que un profesional de enfermería realiza en ese ámbito, incluyendo los tres niveles de atención. Por lo que brevemente en este capítulo se hablara de la participación de la enfermera de manera intrahospitalaria y extrahospitalaria.

Enfermería intrahospitalaria.

El departamento de enfermería cumple funciones asistenciales de curación recuperación, cuidados y rehabilitación de la enfermedad, desestimando en algún momento las acciones dirigidas a preservar y mantener la salud, pero sin olvidar la importancia que genera cada una de estas actividades en relación con el usuario.

De acuerdo con la estrategia de atención primaria tendiente a la cobertura de la población, mediante acciones integrales de salud, la enfermería hospitalaria deberá formular sus programas de mantener tal de coordinar las acciones dentro del hospital con las actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud tomando en cuenta el contexto social y económico de los pacientes.

Enfermería extrahospitalaria

Se define como tal a las funciones dirigidas a la población en general, donde se llevan a cabo acciones de prevención, promoción, recuperación e incluso de rehabilitación,

La participación de enfermería en la promoción de la salud, considerando que este concepto incluye aspectos mentales y sociales, que deben ser tomados en cuenta dentro de la función del cuidado de la salud, se puede decir entonces que constituye en cierta medida un producto de las acciones de enfermería:

- a) Promover, los programas básicos de enfermería, la inclusión de prácticas supervisadas de salud familiar y comunitaria
- b) Preparar a nivel de postgrado recursos humanos especializados en la salud comunitaria.
- c) Programar y ejecutar planes de capacitación permanente en enfermería comunitaria dirigidos al personal que cumple funciones en el área de responsabilidad institucional.

d) Participar en programas organizados y ejecutados por otros profesionales sobre prevención de la salud y tratamiento de la enfermedad.

e) Desarrollar trabajos de investigación interdisciplinarios sobre problemas de salud, aportando modelos de atención de enfermería. (Mazzafero, 1994)

Los alcances de las funciones incluyen un conjunto de acciones dirigidas a la prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, y En cuya base de cada una de ellas se encuentra la educación.

En esencia, la doctrina de enfermería de los distintos campos de acción promueve con sentido de responsabilidad individual y de imagen en su conjunto aspectos ético-humanísticos de la profesión.

En todas las actividades de salud pero muy en particular en las de formación, educación y promoción la enfermera tiene una función importante, por sus conocimientos, comprensión de los problemas individuales y colectivos, así como por su adaptación al nivel cultural de quienes la escuchan, hacen de ella un profesional imprescindible en la Educación para la Salud, desarrollando sus labores con la población en general, con el personal de enfermería, con el personal médico y administrativo etc.

6.13 LA EDUCACIÓN DEL USUARIO HOSPITALIZADO.

La inmensa responsabilidad que tiene el hospital ante el individuo, su familia y la comunidad en general, la complejidad de su manejo, los avances técnicos y científicos y los modernos conceptos de gerencia, dirección y administración, han sido los principales factores de motivación para emprender la difícil empresa de recopilar criterios dispersos y reunir elementos fundamentales de juicio, para lograr una aproximación al prototipo del hospital eficiente.

Una de las contribuciones más importantes del hospital moderno es la inclusión de actividades de educación sanitaria en los diferentes niveles de trabajo: enfermos hospitalizados, consulta externa y domiciliaria. El médico, la enfermera y el trabajador social, tienen el papel más importante en este sentido.

Las oportunidades son muchas: larga permanencia de los enfermos en el hospital, examen periódico, consultas por enfermedad, a través de los consultorios externos o de los servicios domiciliario, control posthospitalario de enfermos dados de alta

El hospital es un sitio muy adecuado para realizar educación para la salud y presenta muchas oportunidades para hacerlo. Pero es necesario considerar dos situaciones que afectan el problema, interacción entre las diferentes funciones del personal. Evidentemente, la influencia positiva o negativa que el hospital tenga sobre el usuario, en sus fines educativos, dependerá en su mayor parte de las buenas relaciones que se establezcan entre él y el personal, y de la capacidad y preparación de éste para la acción educativa.

Cualquier enfermo que llega al hospital tiene creencias y actitudes acerca del proceso enfermedad-curación y opiniones respecto al personal, estas creencias y opiniones respecto al personal, probablemente erróneas, no invalida el hecho de que para él no lo son y constituyen el marco de referencia del cual surgen sus esperanzas sobre la atención hospitalaria. Por estos niveles distintos en que se encuentran el hospital y el usuario se producen desajustes, causados fundamentalmente por fallas de comunicación (comunicación individual y de grupos.) Por otro lado, también existen problemas de desajuste entre los miembros del equipo de salud. Por último, no demos olvidar que el hospital actúa en un medio social del cual proceden sus usuarios y al cuál regresan, y que este medio tiene también creencias, actitudes y opiniones sobre los problemas de salud.

Así fundamentada, la educación en el nivel hospitalario se realiza en tres niveles: enfermo o consultante sano, equipo de salud y comunidad. Los objetivos de la acción educativa podrían ser:

1. Enfermo o consultante sano: Lograr que conozca, hasta donde sea adecuado, su enfermedad, el tratamiento y lo cuidados que necesitará durante la convalecencia y rehabilitación, procurar que conozca las medidas para evitar en el futuro nuevos casos de la misma enfermedad; obtener que el consultante entienda y practique las medidas de prevención para seguir manteniéndose sano.
2. Equipo de salud del hospital: Lograr por medio, del mejor conocimiento de los métodos y los objetivos de los distintos grupos, una acción coordinada cuya meta sea el caso (enfermo, sano); capacitar a los miembros del equipo para lograr una adecuada y racional comunicación con el enfermo.
3. Comunidad: Lograr que la comunidad conozca y comprenda los servicios que puede reclamar del hospital y que acepte cierto grado de responsabilidad por su funcionamiento; informar, a la comunidad sobre problemas de salud local y participar en campañas educativas generales. (San Martín, 1992)

En lo que respecta a la enseñanza del usuario diabético, la educación que se imparta en la institución hospitalaria es uno de los componentes básicos y esenciales de los cuidados de enfermería y resto del equipo de salud.

Para que el tiempo del enfermo hospitalizado sea empleado plenamente y útilmente, le concierne al equipo de enfermería discernir las necesidades de la persona en el área de la enseñanza y responder con competencia a ellas. La enseñanza del enfermo es de vital importancia debido a que a menudo, de esto depende su vida.

Hoy en día, numerosas enfermeras enseñan a los enfermos diabéticos con éxito, otras con poco o sin resultado, sin embargo la enseñanza debe ser constante y con la misma dedicación, sin dejar de insistir, aún cuando los resultados no sean los esperados y proquien en el personal desesperación y desilusión.

Cuando el diabético es hospitalizado. Su vida se modifica aún más, puesto que se aísla del hogar y de sus amistades, sus intentos por conseguir su independencia se ven obstaculizados y tiene que someterse a la rutina y horarios del hospital. Muchas veces, la

institución de salud se asocia con la enfermedad, el dolor y la muerte, por lo general se tiene que descubrir partes de su cuerpo que para la persona resultan íntimas; a su vez, los procedimientos muchas veces no se consideran necesarios y resultan amenazantes. Esto puede provocar irritabilidad, soledad, frustración y estrés en algunos usuarios. Una opción sería reducir dichos estados emocionales y remplazar algunos de los comentarios negativos por otros positivos y estimulantes. Otra opción es informar al enfermo y a su familia acerca de los procedimientos a los que se verá sometido y las probables sensaciones que experimentarán en el hospital, ambos tipos de información producen reducciones moderadas en la ansiedad y el estrés de los enfermos y su familia.

El apoyo del equipo de salud incluye atención, comunicación, disponibilidad para responder a preguntas, disipar dudas y escuchar las expresiones emocionales. No sólo la discusión en grupo por parte del diabético y familiares sino también la guía del psicólogo y de la enfermera, antes de una intervención médica como la cirugía, puede aminorar una serie de desajustes psicológicos y por tanto físicos.

El entrenamiento en diversas habilidades, como la forma de medir sus cifras de glucosa, la manera de registrarlas, las medidas por seguir durante el ejercicio físico, las técnicas de respiración, las posturas del cuerpo, las medidas higiénicas, el uso de medicamentos, disminuye las complicaciones y evitan las muertes prematuras.

El control de estados emocionales y la relajación son dos importantes recursos para disminuir el dolor, reducir el estrés y manejar los estados emocionales tanto del diabético como de sus familiares, además, contribuyen a frenar las reacciones internas de estrés y permiten mantener la atención en aspectos positivos.

Una vez controlado el estado emocional del usuario, la educación que se proporcione acerca de su enfermedad, será percibida con mayor claridad, se considera que con la educación en los servicios de hospitalización se reduciría un sin número de reingresos hospitalarios y por consiguiente gastos tanto para la persona como para la institución, es por tal motivo que todo individuo una vez ingresado al hospital debe ser educado para poder reincorporarlo al medio social al que pertenece.

Desafortunadamente se ha visto que la realidad es otra ya que pocas veces el profesional de salud le da la importancia que tiene la educación dentro de los servicios de hospitalización, unas veces se dice que es por falta de tiempo y por la gran demanda del servicio, otras tantas porque consideran que la educación esta dada por el primer nivel de atención, en fin si nos detuviéramos a analizar cada una de estas no terminaríamos en un capítulo, pues las respuestas serían muy extensas, pero aquí lo más importante es concluir que parte de las actividades del profesional de salud están enfocadas a la educación, por lo que ninguna excusa deslinda de tal responsabilidad al equipo de salud.

6.14 EL USUARIO DIABÉTICO EN LA CONSULTA EXTERNA.

La consulta externa es el servicio, donde la mayoría de las veces acude el paciente por su propia iniciativa y otras tantas por indicaciones médicas.

La consulta externa manifiesta importancia cuando se revela que en medios como el nuestro, aproximadamente un 65% de la población recurre a sus servicios cada año; dicho porcentaje aumenta hasta un 80% en poblaciones o comunidades -aseguradas, afiliadas-, por otra parte de 100 problemas clínicos, aproximadamente de 80 a 95% pueden ser atendidos en forma satisfactoria, el resto deberá ser atendido mediante hospitalización.

Se ha dicho que la consulta externa evita hasta cierto punto la hospitalización en el paciente diabético, originando así una menor ocupación de camas y por consiguiente altos costos para la institución, en lo que se refiere al paciente, se evita aislarlo de su ambiente familiar y social. Esto en parte es cierto, pero debe recordarse que un buen servicio de consulta externa puede dar lugar a internaciones que al parecer no eran necesarias, por lo que es importante que los responsables de la consulta externa realicen un buen diagnóstico y tratamiento de pre y posthospitalización.

Debe señalarse que los servicios ambulantes adquieren día a día más importancia en virtud de que se recurren más a ellos, debido a la mejor educación y al mayor crecimiento de la población, y por el aumento de la frecuencia de padecimientos de evolución prolongada, como los crónico-degenerativos.

Por ello se considera importante hacer mención de las funciones de la consulta externa. Las finalidades de la consulta externa son: Promover un mejor estado de salud, prevenir enfermedades, realizar diagnósticos oportunos e instituir medidas terapéuticas y rehabilitatorias pertinentes

1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades, mediante la realización de exámenes médicos periódicos en estado de salud o en estado aparente de salud.

2. Diagnóstico y terapéutica. Establecimiento de diagnósticos, institución de tratamientos, selección de enfermos para internación, consecución de enfermos que han sido hospitalizados, o sea, el control posthospitalario, envío de enfermos a otros servicios de consulta externa o de diagnóstico o tratamiento, pequeños tratamientos quirúrgicos, curaciones e inyecciones.

3. Enseñanza. La enseñanza puede darse al personal o al público en general, en este último caso recurriendo a la educación higiénica. En algunas instituciones se asigna la consulta externa a los médicos internos, como parte de su adiestramiento.

4. Investigación. Puede ser de diversos tipos, una realización sencilla es la medico social, con su expresión epidemiológica, esto implica estudios de morbilidad, lo que puede traducirse en estudio de necesidades.

Por todo ello la consulta externa debería tener más importancia que los servicios de hospitalización, probablemente el futuro de la atención médica dependa de la consulta externa, ya que la población a últimas fechas demanda más sus servicios, pues es bien cierto que el costo es más alto en la curación que en la prevención.

Se ha observado en diversas instituciones hospitalarias afiliadas o no que la consulta externa es el servicio donde se proporciona mayor educación al paciente diabético, dentro

del personal que figura más como educador esta en primer lugar el profesional de enfermería y en segundo término el trabajador social y el resto del equipo de salud, inclusive hay algunas instituciones que han dado espacios específicos para educar a la población en general, mientras se encuentran en la sala de espera, esto demuestra en cierta forma que la educación en la consulta externa si se esta llevando acabo, quizá no con los resultados esperados, pero si con el compromiso que se tiene con el usuario.

Los cuidados de salud efectivos requieren de la colaboración entre los usuarios y el profesional de salud. La comunicación sincera y abierta, el respeto por los valores personales y profesionales y la sensibilidad ante las diferencias son parte integral de una atención de calidad. Los hospitales como lugar físico para la provisión de cuidados de la salud, deben proporcionar las bases para comprender y respetar los derechos y responsabilidades de los enfermos y familiares.

7. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN

7.1 PANORAMA GENERAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La educación para la salud va más allá de la transmisión de conocimientos respecto al cuidado de la salud. Es enseñanza que pretende dirigir al individuo y comunidad a un proceso de cambio de actitud y conducta, para la aplicación de medios que le permitan conservar y mejorar su salud, es decir encaminarlo para obtener su autocuidado, acción que tiende a responsabilizarlo, tanto de su propia salud como la de su familia y grupo social al que pertenece. Por ello la educación para la salud debe ajustarse a las necesidades de la población, de la familia y del individuo. Siempre tendrá validez establecer prioridades en función de los principales problemas de salud que afectan a la población en general.

La educación al usuario ha sido considera desde hace mucho tiempo como parte integral de la calidad de los cuidados de la salud. Desafortunadamente, a menudo hay ciertos impedimentos para llevar a cabo y mantener un buen programa de educación al usuario aun teniendo las bases técnicas y científicas sobre los conceptos y enfoque educativos. Tres de los impedimentos citados con mayor frecuencia por parte del personal de enfermería son: falta de tiempo para desarrollar y mantener un programa; la falta de fondos para llevarlo a efecto, y la falta de confianza con los propios conocimientos sobre lo que se va a enseñar.

La Educación para la Salud es parte primordial en el tratamiento del usuario, es indispensable por lo tanto conocer si dentro de dicha actividad, existe relación alguna entre lo que se hace y lo que se dice, teniendo en cuenta que en la medida en la que una institución rebase las expectativas esperadas por el usuario, estará proporcionando calidad de atención, de ahí la importancia de conocer que es la calidad de atención y como la percibe el profesional de enfermería y el usuario.

7.2 CONCEPTO GENERAL DE CALIDAD DE ATENCIÓN.

Calidad es capacidad, es atender adecuadamente. Es liderar procesos. Es interesarse por todos. Es dedicarse por completo. Es amar lo que se hace, Es decir si se puede y hacerlo bien. (Malagón,1999).

El diccionario de la Real Academia define el concepto de calidad como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie" (Varo,1993)

Juran propone varias definiciones en un solo concepto: Calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso.

Una vez revisado algunos conceptos de calidad, es importante tomar en cuenta, como se considera la calidad de la atención en salud.

7.3 LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

La calidad de atención: Se refiere a la atención del usuario conforme a las normas, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes con: accesibilidad a los servicios, oportunidad, trato personalizado y amable, comunicación en ambos sentidos, y con su participación para lograr la resolución de sus necesidades de salud y expectativas de atención, a fin de incrementar permanentemente su satisfacción por los servicios recibidos y mejorar la calidad de vida. (Sosa,1992)

El concepto de calidad, aplicado a la atención médica, hace referencia a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud.

La calidad de la asistencia médica está configurada por un conjunto de atributos agrupados por Donabedian en tres categorías - referidas al nivel científico – técnico, a la relación interpersonal y al entorno.

La atención de los servicios de salud médica, definida en un sentido amplio, es la aplicación de todos los conocimientos científicos relevantes, la actividad de los servicios médicos y la de los propios profesionales y las intervenciones sanitarias y sociales en la comunidad.

Al definir la calidad de atención médica, Donabedian relaciona la cantidad de cuidados, los costes económicos y los beneficios y riesgos derivados de aquellos con la calidad de asistencia.

Definir el concepto de calidad entraña la necesidad de acotar, diversos autores estiman imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención médica porque no existe un único criterio de conjunto para precisarla.

Lee y Jones (Varo,1993) definieron la buena asistencia médica como "la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica moderna a las necesidades de la población. Subrayando la importancia de las acciones preventivas, la colaboración y la relación interpersonal entre los profesionales sanitarios y los usuarios y la coordinación con el trabajo de bienestar social y con todas las clases de servicio médico.

Estos autores consideran que proporcionar calidad incluye dar conformidad interna, prevención y participación de los consumidores del servicio.

Esselsyn (Varo,1993) propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: El grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada, y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático.

El autor considera dentro de su concepto de calidad: la disponibilidad, la aceptabilidad y el registro de la asistencia prestada.

Gare y Barnoon,(Varo,1993) han formulado una definición de la calidad asistencial. Que ha sido aceptada por la American Society of Internal Medicine. Según estos autores, la asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente.

Estos autores con este concepto se refieren a la calidad como tener en cuenta un diseño que satisfaga las necesidades del usuario y considera además la eficiencia de la prestación.

La Joint Comité on Quality Assurance of Ambulatory Care For Children and Youth,(Varo,1993) ha adoptado una definición amplia de la calidad asistencial. La asistencia médica de calidad incorpora un método científico que detecta los problemas mediante diagnósticos correctos e instaura la terapia apropiada con el objeto de satisfacer las necesidades del usuario. La asistencia debe estar siempre disponible, prestarse con efectividad y documentarse adecuadamente. El objeto de la asistencia preventiva es garantizar un crecimiento y desarrollo físico, intelectual y emocional óptimos.

Al igual que Lee y Jones, hace hincapié en la asistencia preventiva, además de contemplar la disponibilidad, la efectividad y la documentación e indica que el objetivo de la asistencia sanitaria es satisfacer las necesidades del usuario.

Donabedian y Vouri (Varo,1993) proponen tres puntos de vista diferentes:

Desde una perspectiva científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas.

Desde una perspectiva individual es el usuario el que define la calidad de la atención médica, en donde intervienen sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y riesgos que origina la asistencia.

Desde el punto de vista social, por un lado intervendrían los mismos factores que en la perspectiva individual, además de considerar el beneficio o la utilidad netos para toda una población: contemplar el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar que se produzcan los bienes y servicios más valorados por la sociedad al menor coste social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de asistencia sanitaria como: Asegurar que cada usuario reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del usuario con el proceso. (Varo, 1993)

Una vez revisado algunos conceptos de calidad de atención médica vale la pena conformar uno sólo que involucre cada uno de los aspectos ya mencionados

Por lo tanto calidad es asegurar que cada usuario reciba la atención médica óptima a través de un método científico que detecte los problemas de salud mediante diagnósticos correctos e instauración del tratamiento apropiado con el mínimo de riesgos iatrogénicos, tomando en cuenta la disponibilidad, eficiencia del servicio y la relación interpersonal del profesional de salud, con el usuario; subrayando la importancia de las acciones preventivas. Todo ello con un solo objetivo, satisfacer las necesidades del usuario.

La satisfacción involucra una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio, eso aunado a numerosos factores, entre los cuales se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios, así como de la propia organización sanitaria. Estos factores conformadores del servicio esperado condicionan por ello que la satisfacción sea percibida de diferente manera por las distintas personas e incluso para la misma persona, dependiendo de ciertas circunstancias.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios; el análisis de la satisfacción de los mismos, aunque es difícil de realizar, es un instrumento de medida de la calidad de la atención médica. Existen dos criterios que suponen un obstáculo a la orientación de los servicios sanitarios al usuario y a la satisfacción de sus necesidades y preferencias. El primero supone que el servicio deber dirigirse a satisfacer las necesidades de salud, definidas éstas como el grado de atención médica, que se considera preciso y dejar las demandas y preferencias del usuario en segundo plano. El segundo es creer que los consumidores no pueden evaluar adecuadamente la calidad técnica de la atención médica, con lo cual se contraponen la satisfacción de los usuarios, su experiencia positiva, a la calidad intrínseca de la asistencia sanitaria, en este criterio se completa la creencia de que los usuarios valoran cuestiones distintas a las valoradas por los profesionales sanitarios.

Los consumidores tienen necesidades derivadas que dan lugar a demandas de atención médica, dichas necesidades pueden ser absolutas y relativas, estas últimas relacionadas con la moda y reveladoras de las preferencias del consumidor, por otro lado los usuarios correlacionan su grado de satisfacción con los índices de calidad técnica desarrollados por los profesionales.

La utilidad de la satisfacción, como indicador de la percepción que los pacientes tienen de los servicios sanitarios, radica en su carácter personal y subjetivo.

El usuario evalúa el servicio de forma global y no aspectos parciales de la prestación, y el resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida.

No todos los autores consideran la satisfacción del usuario como resultado de una buena atención médica y como instrumento de medida de su calidad, e incluso algunos opinan que el usuario no tiene suficiente capacidad de ejercer su soberanía, lo que ha dado pie al análisis de cuestionar la utilidad de satisfacción como medida de calidad, aunque hay otros que afirman que por el contrario, el satisfacer las necesidades del usuario es tan importante como la eficacia del servicio.

Según la opinión de algunos autores, el objetivo de evaluar la calidad de la asistencia médica es satisfacer al enfermo, aunque es importante señalar que los usuarios pueden sentirse insatisfechos con la asistencia recibida de profesionales o instituciones competentes o pueden quedar satisfechos con servicios prestados por profesionales o instituciones incompetentes. Por lo que la ambigüedad de dicho término da como resultado éste tipo de afirmaciones, razón por la cual se prefiere utilizar la expresión de satisfacción de las necesidades o la satisfacción con el servicio entendido éste como servicio global.

El objetivo de la calidad total es el de satisfacer las necesidades del usuario. Por lo que un profesional o una institución incompetente no podrá satisfacer al usuario porque no estará satisfaciendo adecuadamente sus necesidades.

Se dice que la calidad de atención hospitalaria tiene mayor o menor grado de calidad en la medida en que sus atributos se aproximan a los del prototipo.(Cuesta,1986).

Por lo tanto el conocimiento de la opinión del usuario sobre los servicios recibidos son una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen de la institución hospitalaria. La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de la calidad.

Ahora bien retomando nuevamente el tema de base que es la educación del usuario, podemos decir que la calidad es un componente integral de la atención que brindar el profesional de enfermería, por lo que atender únicamente las necesidades físicas de los usuarios sin enseñarles a incrementar, mantener y recuperar la salud es hacer el trabajo de forma incompleta y por lo tanto sin calidad de atención.

La educación dirigida al usuario es un proceso colaborativo que supone la comunicación entre la enfermera y el usuario. Su objetivo es aumentar los conocimientos del enfermo, de forma que pueda mejorar o mantener su salud y bienestar.

Cada usuario tiene su propia escala de valores acerca de la salud y la enfermedad y de sus propias experiencias con el sistema de atención de salud, por lo que su percepción acerca de la calidad de atención será variada. Percepción "es el proceso de organizar e interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria. Es un proceso de transacciones humanas con el medio ambiente. Le da sentido a las experiencias del individuo, representa su imagen de la realidad, e influye en su conducta.

La percepción son interacciones. Ettlson y Cantril indican que todos los individuos entran en una situación como participante activos, y que su existencia en la interacción afecta su identidad. Aquí está la descripción de la perspectiva hombre-ambiente". (King,1992)

La percepción puede estar distorsionada por estados emocionales tales como enojo, miedo, amor. Las emociones pueden cerrar parcialmente el campo perceptual y así restringir las señales que uno permite que entren del mismo. Un elemento importante en las interacciones entre enfermera y usuario es la percepción exacta de cada uno. Esta percepción exacta es el primer paso hacia la fijación mutua de objetivos y hacia la exploración de los medios para llegar a los mismos.

Los factores que pueden modificar la exactitud de las percepciones son los que alteran internamente al sistema nervioso, como enfermedad, fármacos, alcohol, estimulación sensorial, exceso o privación, uso de mecanismos de defensa y algunos factores de personalidad. En uno de los primeros estudios acerca de las interacciones de entre enfermeras y usuarios se reportó que las percepciones de las necesidades de las enfermeras y las necesidades de los usuarios eran dicotómicas (Whiting, 1959)

7.4 LO QUE LOS USUARIOS PERCIBEN Y LO QUE ESPERAN.

Los profesionales que se ocupan de la salud sostienen que tal ayuda debe ser ofrecida no sólo con el objeto de brindar a los usuarios el debido respeto y consideración individual, sino para tratar, además, de acrecentar al máximo los beneficios que deriven de la intervención médica o quirúrgica. La filosofía que sustenta actualmente las profesiones al servicio de la salud subraya, por eso, la necesidad de rehabilitar al usuario, física, mental y emocionalmente, hacen también hincapié en la importancia de proporcionarle una guía educativa que lo ayude a disminuir sus impedimentos físicos, a prevenir enfermedades y a proteger su salud.

Cada usuario tendrá una percepción del cuidado y la atención médica recibida, de manera diferente, lo que para algunos resulte como buena atención para otros será lo contrario, de esta percepción existen factores primordiales que interfieren en la percepción del usuario como la edad, nivel educativo, sexo.

Comúnmente cuando un usuario demanda el servicio de una clínica de asistencia hospitalaria (de primer, segundo o tercer nivel) espera ser atendido por personal responsable, capacitado, y de forma amable, respetuosa, rápida, eficiente, con el equipo y material necesario para el cuidado de su salud. Cuando esto no lo percibe así el usuario o familiar el resultado de la atención no será lo que esperaban recibir al ingreso de la institución, de ahí las quejas e insatisfacción del usuario hacia la institución y el personal de salud.

Aunque tanto los enfermos como el personal de salud lleguen a convenir ampliamente que la función del hospital es diagnosticar y tratar personas, y no enfermedades, hoy en día aún existe una lucha constante por erradicar tan vasto concepto y rebasar las expectativas del usuarios con el objetivo de proporcionar una atención de calidad y calidez.

7.5 LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Un servicio se dice que es de calidad cuando satisface las necesidades del usuario, en cuanto a seguridad, fiabilidad y prestaciones, existen factores que determinan la calidad de los servicios como son:

- ❖ **Fiabilidad.** Se refiere a la consistencia en la correcta ejecución de la tarea, incluye la precisión y el cumplimiento del servicio en el tipo establecido.
- ❖ **Responsabilidad.** Es la disposición positiva del prestador del servicio, es decir es estar dispuesto a servir en el momento requerido.
- ❖ **Competencia.** Incluye la posición y aplicación adecuada de los conocimientos y habilidades necesarios para ofrecer el servicio. Abarca los aspectos técnicos y los concernientes a las relaciones interpersonales.
- ❖ **Accesibilidad.** Involucra la facilidad del usuario para obtener el servicio. Es decir se refiere a una rápida y sencilla localización, recepción y consecución del servicio.
- ❖ **Cortesía.** Comprende todos los aspectos, orientados al respeto y consideración hacia el usuario, que favorecen la relación interpersonal.
- ❖ **Disponibilidad.** Se refiere a la actitud del personal orientada a servir; la respuesta a los requerimientos del usuario.
- ❖ **Comunicación** comprende los dos flujos de información. La información de referencia, expresar los objetivos del servicio con un lenguaje adecuado a los conocimientos del usuario, y la de retorno, saber escuchar al usuario.
- ❖ **Credibilidad.** Aspecto que involucra la honestidad, confianza y prestigio ofrecidos por el individuo o la institución proveedores del servicio.
- ❖ **Seguridad.** Se refiere a la usencia de peligro, riesgo o duda, incluye la seguridad física, funcional, social, financiera y la confidencialidad.

- ❖ **Conocimiento del usuario.** Es la empatía. Se refiere al esfuerzo por entender y satisfacer las necesidades del usuario.
- ❖ **Tangibilidad.** Comprende las evidencias físicas del servicio como son: el entorno, los equipos, la apariencia del personal y la representación física del servicio.

La mejora del servicio depende en gran medida de la iniciativa humana. Al estar en contacto directo con el usuario, se intensifica la relación entre el servicio y las expectativas de la demanda, aspectos como la seguridad empática, fiabilidad y responsabilidad resultan directamente de la actuación humana. Algunos factores tangibles, como la apariencia física, pueden influir en la percepción que tenga el usuario del servicio.

7.6 LA CALIDAD DE ATENCIÓN PERCEPCIÓN DEL USUARIO

Las quejas que son comunes a la experiencia de ser un enfermo, generalmente, incluyen: a) el enfermo se siente perdido, dispone de una mínima información, tiene un conocimiento muy escaso del significado de las cosas que están haciendo con él; b) durante la mayor parte del tiempo no tiene en qué ocupar sus horas, y el hecho de quedar así librado a su suerte y desarrollar sólo una mínima actividad lo lleva irremediablemente a una especie de tenso aburrimiento y c) probablemente, la crítica que con mayor fuerza se hace sentir entre todas, es de que el medio hospitalario es frío e impersonal, y carece de la necesaria consideración que debe brindarse a cada persona como ser humano. El resultado final de todo esto es que los enfermos internados en hospitales generales se sienten, por lo común, muy solos, atemorizados y deprimidos.

Muchos médicos y enfermeras consideran, sin duda, que están prestando a los enfermos, en forma constante, su mayor atención e interés, y que les proporcionan, además, el apoyo psicológico que necesitan. De ser así, ¿cómo es que el clima hospitalario resulta tan frío e impersonal? Es indudable que existen determinados médicos y enfermeras, así como otros componentes del personal, que obran así. En esos casos, los usuarios rara vez dejan de apreciar el interés y el apoyo que se les brinda el profesional de la salud. Sin embargo, la observación revela que una gran parte del tiempo y de la energía del personal hospitalario está consagrada más bien a mantener en funcionamiento un elaborado sistema, en lugar de tratar de hacer directamente algo con o para el o los usuarios

El hospital tiene una función tan ostensiblemente diferente de la del hogar y de otros grupos sociales, y su sistema de costumbres, valores y probabilidades es también tan distinto, que uno puede, lógicamente, suponer que será considerado como fuera de comparación con respecto a estas otras instituciones. Algunos usuarios están tan enfermos que les consuela recibir cuidados y sentirse liberados de responsabilidades y de tener que tomar decisiones, se muestran dispuestos a aceptar al hospital con gratitud, tal como el hospital es, y tratan de hacer todo aquello que se les pide que hagan. Lo que ellos esperan del hospital, y lo que el hospital espera de ellos, concuerda perfectamente.

Se dice que dentro de las instituciones hospitalarias existen parámetros ya establecidos, los cuales de alguna manera dirigen como debe ser la atención del usuario,

si estos parámetros no se cumplen entonces la institución no está proporcionando calidad de atención.

Calidad absoluta, según la terminología de Vuori y Donabedian, (Varo,1993) es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del usuario hospitalizado, teniendo en cuenta que solamente la ciencia y la tecnología médica puede lograrlo. Este concepto de calidad se basa exclusivamente en el concepto salud enfermedad y el estado y la tecnología médica. No toma en cuenta por lo tanto los aspectos relativos a los costes, a las expectativas de los usuarios, y a las cuestiones sobre el grado de confort e intimidad.

Calidad individualizada es aquella cuyo prototipo se compone de una serie de atributos, entre los cuales están los correspondientes a las expectativas y valoraciones del usuario, sobre beneficios y riesgos que comporta la asistencia, esta forma de concebir la calidad, se basa en que el objetivo de la atención es mejorar el bienestar del usuario a quien brinda atención.

El grado de satisfacción del usuario, es un atributo de calidad de la atención hospitalaria, éste en mayor o menor grado de satisfacción del usuario puede referirse a:

- La tecnología del tratamiento en sí
- La relación personal con los profesionales de salud
- El entorno y el grado de bienestar.
- Las consecuencias derivadas del tratamiento.

Es necesario tomar en cuenta que de la opinión del usuario y su grado de satisfacción siendo atributos constituyentes de la calidad de atención, presentan sus limitaciones. Lo cual se debe fundamentalmente a que los usuarios, en general tienen escasos conocimientos sobre su problema de salud, por otro lado aún y con la información que se brinda al enfermo sobre su salud éste hace caso omiso de las recomendaciones, y por otra parte a veces piden cosas inalcanzables (que permanezca el personal de enfermería día y noche a su lado, que permita la entrada al familiar después de los horarios establecidos, que le permita introducir alimentos etc.) y en algunas ocasiones demandan servicios que no pueden ser ofrecidos por restricción legal o incluso ética.

Respecto a la calidad de atención se han llevado a cabo un gran número de estudios basado en encuestas a los usuarios en general. Los atributos investigados desde la percepción del usuario, han sido numerosos. Sin embargo hoy en día es de vital importancia saber como percibe la calidad de atención que recibe en el ámbito hospitalario, no sólo por que de ello depende el mejoramiento, sino porque se sabe que la calidad involucra en todos los aspectos, rebasar siempre las expectativas del usuario. El usuario percibirá si existe calidad en la institución, de acuerdo al nivel de estudios que tenga, trato recibido por parte del personal de salud, tiempo de espera para ser atendido, existencia de equipo, material y ropa para ser atendido, eficiencia por parte del profesional de salud, interés que se le da a su persona, así como la comodidad de éste durante su estancia hospitalaria entre otros.

7. 7 LA CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

El punto de vista de los profesionales de salud, sobre el concepto de calidad asistencial se orienta básicamente hacia la consideración de los aspectos científicos y técnicos. Cuando estos profesionales ostentan puestos de responsabilidad directiva incluyen costes y derivados como atributos de la calidad.

En ocasiones el personal de enfermería considera que proporcionar calidad de atención es cubrir únicamente las necesidades físicas del usuario, es decir atender todo lo que se refiere a la patología por la cual ingreso la persona, dejando aún lado otros aspectos de gran relevancia como lo son: el emocional y el espiritual, se piensa que al estar curando una herida con los principios de asepsia se está brindando calidad de atención, pero no se considera cómo le esta afectando está lesión a la persona, que deja de hacer por estar hospitalizado. Algunos profesionales de enfermería, consideran que hablar de calidad de atención, encierra un sin número de factores a considerar, como: el tiempo que dedican a cada persona, el material con el que cuentan para proporcionar cuidados, la cantidad de usuarios que está bajo su responsabilidad, así como la gravedad de los mismos y otras actividades administrativas a realizar dentro de su jornada laboral, hecho que hasta cierto punto limita al personal de enfermería para proporcionar una atención de calidad, debido a que se dedican únicamente a cubrir necesidades físicas que consideran básicas en el usuario, olvidando otros aspectos como el emocional, aspecto importante en la atención óptima de un usuario hospitalizado.

Quizá el hecho de no contar con todos los medios para satisfacer las necesidades del individuo, hasta cierto punto obstaculizan la calidad, pero hay actividades dentro del cuidado del enfermo (como la comunicación, la empatía, el respeto, la honestidad, el conocimiento, la dedicación en el cuidado del usuario) que minimizan la falta de estos medios, dando como resultado la satisfacción del usuario.

Aunque no siempre se tiene una idea bien definida del papel profesional de enfermería que debería asumirse, la enfermería presupone que las personas que la ejercen muestren una actitud especial de sensibilidad, respeto y amor hacia la persona a la que se brindan los cuidados.

La diabetes es una patología que demanda los cuidados que enfermería puede llevar acabo en los usuarios que la padecen o que son altamente susceptibles de padecerla, y que mediante la educación y la relación de ayuda, se le permite al individuo afectado vivir su vida con autonomía y sobre todo con calidad, debido a que la clave básica en padecimientos crónicos es la educación para la salud de forma oportuna. Por lo tanto la educación para la salud es un componente integral de la Enfermería, que se da en proceso colaborativo entre la enfermera, usuario, familia y equipo de salud.

III. METODOLOGIA

DE LA

INVESTIGACIÓN

8. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La percepción del usuario diabético acerca de la Educación para la Salud como criterio de calidad de atención, es la misma que percibe el personal de enfermería como prestador de servicio.

9. VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES.

PERCEPCIÓN DEL USUARIO DIABETICO.

EDAD

ESCOLARIDAD

COMUNICACIÓN

CONOCIMIENTO

SEXO

RECURSO DIDACTICO

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

EDAD

CATEGORIA

COMUNICACIÓN

CONOCIMIENTO

RECURSO DIDACTICO

TURNO

VARIABLE DEPENDIENTE

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CALIDAD DE ATENCIÓN.

9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE: PERCEPCIÓN DEL USUARIO DIABÉTICO.

EDAD.

- 16-20
- 21-25
- 26- 30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- + 50

ESCOLARIDAD

PRIMARIA	COMPLETA INCOMPLETA.
SECUNDARIA	COMPLETA INCOMPLETA
BACHILLERATO	COMPLETO INCOMPLETO
CARRERA TECNICA	COMPLETA INCOMPLETA
NIVEL SUPERIOR:	COMPLETO INCOMPLETO
PROFESIÓN.	

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

- Información
- Prevención de complicaciones
- Cuidados(pies, uñas.)

COMUNICACIÓN

- Habilidad
- Claridad
- Tono de voz

RECURSO DIDÁCTICO

- Tiempo -Importancia
- Tipo

VARIABLE INDEPENDIENTE: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.**EDAD.**

- 16-20
- 21-25
- 26- 30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- + 50

CATEGORIA:

- Enfermera Especialista
- Enfermera General
- Auxiliar de enfermería

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

- Síntomas - Generalidades
- Características
- Complicaciones

COMUNICACIÓN

- Habilidad
- Claridad
- Tono de voz

RECURSO DIDÁCTICO

- Existencia
- Utilización
- Importancia

TURNO

- Matutino - Velada "A"
- Vespertino - Velada "B".

VARIABLE DEPENDIENTE.**EDUCACIÓN PARA LA SALUD****CALIDAD DE ATENCIÓN.**

9.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES DE VARIABLES

EDAD CRONOLÓGICA.

Tiempo medido normalmente en años, que ha vivido un ser vivo. La edad cronológica se mide en segundos, minutos, horas, días, semanas, meses y años.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Elevación del concepto de salud en su escala de valores
- Aceptación y cooperación con la enseñanza que facilite el aprendizaje de mejores conductas para conservar y mejorar su salud.
- Uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restauración de la salud.

CALIDAD DE ATENCIÓN.

- Las acciones de salud, sean de promoción, prevención, o curación deben tener la más alta calidad.
- La calidad se obtiene en la medida en que las acciones, son más adecuadas, es decir cuando se realizan lo mejor posible (menor molestia, iatrogenias, menos costos etc.)
- La atención hospitalaria tiene mayor o menor grado de calidad en la medida en que sus atributos, se aproximen al prototipo, en función de éste se suele hablar de calidad absoluta, individualizada y social.

CATEGORÍA: (EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA)

En toda organización se tiene definidos niveles, jerarquías o categorías y líneas de autoridad.

El nivel jerárquico o categoría es la división de la estructura administrativa que comprende todos los órganos con autoridad y responsabilidad similares, independientemente de la clase de función que tengan encomendada.

Una enfermera es la persona especialmente preparada en una escuela, oficialmente reconocida, en donde se le proporcionan las bases humanísticas y científicas necesarias para desarrollar sus funciones técnicas, administrativas y de investigación necesarias para la atención médica y que, al término de sus estudios, presenta un examen para obtener el título y la cédula profesional.

Sin embargo dentro de la institución se encuentran jerarquizadas en varias clases.

JEFE DE ENFERMERAS:

Para ocupar la plaza de jefe de enfermeras, es necesario el título de enfermera, haber realizado cursos de especialidad en administración de los servicios de enfermería. Está persona esta como responsable de planear, capacitar, dirigir y controlar los recursos asignados.

SUBJEFE DE ENFERMERAS:

Para ocupar la plaza es necesario el título de enfermera, así como un curso de administración en los servicios de enfermería, es la persona que funge como enlace entre la jefa y las enfermeras supervisoras.

ENFERMERA SUPERVISORA.

Para ocupar la plaza se requiere de título de enfermera, así como un curso de especialización mayor de 10 meses, curso de administración no menos de 40 horas y es la responsable de supervisar los servicios y la calidad de la atención otorgada.

ENFERMERA ESPECIALISTA.

Para ocupar la plaza además de los requisitos mencionados anteriormente, tener experiencia como enfermera general o auxiliar, su función es aplicar normas establecidas y atender directamente a los pacientes.

ENFERMERA GENERAL:

La enfermera general es la responsable de aplicar las normas establecidas y proporcionar atención en general.

AUXILIAR DE ENFERMERIA:

La enfermera auxiliar colabora con la enfermera general y especialista en los aspectos técnicos y administrativos que se le designen.

CONOCIMIENTO.

Se concibe como un proceso que recibe el nombre de cognición o proceso cognitivo, que es todo aquel que transforma el material sensible que recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo, en posteriores comportamientos adaptativos.

Las principales formas de actividad en que se realiza el conocimiento son: la percepción, la imaginación, memoria y pensamiento.

COMUNICACIÓN:

En un sentido lato puede tomarse como formulación de un principio universal de interrelación a múltiples niveles, biológico, psicológico, sociológico etc.

Dentro de un contexto general, pero más restringido, suele ceñirse al ámbito de la existencia humana en sus diversas conexiones con la realidad, circundante, así como las distintas actividades que con ella se mantienen.

En el uso cotidianizado del término puede entenderse, como el proceso que posibilita el intercambio de significado entre sujeto por medio de una serie de convenciones sistematizadas en unos códigos, y aplicadas sobre un concreto semiótico (verbal, escrito o gestual).

SEXO:

Condición orgánica por la cual un ser es masculino o femenino. Desde el punto de vista genético, el sexo viene determinado por la configuración cromosómica del individuo.

RECURSO DIDÁCTICO.

Son todos aquellos elementos que conjugan con la intención de que el proceso enseñanza-aprendizaje se realice de la mejor manera (recursos materiales), recursos no materiales como métodos, procedimientos, técnicas de motivación.

Recursos materiales. Son todos aquellos medios que utilizan para proporcionar al alumno las experiencias sensorias, convenciones en una introducción natural y segura de conocimiento.

TURNO. (Horario)

Los turnos u horarios son lineamientos establecidos por determinada institución y están bajo la influencia de políticas de suministro de personal.

En un hospital con capacidad para 600 camas censables funcionan con 5 horarios de trabajo.

TURNO MATUTINO:

Jornada de trabajo de 8 horas de lunes a viernes de 7:00 a 15:00 y descansos rotados por mes, sábados y domingos.

TURNO VESPERTINO.

Jornada mixta de trabajo de 8 horas, 7.5 horas laborando de lunes a viernes de 13:00 a 20:30, descansos rotados por mes, sábados y domingos, domingos y lunes.

TURNO NOCTURNO A:

Jornada nocturna de 8 horas (11 horas laborables) 20:00 a 7:00 los días lunes, miércoles y viernes, descansos fijos los domingos.

TURNO NOCTURNO B:

Jornada nocturna de 8 horas (11 horas laborable) 20:00 a 7:00 , martes, jueves y sábado, descanso fijo los lunes.

TURNO ESPECIAL.

Jornada laboral de 8 horas. Labora 24 horas los domingos y días festivos de 7:00 a 7:00 y 36 horas cuando un domingo está junto a un festivo.

Si el festivo cae en lunes, el resto de la jornada lo cubre el nocturno A y si el festivo cae en sábado el resto de la jornada lo cubre el B.

ESCOLARIDAD:

Periodo de la vida en el que se pertenece de un modo sistemático a una determinada institución escolar.

10. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Se trata de un estudio comparativo, cualitativo, observacional y transversal.

Es un estudio comparativo porque: existen dos poblaciones, en la que se comparan algunas variables para contrastar la hipótesis, las poblaciones a estudiar están conformadas por el personal de enfermería y el usuario.

Es un estudio cualitativo porque, las variables son basadas en cualidades.

Es un estudio observacional porque únicamente se esta describiendo el fenómeno estudiado, por lo tanto no pueden manipularse a voluntad propia las variables.

Es un estudio transversal porque la investigación esta programa de agosto del 01 a julio del 2002 y además porque el estudio de las variables se midieron una sola vez sin pretender evaluar la evolución del fenómeno estudiado.

11. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Es cierto que las investigaciones realizadas a las personas no pretenden causar daño psicológico, físico y social, ni tampoco invadir su privacidad. Por ello en este estudio se plantearon los objetivos de la investigación a los sujetos de estudio, contemplando así que la persona estaba en completa libertad de decidir contestar las encuestas de la investigación, seguir en él estudio, retirarse cuando la persona lo considerará conveniente o bien rehusarse a participar.

12. CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN.

12.1 UNIVERSO DE TRABAJO.

El universo está constituido por personal de enfermería que labora en el Hospital General Tacuba del ISSSTE y por Derechohabientes que asistan a la Institución.

12.2 POBLACIÓN.

La población estará conformada por personal de enfermería que trabaja directamente con el paciente y que labora en el Hospital General de Tacuba de lunes a viernes dentro de los tres turnos (Matutino, Vespertino, Velada A y B). Usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus que acudan a consulta o se encuentren hospitalizados en la institución.

12.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra estará conformado por una parte representativa de la población, la cual se seleccionará por medio del método de muestreo aleatorio simple.

13. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

13.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de enfermería que trabaja directamente con el paciente, de las tres categorías (Enfermera especialista, general y auxiliar.) de los tres turnos (Matutino, Vespertino, Velada A y B) y que labora de lunes a viernes en el Hospital General de Tacuba. Todos los derechohabientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo I y II, del sexo Femenino y Masculino y que acudan a consulta o estén hospitalizados en la Institución.

13.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal de enfermería que no pertenezca a la institución,

Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, que presenten un retraso mental o incapacidad física (sordera, ceguera, etc.)

Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes mellitus que no hablen en español.

Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, se encuentren inconscientes.

13.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Personal de enfermería que esté ausente por vacaciones, incapacidad, o en cursos, supervisor y jefe del servicio, estudiantes y pasantes de enfermería.

Personal de enfermería que se rehuse a participar.

Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, que se nieguen a contestar el cuestionario.

Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, que contesten de manera incompleta el cuestionario.

Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, que por algún motivo no se encuentren dentro de la institución.

14. MÉTODO

El método se llevará a cabo mediante, la aplicación de dos encuestas, una para el personal de enfermería y otra para el usuario, las cuales se manejarán de forma directa.

14.1 INSTRUMENTO.

Como es un estudio comparativo, las poblaciones a estudiar son dos, por lo que habrá, dos instrumentos, uno dirigido al personal de enfermería y otro a los derechohabientes.

El cuestionario dirigido al personal de enfermería consta de 39 preguntas, de las cuales 37 son de opción múltiple y sólo dos se manejarán de forma abierta.

El cuestionario dirigido al usuario consta de 43 preguntas de opción múltiple y sólo dos se manejarán de forma abierta.

El tiempo calculado para contestar el cuestionarios es de 10-15 min. aproximadamente.

15. ANALISIS.

Una vez recabada la información se procederá a efectuar el análisis estadístico a través del programa SPSS (Statical Packag For Social Science), utilizando como escala de medición para las variables el tipo nominal

16. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A) RECURSOS HUMANOS.

Pasante de la Licenciatura de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

Vazquez Miranda Guadalupe.

Personal de enfermería que labora en el Hospital General de Tacuba del ISSSTE.
Derechohabientes del Hospital General Tacuba del ISSSTE.

Personal de enfermería del área administrativa.

***DIRECTORA:** Dra. Ma. de Lourdes Scheffler H.

- *COORD DE ENSEÑANZA: L.E.O. Concepción Rodríguez Malagón.
- *JEFE DE ENFERMERAS. E.A. Irma E. Torres Torres.

Personal del comité de investigación de la Institución.

- * COORD DE INVESTIGACIÓN. DR. Emilio Montes Nuñez.

ASESOR.

M. C. E. Angélica Ramírez Elías. (Eneo)

B) RECURSOS MATERIALES.

Hojas
Lápices
Plumas
Gomas
Sacapuntas
Equipo de computo
Libros
Fotocopias
Internet

C) RECURSOS FINANCIEROS

Copias.....	\$500
Artículos de papelería.....	\$500
Impresión.....	\$2,000
Encuadernación.....	\$1,500
Pasajes.....	\$2,500

TOTAL = \$7,000

D) RECURSOS FÍSICOS

BIBLIOTECA.

-Eneo
-Xochimilco.

Instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, (Eneo) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Instalaciones del Hospital General de Tacuba (ISSSTE)

17. SELECCIÓN DE MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- a) Estructuración del marco teórico, se recurrió a la investigación documental consultado así fuentes de información bibliográfica: Salud pública y medicina preventiva, Educación para la salud, Tratado general de la salud, Enfermería para la salud de la comunidad, Enfermería en salud comunitaria, Normas prácticas en enfermería, Investigación científica en el área de la salud, Administración de los servicios en enfermería, Gestión estratégica en los servicios sanitarios.
- b) Verificación de hipótesis. La verificación de la hipótesis se llevo a cabo a través de tres fases: Primero se aplicaron las encuestas al personal de enfermería y a los usuarios con los cuestionarios elaborados anteriormente (Ver anexo No 1 y 2). La segunda fase implicó la tabulación de los cuestionarios un vez aplicados. Finalmente se realizó el análisis, interpretación y presentación de los datos estadísticos mediante el método estadístico.
- c) Elaboración de conclusiones. Etapa en la que se describen los resultado obtenidos exponiendo las relaciones entre las variables de estudio, resultados importantes, alternativas de solución, así como sugerencias del tema investigado.
- d) Presentación del trabajo. Etapa final que consistió en la investigación del trabajo de tesis recepcional.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

IV. PRESENTACION**Y DESCRIPCION****DE RESULTADOS.**

**1. DATOS DE
IDENTIFICACIÓN.
DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA**

ANALISIS DE RESULTADOS.

CUADRO No 1

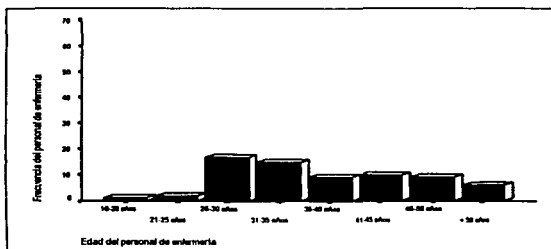
**Edad del personal de enfermería que labora
en el Hospital Gral. Tacuba del ISSSTE**

Edad del personal de enfermería	Fe	%
16-20	1	1.4
21-25	2	2.9
26-30	17	24.7
31-35	15	21.8
36-40	9	13.0
41-45	10	14.5
46-50	9	13.0
+ 50	6	8.7
Total	69	100.0

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada al personal de enfermería que labora en el Hospital Gral. Tacuba del ISSSTE. Octubre- Noviembre 2001

GRÁFICA No 1

**Edad del personal de enfermería que labora en el Hospital General.
Tacuba del ISSSTE.**



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 1

De acuerdo a la edad del personal de enfermería que labora en el Hospital Gral. Tacuba del ISSSTE, el 4.3% corresponde a la edad de 16-25 años, el 46.5% corresponde a la edad de 26-35 años, el 27.5% corresponde a la edad de 36-45 años, el 21.7% corresponde a la edad de más de 46 años. Los datos anteriores muestran que la mayor parte del personal que labora en la institución es gente joven, cuya posibilidad de desenvolverse satisfactoriamente en las actividades, técnicas, administrativas, de investigación, así como en el ámbito docente, realizando prácticas educativas a los usuarios a quienes preste sus servicios, es mayor, que si el personal fuera de edad más avanzada. Se dice que la edad es un factor que influye en la disponibilidad de la realización de prácticas educativas, de hecho se considera que la gente joven, cuenta con el conocimiento científico reciente, y con mayor aceptación de llevar a cabo funciones docentes dentro de una institución hospitalaria.

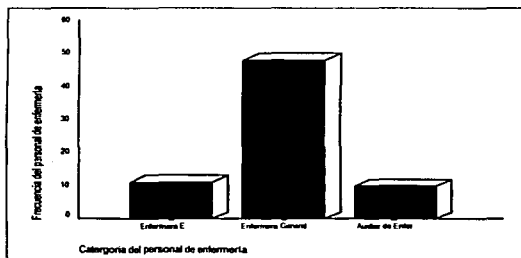
CUADRO No 2**Categoría del personal de enfermería que labora en el Hospital General. Tacuba del ISSSTE.**

Categoría del personal de enfermería	Fe	%
Enfermera Especialista	11	15.9
Enfermera General	48	69.6
Auxiliar de enfermería	10	14.5
Total	69	100.0

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 2

Categoría del personal de enfermería que labora en el Hospital General. Tacuba del ISSSTE.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 2

Como se aprecia en el cuadro y en la gráfica, correspondiente a la categoría del personal de enfermería, el 69.6% corresponde al personal de enfermeras generales, el 15.9% al personal de enfermeras especialistas. Por lo tanto puede decirse que el personal que labora en la institución hospitalaria cuenta con el nivel académico básico para llevar a cabo las prácticas de educación a los usuarios que así lo requieran, dado que la enfermera especialista y la enfermera general tienen mayor capacitación y por consiguiente mayor probabilidad para desarrollar un tema de educación para la salud, mientras que el 14.5% corresponde al personal de enfermeras auxiliares, las cuales en determinado momento son respaldadas por el grupo de especialistas y generales, para poder colaborar en conjunto en la educación de los usuarios.

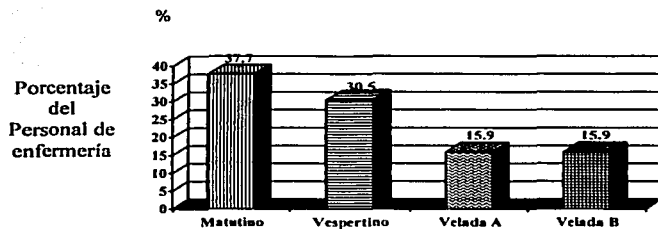
CUADRO No 3**Turno laboral del personal de enfermería**

Turno del personal de enfermería.	Fe	%
Matutino	26	37.7
Vespertino	21	30.5
Velada "A"	11	15.9
Velada "B"	11	15.9
Total	69	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 3

Turno laboral del personal de enfermería



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 3

En relación al turno laboral del personal de enfermería del Hospital General Tacuba, los resultados muestran que el 37.7% corresponde al personal que labora en el turno matutino, el 30.4% al turno vespertino y el 31.8% al turno nocturno dividido en velada A y B. Los datos anteriores muestran que existe una mayor porcentaje de personal de enfermería laborando en los turnos matutino y vespertino, situación que permite que se lleve a cabo la realización de prácticas educativas a los usuarios en turnos, donde no se afecta el descanso y sueño de éstos.

CUADRO No 4

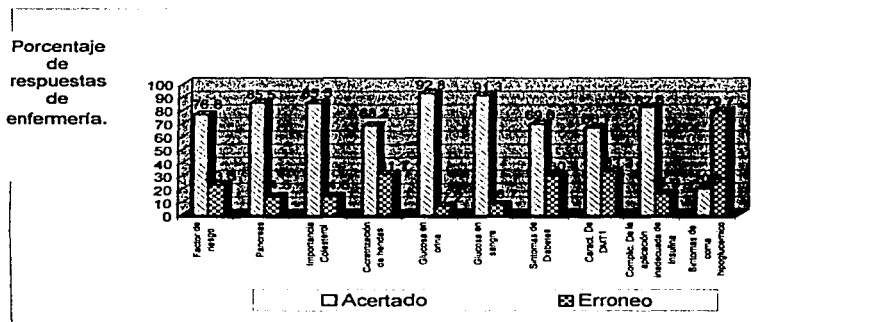
Respuestas acertadas y erróneas del personal de enfermería en relación al conocimiento de diabetes mellitus.

Respuestas acertadas y erróneas del personal de enfermería acerca de diabetes.	ACERTADO		ERRONEO	
	Fe	%	Fe	%
Factores de riesgo	53	76.8	16	23.2
Glándula que secreta la insulina	59	85.5	10	14.5
Importancia del colesterol	59	85.5	10	14.5
Alteración de la cicatrización	47	68.3	22	31.7
Cantidad de glucosa en orina	64	92.8	5	7.2
Cantidad normal de glucosa en sangre	63	91.3	6	8.7
Síntomas de diabetes	48	69.6	21	30.4
Características de la diabetes mellitus T1	46	66.7	23	33.3
Complicación de aplicación inadecuada de dosis de insulina	57	82.6	12	16.9
Síntomas de coma hipoglucémico	14	20.3	55	79.7
Total.	69	100	69	100

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 4

Respuestas acertadas y erróneas del personal de enfermería en relación al conocimiento de diabetes mellitus.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 6

En relación con el conocimiento que tiene el personal de enfermería, acerca de la diabetes se realizaron diez preguntas, las cuales se compararon y midieron en acertado y erróneo, los resultados muestran que el 26.6% corresponde al personal de enfermería que contestó erróneamente, sin embargo el 73.4% del personal de enfermería contestó acertadamente, situación que muestra que la mayor parte del personal de enfermería que labora en la institución es personal que cuenta con las bases científicas para poder llevar a cabo las prácticas educativas a los usuarios con diagnóstico de diabetes. Hoy en día la educación en usuarios con diagnóstico de diabetes forma parte del tratamiento integral por ello en la medida en que el profesional de enfermería proporcione información al usuario con diagnóstico de diabetes, éste tendrá la posibilidad de aprender a vivir con la enfermedad, a través del autocontrol, disminuyendo así las complicaciones, amputaciones, reingresos hospitalarios y las muertes prematuras. La diabetes mellitus constituye una de las principales causas de morbilidad en México. Según datos estadísticos de la S.S.A. 5 de cada 10 individuos padecen diabetes, cifras que sin duda irán en aumento al pasar de los años, hecho que crea la necesidad de contar con profesionales de la salud capaces de responder ante las necesidades de esta población afectada, y en donde sin duda alguna enfermería es uno de los principales profesionales de la salud considerado desde hace tiempo como educador, por sus conocimientos y por su estrecha relación con el usuario y más aún porque se sabe que la educación para la salud es componente integral de la atención que brinda el personal de enfermería..

CUADRO No 5

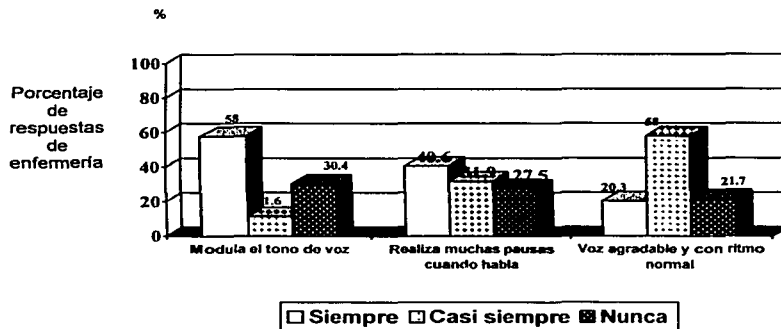
Respuestas del personal de enfermería en relación al tono de voz, cuando habla con el usuario.

Respuestas del personal de enfermería en relación al tono de voz cuando habla con el usuario.	Siempre		Casi siempre		Nunca	
	Fe	%	Fe	%	Fe	%
Modular el tono de voz	40	58	8	11.6	21	30.4
Realiza muchas pausas	28	40.6	22	31.9	19	27.54
Voz agradable y aun ritmo normal	14	20.3	40	58	15	21.7
Total	69	100.0	69	100.0	69	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 5

Respuestas del personal de enfermería en relación al tono de voz, cuando habla con el usuario.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 5

En relación al tono de voz del personal de enfermería, se realizaron tres preguntas contemplando el tono de voz, el realizar muchas pausas así como voz agradable y a un ritmo normal, los resultados muestran que el 98.6% del personal de enfermería siempre o casi siempre modula su tono de voz al comunicarse con el usuario y sólo el 1.4% del personal de enfermería nunca modula el tono de voz, por otro lado el 43.5% del personal de enfermería siempre o casi siempre realiza demasiadas pausas al hablar, mientras el 56.5% del personal de enfermería nunca realiza demasiadas pausas, en lo respecta a la voz agradable y aun ritmo normal el 100.0% del personal de enfermería tiene voz agradable y con ritmo normal. Lo anterior muestra que la mayor parte del personal de enfermería tiene mayor posibilidad de entablar una comunicación eficaz con los usuarios así como de realizar satisfactoriamente prácticas de educación para la salud. Como se sabe el tono de voz denota las emociones de una persona, por lo que es importante que el personal de enfermería considere la situación, el lugar y el objetivo de la comunicación con el usuario lo que le permita tener una comunicación terapéutica eficaz.

CUADRO No 6

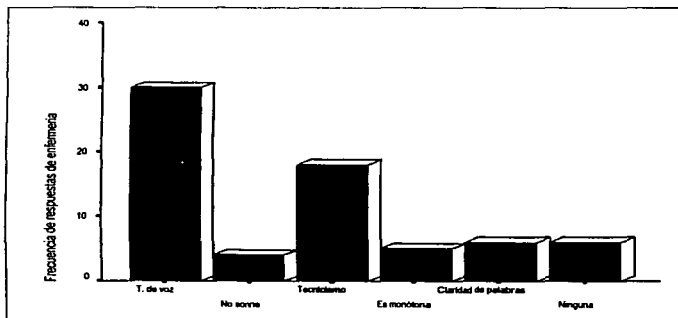
Respuestas del personal de enfermería, acerca de los obstáculos que considera dificultan su comunicación .

Respuestas del personal de enfermería, acerca de los obstáculos que dificultan su comunicación con el usuario	Fe	%
Tono de voz	30	43.5
No transmite una sonrisa	4	5.8
Utiliza tecnicismos	18	26.1
Es monótona	5	7.2
Claridad en sus palabras	6	8.7
Ninguna	6	8.7
Total	69	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 6

Respuestas del personal de enfermería, acerca de los obstáculos que considera dificultan su comunicación .



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 6

De acuerdo a las respuestas del personal de enfermería referente a los obstáculos que tiene para comunicarse con el usuario, el 8.7% del personal de enfermería refiere no tener obstáculos en la comunicación, porcentaje mínimo comparado con el resto del personal de enfermería en donde el 43.5% considera como obstáculo su tono de voz, el 21.7% la utilización de tecnicismos cuando habla con el usuario. Así como el 26.1%, considera que son obstáculos en su comunicación la falta de claridad en las palabras, el no transmitir una sonrisa, y en que su comunicación es monótona. Como sabemos la comunicación es algo que forma parte de todas las facetas de nuestras actividades cotidianas y relaciones personales, en enfermería la comunicación gira entorno a la influencia reciproca con los usuarios a los que se esta brindando un servicio. El tono de voz, la elección de las palabras, las expresiones faciales y los gestos pueden comunicar más eficazmente las ideas y sentimientos, por ello es importante que el personal de salud tenga la idea clara de lo que desea decir y la forma de decirlo, los obstáculos en la comunicación entorpecen la comunicación terapéutica, dando lugar a la incomprensión y poca participación de los usuarios.

Según Riopelle la comunicación terapéutica es "un intercambio verbal y no verbal, que permite crear un clima de confianza, respeto, que el paciente necesita para satisfacer sus necesidades fundamentales para alcanzar un contacto mayor con su propia realidad, sus emociones, conflictos, valores, límites y aspiraciones".

CUADRO No 7

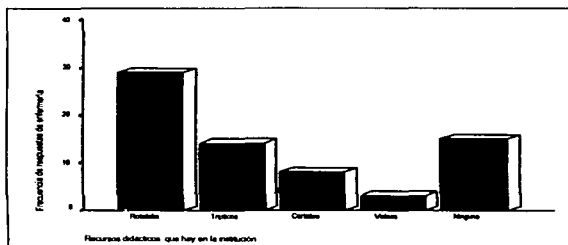
Respuestas del personal de Enfermería acerca de los recursos didácticos con los que cuenta la institución para proporcionar educación al usuario.

Recursos didácticos con los que cuenta la institución para educar a los usuarios.	Fe	%
Rotafolio	29	42.0
Trípticos	14	20.3
Carteles	8	11.6
Videos	3	4.4
Ninguno	15	21.7
Total	69	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 7

Respuestas del personal de Enfermería acerca de los recursos didácticos con los que cuenta la institución para proporcionar educación al usuario.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 7

Respecto a las respuestas de enfermería acerca de los recursos con los que cuenta la institución para proporcionar educación para la salud a los usuarios con diagnóstico de diabetes los datos muestran que el 21.7% del personal de enfermería opina que la institución no cuenta con recursos didácticos para educar al usuario con diabetes, cifra que aunque es menor comparada con el resto de la opinión del personal de enfermería si llama la atención, si consideramos que parte de la población que atiende la institución hospitalaria son usuarios con diagnóstico de diabetes, los cuales requieren no sólo atención médica sino además atención educativa. Sin embargo el 73.9% equivale a los recursos visuales en donde el Rotafolio, figura como uno de los recursos de mayor existencia, en tanto que el 4.4% corresponde a los recursos audiovisuales. Hecho que hace suponer que por lo menos la institución cuenta con recursos para que el personal de enfermería lleve a cabo las prácticas de educación para la salud de la población con diagnóstico de diabetes. La institución hospitalaria se considera sitio adecuado para llevar a cabo las prácticas de Educación Para la Salud, debido a las grandes oportunidades que se presentan como son: larga permanencia de los usuarios enfermos, exámenes periódicos, consultas de usuarios sanos o enfermos a través del a consulta externa, así como seguimiento posthospitalario de usuarios con problemas crónico-degenerativos dados de alta.

CUADRO No 8

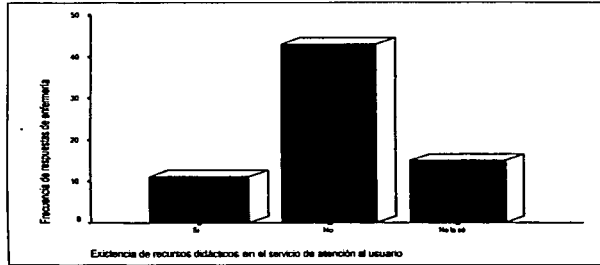
Respuestas del personal de enfermería en relación a la existencia de recursos didácticos en los servicios donde labora.

Existencia de recursos didácticos en los servicios donde labora el personal de enfermería.	Fe	%
Si hay en existencia	11	16.0
No hay en existencia	43	62.3
No lo sé	15	21.7
Total	69	100.0

Fuente: *Ibidem*.

GRÁFICA No 8

Respuestas del personal de enfermería en relación a la existencia de recursos didácticos en los servicios donde labora.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 8

En relación con las respuestas del personal de enfermería acerca de la existencia de recursos didácticos en los diversos servicios de atención al usuario con diagnóstico de diabetes, el 84.0% corresponde al personal de enfermería que refiere que su servicio, no cuenta con recursos didácticos o que incluso desconoce de la existencia de estos recursos para educar a los usuarios con diagnóstico de diabetes, y sólo el 16.0% del personal de enfermería afirma que en su servicio si existen medios auxiliares para realizar las prácticas educativas. La educación del usuario forma parte integral de la atención que brinda el personal de enfermería, proporcionar cuidados sin enseñar, educar u orientar a la población de alto riesgo es realizar el trabajo de forma incompleta, sobre todo si sabemos que en problemas crónico-degenerativos la educación tiene como finalidad la participación activa del usuario en el tratamiento y control de su enfermedad.

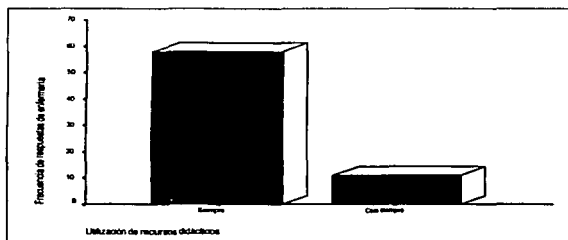
CUADRO No 9

Respuestas del personal de enfermería acerca de la utilización de recursos didácticos en la educación del usuario con diabetes.

Respuestas del personal de enfermería, acerca de la utilización de recursos para educar a los usuarios.	Fe	%
Siempre utiliza recursos didácticos	58	84.1
Casi siempre utiliza recursos didácticos	11	15.9
Nunca utiliza recursos didácticos	0	0
Total	69	100.0

Fuente: *Ibidem*.

GRÁFICA No 9

Utilización de recursos didácticos por parte del personal de enfermería en la educación del usuario con diabetes.

Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 9

En lo que se refiere a la utilización de recursos didácticos por parte del personal de enfermería para proporcionar educación al usuario con diagnóstico de diabetes los resultados muestran que el 84.1% corresponde al personal de enfermería que opina que siempre hace uso de los recursos didácticos mientras que el 15.9% corresponde al personal de enfermería que opina que Casi siempre utilizan recursos didácticos para proporcionar educación al usuario. Situación que hace suponer que en general el personal de enfermería hace uso de los recursos didácticos cuando lleva a cabo las prácticas educativas en los usuarios con diagnóstico de diabetes. Los medios auxiliares constituyen los elementos concretos y objetivos que ilustran visualmente lo que se desea transmitir a los usuarios, haciendo más efectivo el aprendizaje, ya que permite que adquieran una mejor comprensión de las ideas y significados, debido a la estimulación visual de que son objeto, lo que difícilmente se lograría a base de un simbolismo verbal exclusivo. Por lo tanto cuanto más correcto sea su utilización por parte del personal de enfermería mayor será el aprendizaje del usuario.

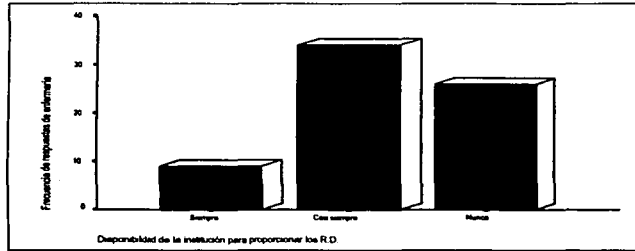
CUADRO No 10**Opinión del personal de enfermería, acerca de la disponibilidad de la institución para proporcionarle los recursos didácticos**

Respuestas del personal de enfermería, acerca de la disponibilidad de la institución para proporcionar los recursos didácticos.	Fe	%
Siempre está disponible	9	13.0
Casi siempre está disponible	34	49.3
Nunca está disponible	26	37.7
Total	69	100.0

Fuente: *Ibidem*.

GRÁFICA No 10

Opinión del personal de enfermería, acerca de la disponibilidad de la institución para proporcionarle los recursos didácticos



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 10

En relación a las respuestas del personal de enfermería, en lo que se refiere a la disponibilidad de la institución para proporcionar los recursos didácticos; los resultados muestran que el 37.7% corresponde al personal de enfermería que contestó que la institución nunca está disponible para proporcionar los recursos didácticos, cifra que llama la atención si consideramos que una de las funciones de la institución hospitalaria está basada en la actividad docente para la población a la que brinda atención, por otro los recursos didácticos son medios de apoyo para que el personal de enfermería pueda llevar a cabo exitosamente las prácticas de educación para la salud. Sin embargo el 13.3% corresponde a la respuesta de siempre y el 49.3% al de Casi siempre la institución proporciona los recursos didácticos para que el personal de enfermería pueda dar un tema de educación a los usuarios. Cifras que ponen de manifiesto que la mayor parte del personal de enfermería opina que la institución está disponible para ofrecerle los medios auxiliares para la educación del usuario.

CUADRO No 11

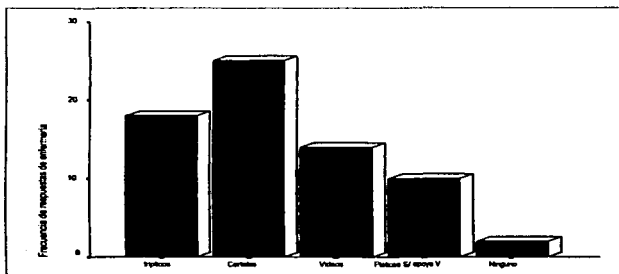
Recursos didácticos, con los cuáles se le facilita a enfermería proporcionar educación al usuario.

Recursos didácticos con los cuales se le facilita al personal de enfermería proporcionar educación al asuario.	Fe	%
Trípticos	18	26.1
Rotafolio	10	14.5
Videos	14	20.3
Carteles	25	36.2
Ninguno	2	2.9
Total	69	100.0

Fuente: *Ibíd.*

GRÁFICA No 11

Recursos didácticos, con los cuales se le facilita a enfermería proporcionar educación al usuario.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 11

Según la opinión del personal de enfermería, referente a los recursos didácticos con los cuales se le facilita proporcionar educación al usuario con diagnóstico de diabetes los resultados muestran que el personal de enfermería tiene mayor facilidad de proporcionar educación al usuario a través de los recursos visuales porcentaje que equivale al 76.8%, de los cuales el cartel es uno de los recursos le facilita las prácticas educativas, en tanto que el 20.3% corresponde al recurso audiovisual (video) y sólo el 2.9% del personal de enfermería considera que ningún recurso didáctico le facilita realizar las prácticas educativas en los usuarios. Los datos anteriores muestran que a pesar de las diferencias porcentuales entre los recursos visuales y audiovisuales, estos son medios auxiliares con los cuales al profesional de enfermería se le facilita proporcionar educación a los usuarios con diagnóstico de diabetes. El uso correcto de los medios auxiliares facilita el proceso enseñanza-aprendizaje del usuario, por lo tanto su valor dependerá de la elección como de la utilización adecuada, dando lugar a prácticas educativas exitosas.

CUADRO No 12

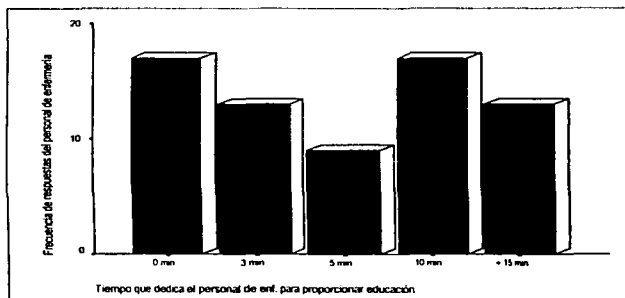
Tiempo que dedica el personal de enfermería en su turno para proporcionar educación al usuario.

Tiempo que dedica enfermería en su turno, para proporcionar educación al usuario.	Fe	%
0. minutos	17	24.6
3. minutos	13	18.8
5. minutos	9	13.2
10. minutos	17	24.6
+ 15 minutos	13	18.8
Total	69	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 12

Tiempo que dedica el personal de enfermería en su turno para proporcionar educación al usuario.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 12

En relación al tiempo que dedica el personal de enfermería en su turno para llevar a cabo las prácticas educativas en el usuario, los resultados muestran que el 43.4% del personal de enfermería dedica de 0-3 minutos de su tiempo para educar a los usuarios, el 37.8% de 5-10 minutos y sólo el 18.8% dedica más de 15 minutos. Aunque no se contempla un tiempo preciso para proporcionar educación a los usuarios, es importante considerar que en la medida en que el profesional de enfermería dedique el mayor tiempo posible dentro de su jornada laboral en prácticas educativas tendientes a mejorar la salud de la población afectada, trabajando en conjunto con el equipo de salud y con la participación de los usuarios en el cuidado de su salud, mediante lo cual se podrán cubrir las necesidades básicas de los usuarios con problemas crónico-degenerativos sobre todo si se considera que la educación conlleva a realizar una serie de actividades destinadas a controlar, mantener o restaurar la salud del individuo.

CUADRO No 13

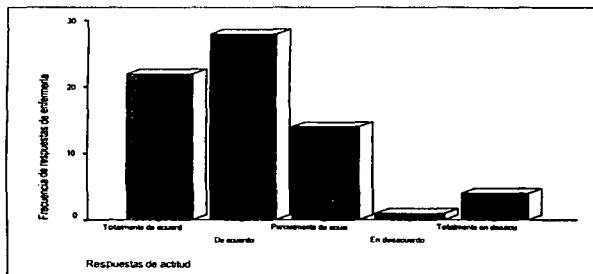
De acuerdo a la opinión del personal de enfermería, los usuarios deberían entender que no son los únicos a quienes presta sus servicios.

Opinión del personal de enfermería, en relación a considerar que los usuarios deben entender que no son los únicos a quienes presta sus servicios	Fe	%
Totalmente de acuerdo	22	31.9
De acuerdo	28	40.6
Parcialmente de acuerdo	14	20.3
En desacuerdo	1	1.4
Totalmente en desacuerdo	4	5.8
Total.	69	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 13

Los usuarios deberían entender que no son los únicos a quienes enfermería presta sus servicios.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 13

En relación a la actitud del personal de enfermería, respecto a que los usuarios deberían entender que no son los únicos a quienes presta sus servicios, los resultados muestran que el 72.5% del personal de enfermería muestra una actitud favorable ante tal situación, el 20.3% no refiere una actitud ni favorable ni desfavorable ante tal circunstancia y sólo el 7.2% del personal muestra una actitud desfavorable al respecto, cuando por el contrario está cifra debería ser de mayor porcentaje si consideramos que el usuario es la persona más importante en la atención de enfermería, al cuál debe dirigirse toda la atención y observación en el trabajo diario, atendiéndolo de la mejor manera posible.

CUADRO No 14

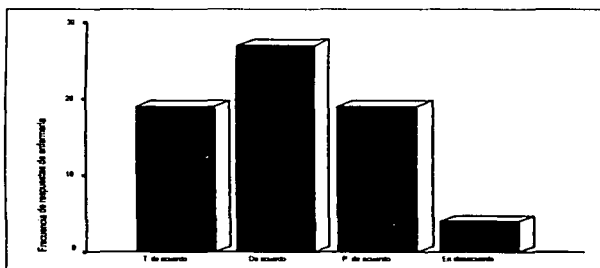
Los usuarios no deben molestarse por tener que esperar a ser atendidos cuando enfermería está ocupada. Opinión del profesional de enfermería.

Opinión del personal de enfermería, en relación a considerar que los usuarios no deben molestarse por tener que esperar a ser atendidos cuando enfermería está ocupada.	Fe	%
Totalmente de acuerdo	19	27.5
De acuerdo	27	39.1
Parcialmente de acuerdo	19	27.6
En desacuerdo	4	5.8
Totalmente en desacuerdo	0	0
Total	69	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 14

Los usuarios no deben molestarse por tener que esperar cuando enfermería está ocupada. Opinión del profesional de enfermería



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 14

De acuerdo a la opinión del personal de enfermería en relación a que el usuario no debe molestarse por tener que esperar cuando está ocupada los resultados muestran que, el 66.6% del personal de enfermería muestra una actitud positiva, es decir que consideran que el usuario no debe molestarse por tener que esperar cuando están ocupadas, mientras que el 27.6% del personal de enfermería opino no estar de acuerdo ni en desacuerdo ante tal actitud. Sin embargo sólo el 5.8% del personal de enfermería mostró una actitud negativa ante tal situación. Cifras que muestran en general que la mayor parte del personal de enfermería tienen una actitud positiva en relación a que el usuario no debe molestar cuando tiene que esperar a ser atendido, cuando debería ser todo lo contrario, es decir que el personal de enfermería, debe estar dispuesto en el momento en que el usuario lo solicite, la disponibilidad del personal de salud es sin lugar a duda parte de la calidad de atención que brinda un servicio, cuando no existe está disponibilidad por parte del prestador del servicio, difícilmente se estarán cubriendo y satisfaciendo las necesidades del usuario.

CUADRO No 15

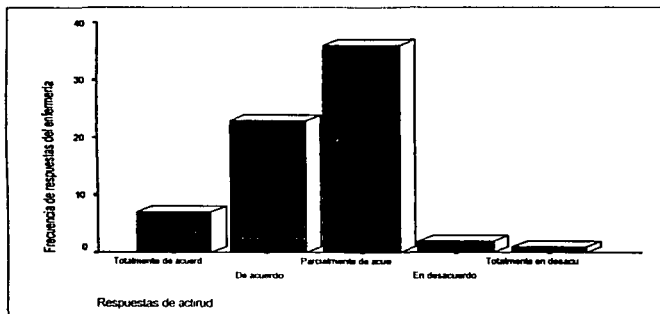
Opinión del personal de enfermería, respecto a considerar que los usuarios con diabetes dependen en gran medida de los cuidados que proporciona.

Opinión del personal de enfermería, en relación a considerar que los usuarios con diabetes dependen en gran medida de los cuidados que les proporciona.	Fe	%
Totalmente de acuerdo	7	10.1
De acuerdo	23	33.3
Parcialmente de acuerdo	36	52.2
En desacuerdo	2	2.9
Totalmente en desacuerdo	1	1.4
Total	69	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 15

Opinión del personal de enfermería, respecto a considerar que los usuarios con diabetes dependen en gran medida de los cuidados que proporciona.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 15

Respecto a la actitud del personal de enfermería en relación a considerar que el usuario con diagnóstico de diabetes depende de los cuidados que brinda el profesional de enfermería. Los datos muestran que el 33.4% del personal de enfermería muestra una actitud favorable ante tal situación, en tanto que el 52.2% no muestra ni una actitud favorable ni desfavorable y sólo el 4.4% muestra una actitud desfavorable. Los resultados anteriores muestran que un mínimo porcentaje del personal de enfermería reconoce la importancia que genera su participación en el cuidado de los usuarios con diagnóstico de diabetes, situación que llama la atención si consideramos que enfermería, es un profesional de la salud importante en el cuidado y la atención de los usuarios en general.

CUADRO No 16

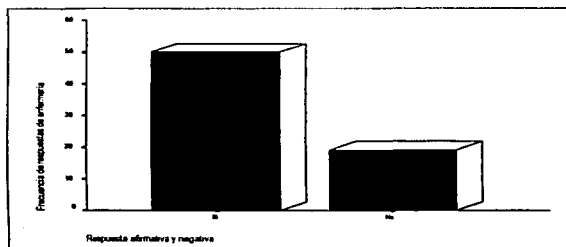
Respuesta afirmativa y negativa del personal de enfermería, en relación a la educación como prioridad a implementarse en el usuario con diagnóstico de diabetes.

Respuestas del personal de enfermería en relación a considerar, a la educación como prioridad a implementarse en el usuario diabético.	Fe	%
Si es prioritario	50	72.5
No es prioritario	19	27.5
Total.	69	100.0

Fuente: *Ibidem.*

GRÁFICA No 16

Respuesta afirmativa y negativa del personal de enfermería, en relación a la educación como prioridad a implementarse en el usuario con diagnóstico de diabetes.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 16

Respecto a las respuestas afirmativa y negativa del personal de enfermería en relación a la educación como prioridad en los usuarios con diagnóstico de diabetes, el 27.5% del personal de enfermería contestó que no es prioritaria la educación en el usuario con diabetes, cifra que es alarmante si consideramos que dentro de las actividades que realiza el profesional de enfermería, la educación es parte integral de la calidad de atención por lo tanto si el personal de enfermería no considera importante las prácticas de Educación para la Salud, difícilmente podrá realizar exitosamente las prácticas educativas de aquellos usuarios a quienes brinda atención. No obstante el 72.5% corresponde al personal de enfermería que considera que si es una prioridad proporcionar educación a los usuarios con diagnóstico de diabetes, por lo anterior puede decirse que es profesional de enfermería que en algún momento podrá llevar acabo las prácticas de educación a los usuarios que así lo requieran. Una de las funciones más importantes de todo profesional de salud es la de educador, el enseñar a los usuarios la forma de vivir con una enfermedad da lugar a que los usuarios tengan mayor probabilidad de vivir saludablemente.

**DATOS DE
IDENTIFICACIÓN
DE LOS
USUARIOS.**

CUADRO No 17

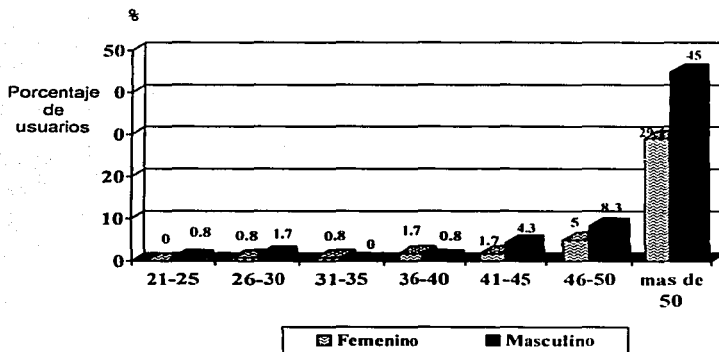
Edad y sexo del usuario con diagnóstico de diabetes.

Edad del usuario	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Fe	%	Fe	%
21-25	0	0	1	.8
26-30	1	.8	2	1.7
31-35	1	.8	0	0
36-40	2	1.7	1	.8
41-45	2	1.7	5	4.3
46-50	6	5.0	10	8.3
+ 50	35	29.1	54	45
Total	47	39.1	73	60.9

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada a los usuarios con diagnóstico de diabetes en el Hospital Gral Tacuba del ISSSTE. Octubre-Noviembre 2001

GRÁFICA No 17

Edad y sexo del usuario con diagnóstico de diabetes.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 17.

De acuerdo a la edad y sexo del usuario con diagnóstico de diabetes, los datos muestran que el 57.6% de la población atendida en la institución corresponde a varones que van de 41 a más de 50 años, mientras que el 35.9% corresponde al sexo femenino, el resto de la población es gente joven cuyas edades oscilan entre 21 y 40 años porcentaje equivalente al 6.5%, cifra que muestra que la mayor parte de los usuarios con diagnóstico de diabetes son en su mayoría varones que se encuentran en la tercera edad, los cuales deben recibir educación para poder llevar una vida digna con la capacidad de ser autosuficientes en un futuro. Como se sabe la diabetes mellitus lleva implícito un pronóstico de incurabilidad más no de mortalidad, por ello en la medida en que el profesional de salud le proporcione educación al usuario para el cuidado de su salud, estará proporcionando las bases científicas para poder vivir con la enfermedad.

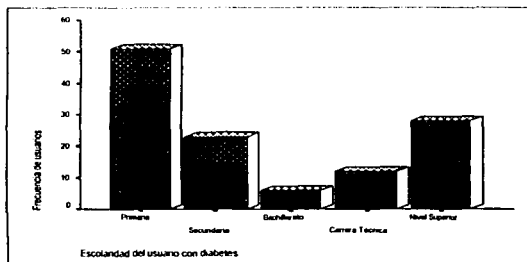
CUADRO No 18**Escolaridad del usuario diabético, atendido en el Hospital
Gral. Tacuba del ISSSTE.**

Escolaridad del usuario con diagnóstico de diabetes	Fe	%
Primaria	51	42.5
Secundaria	23	19.2
Bachillerato	6	5.0
Carrera Técnica	12	10.0
Nivel superior	28	23.3
Total	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 18

**Escolaridad del usuario diabético, atendido en el Hospital Gral.
Tacuba del ISSSTE.**



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 18

Como se muestra en el cuadro y en la gráfica, la escolaridad del usuario con diagnóstico de diabetes, el 42.5% corresponde a usuarios cuya escolaridad es de primaria, por lo que se puede decir que son usuarios que por lo menos saben leer, escribir y que esto en cierta forma sirve para que la educación que reciban pueda ser a través de los distintos medios auxiliares que existen, hecho que hasta cierto punto facilitará su aprendizaje y por consiguiente resultados satisfactorios. En México el nivel de escolaridad de la población es del 3er año de primaria, es decir que la mayor parte de la población por lo menos sabe leer y escribir. Sin embargo el 23.3% corresponde a usuarios con un nivel superior dato que muestra que son usuarios con mayor preparación, y con la posibilidad de mayor conciencia en el cuidado de su salud, el resto de la población que equivale al 34.2% corresponde a usuarios con escolaridad que va de secundaria a carrera técnica. Lo que favorece en gran medida su aprendizaje y participación en el cuidado de su salud.

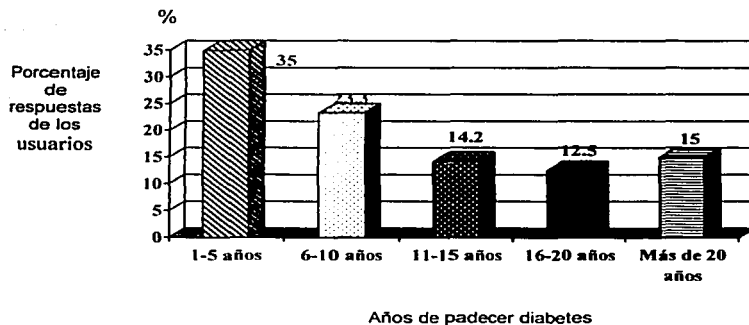
CUADRO No 19**Tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus.**

Tiempo de haber sido diagnosticado como diabético.	Fe	%
1-5 años	42	35
6-10 años	28	23.3
11-15 años	17	14.2
16-20 años	15	12.5
Más de 20 años	18	15
Total	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 19

Tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 19

En relación al tiempo desde que padece diabetes el usuario, los resultados muestran que el 35% corresponde de 1-5 años de padecer la enfermedad, el 23.3% de 6-10 años, mientras el 26.7% van de 11-20 años, en tanto que el 15% corresponde a más de 20 años, datos que muestran que existe un porcentaje elevado de usuarios con diagnóstico reciente los cuales deben recibir educación para la salud con la finalidad de detener la aceleración del deterioro del organismo. Sabemos que la diabetes afecta a todo el organismo de la persona que lo padece, sin embargo hoy en día tal afección puede verse reducida a través del autocuidado, acción que empieza con el conocimiento y aceptación de la enfermedad, puesto que la diabetes actualmente no es sinónimo de mortalidad.

CUADRO No 20

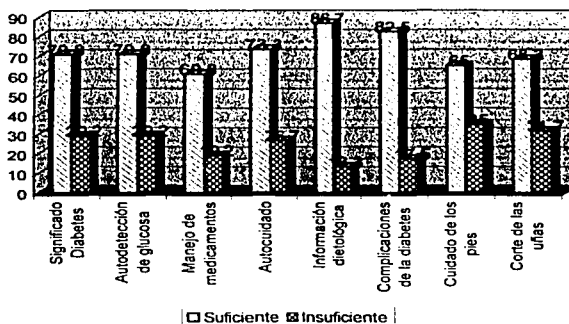
Respuestas del usuario con diagnóstico de diabetes en relación al conocimiento suficiente o insuficiente para el autocuidado

Conocimiento suficiente o insuficiente del usuario, acerca de diabetes.	Suficiente		Insuficiente		Total	
	Fe	%	Fe	%	Fe	%
Significado de diabetes	90	75.0	30	25.0	120	100.0
Autodetección de glucosa	85	70.8	35	29.2	120	100.0
Manejo de medicamentos	90	75.0	30	25.0	120	100.0
Información adecuada para autocuidarse	88	73.3	32	26.7	120	100.0
Información dietológica	104	86.7	16	13.3	120	100.0
Complicaciones de la diabetes	99	82.5	21	17.5	120	100.0
Cuidado de los pies	78	65.0	42	35.0	120	100.0
Corte de las uñas	82	68.3	38	31.7	120	100.0

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 20

Respuestas del usuario con diagnóstico de diabetes en relación al conocimiento Suficiente e Insuficiente para el autocuidado.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 20

En lo que respecta al conocimiento del usuario con diagnóstico de diabetes se realizaron 8 preguntas, las cuales se compararon y se midieron en suficiente e insuficiente conocimiento para el autocuidado, los datos muestran que el 37.2% corresponde a los usuarios cuyo conocimiento es insuficiente para autocuidarse, población susceptible a reincidir en complicaciones, reingresos hospitalarios, amputaciones y muertes; por ello es importante que se proporcione educación a ésta población. Se sabe que entre más conozca el usuario de su enfermedad mayor será el compromiso y la responsabilidad del cuidado de su salud, de hecho los resultados de la educación suelen traducirse en el aumento de los conocimientos dando lugar aún mejor control de la enfermedad, un mayor cumplimiento de las medidas terapéuticas, un mayor nivel de participación, colaboración y autonomía del usuario y por consiguiente la reducción de ingresos hospitalarios por complicaciones e incluso la prevención de muertes prematuras. No obstante el 62.4% corresponde a usuarios que de acuerdo a sus respuestas, cuenta con el conocimiento suficiente para poder autocuidarse. Un control adecuado de la diabetes, tiene mejores perspectivas de lograrse cuando el usuario posee una clara información de la naturaleza del padecimiento, y es a través de la educación que el usuario, es capaz de incorporar el manejo de la diabetes a su vida diaria y de minimizar la dependencia logrando así su autosuficiencia.

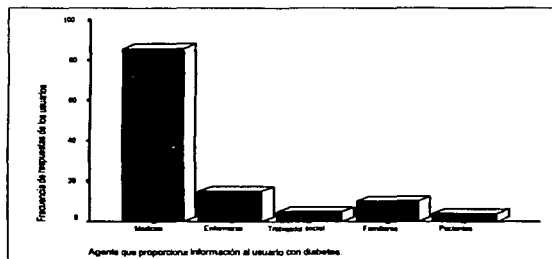
CUADRO No 21**Opinión del usuario acerca del agente que le proporciona educación**

Agente que proporciona educación a los usuarios con diabetes.	Fe	%
Médicos	86	71.7
Enfermeras	15	12.5
Trabajador social	5	4.2
Familiares	10	8.3
Pacientes	4	3.3
Total	120	100.0

Fuente: *Ibidem*.

GRÁFICA No 21

Opinión del usuario, acerca del agente que le proporciona educación.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 21

Los resultados muestran que el usuario con diagnóstico de diabetes reconoce al 71.7% del personal médico como el agente que le proporciona educación para la salud con respecto a su enfermedad, en contraste esta cifra con el tan sólo 12.5% del personal de Enfermería reconocido como el agente que le proporciona educación. Porcentaje superado incluso por la cifra que corresponde al 15.8% a otros agentes incluyendo trabajador social, pacientes y familiares, que son reconocidos por el usuario como educadores. Los datos expresados en relación al personal de enfermería son de importancia, si consideramos que es profesional capacitado para implementar exitosamente las prácticas educativas en el usuario que incidan en el cambio de hábitos tendientes a preservar la salud.

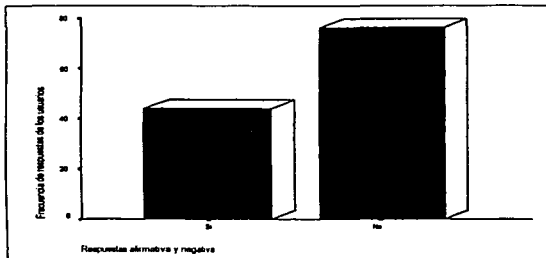
CUADRO No 22

Respuestas afirmativa y negativa del usuario acerca de la reincidencia hospitalaria por complicaciones de la diabetes.

El usuario ha tenido reincidencias hospitalarias por complicaciones de la diabetes.	Fe	%
Si ha tenido reincidencias hospitalarias	44	36.7
No ha tenido reincidencias hospitalarias	76	63.3
Total	120	100.0

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 22

Respuestas afirmativa y negativa de los usuarios, acerca de la reincidencia hospitalaria por complicaciones de la diabetes

Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 22

De acuerdo con la respuesta del usuario acerca de la reincidencia hospitalaria por complicaciones los resultados muestran que el 63.3% corresponde a usuarios que refieren no tener antecedentes de ingresos hospitalarios previos por complicaciones de diabetes. Sin embargo el 36.7% corresponde a usuarios que refieren haber tenido reingresos por complicaciones asociados a la diabetes, sabemos hoy en día que las complicaciones por diabetes representan la principal causa de muerte en el usuario, pérdida en años saludables y deterioro en la calidad de vida, así como altos costos a nivel institucional. Por lo anterior es importante que la población de alto riesgo reciba educación para la salud de la enfermedad que padece; lo que en futuro le permita ser autosuficiente

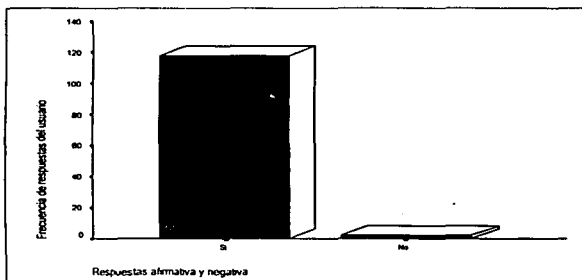
CUADRO No 23

Respuestas afirmativa y negativa del usuario acerca de si debe haber recursos didácticos dentro de la institución, que hablen de diabetes.

Dentro de la institución, debe haber recursos didácticos que hablen de diabetes.	Fe	%
Si debe haber recursos didácticos en la institución	118	98.3
No debe haber recursos didácticos en la institución	2	1.7
Total	120	100.0

Fuente: *ibidem*

GRÁFICA No 23

Respuestas afirmativa y negativa del usuario acerca de si debe haber recursos didácticos dentro de la institución que hablen de diabetes

Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 23.

De acuerdo a la opinión del usuario con diagnóstico de diabetes, acerca de la existencia de recursos didácticos en la institución, que hablen de diabetes los resultados muestran que el 98.3% corresponde a usuarios que afirman que si debe haber medios auxiliares que le proporcionen información de la diabetes, cifra que incluso rebasa el tan sólo 1.7% correspondiente a la opinión de los usuarios que consideran que no debe haber recursos didácticos que hablen de diabetes. Como se sabe los recursos didácticos son medios auxiliares de los que se vale el educador para facilitar el proceso enseñanza aprendizaje de la población que lo requiera, como en el caso de la diabetes, problema de larga evolución y de afectación del organismo del usuario que lo padece y en donde parte importante del tratamiento lo conforma la educación del usuario, cuyo objetivo es lograr la participación activa y consciente de los usuarios en beneficio y cuidado de su salud.

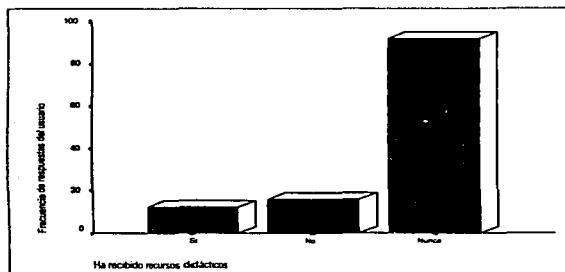
CUADRO No 24

Respuestas del usuario en relación a si le han proporcionado algún recurso didáctico que hable de diabetes

Al usuario, le han proporcionado algún recurso didáctico referente a diabetes.	Fe	%
Siempre le han proporcionado un recurso didáctico	12	10.0
Casi siempre le han proporcionado un recurso didáctico	16	13.3
Nunca le han proporcionado un recurso didáctico	92	76.7
Total	120	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 24

Respuestas del usuario en relación a si le han proporcionado algún recurso didáctico que hable de diabetes

Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 24

En relación a las respuestas del usuario acerca de si le han proporcionado algún recurso didáctico que hable de diabetes; los resultados muestran que el 76.7% corresponde a usuarios que refieren nunca haber recibido algún recurso didáctico que les hable de diabetes, cifra que sin duda alguna llama la atención si consideramos que a través del uso de recursos didácticos el usuario tiene mayor posibilidad de visualizar el contexto general de la enfermedad, dando pauta así al aprendizaje adecuado en favor del cuidado de su salud; en problemas de larga evolución como la diabetes mellitus parte integral del tratamiento lo conforma la educación para la salud y una de las herramientas del educador, es precisamente el uso correcto de medios auxiliares en pro del aprendizaje de la población. Sin embargo el 10.0% de los usuarios opinaron que siempre han recibido un recurso didáctico, acerca de diabetes, mientras que el 13.3% Casi siempre le han proporcionado alguno. Por lo antes mencionado es importante que el personal de salud tome conciencia de la importancia que genera el uso de los medios auxiliares en las prácticas educativas de los usuarios con problemas crónico-degenerativos.

CUADRO No 25

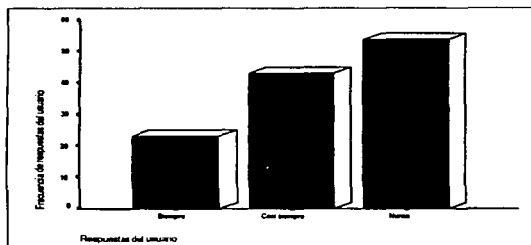
Respuestas del usuario en relación al interés del personal de enfermería por conseguir los recursos didácticos, para proporcionarle educación.

El personal de enfermería muestra interés por conseguir los recursos didácticos para proporcionar educación a los usuarios.	Fe	%
Siempre muestra interés	23	19.2
Casi siempre muestra interés	43	35.8
Nunca muestra interés	54	45.0
Total	120	100.0

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 25

Respuestas del usuario en relación al interés del personal de enfermería por conseguir los recursos didácticos, para proporcionar educación



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 25

De acuerdo a las respuestas del usuario, referente al interés que muestra el personal de enfermería por conseguir los recursos didácticos para proporcionar educación al usuario con diagnóstico de diabetes, los resultados muestran de acuerdo a la percepción del usuario que el 45.5% del personal de enfermería nunca muestra interés por conseguir recursos para proporcionar un tema educación, cifra que llama la atención si consideramos que parte de la atención integral de los cuidados que proporciona el profesional de enfermería debieran ser principalmente educativos. La finalidad de la educación es ayudar a los usuarios a alcanzar su autonomía a través de su propio comportamiento y esfuerzo, por lo tanto tal acción empieza con el interés por parte del profesional de enfermería, sin ésta actitud, difícilmente los usuarios podrán ser partícipes en el cuidado de su salud. Sin embargo el 19.2% del personal de enfermería siempre muestra interés por conseguir los recursos didácticos, en tanto que el 35.8% casi siempre muestra tal interés. Lo anterior muestra que la mayor parte del personal de enfermería tiene disponibilidad para conseguir los medios auxiliares y mayor probabilidad de poder llevar a cabo las prácticas educativas de los usuarios con diagnóstico de diabetes.

CUADRO No 26

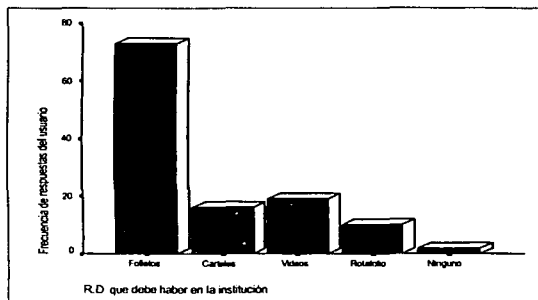
Opinión del usuario acerca de los recursos didácticos que considera debe haber dentro de la institución, para proporcionarle educación.

Opinión del usuario acerca de los recursos didácticos, que considera debe haber en la institución.	Fe	%
Folletos	73	60.8
Carteles	16	13.4
Videos	19	15.8
Rotafolio	10	8.3
Ninguno	2	1.7
Total	120	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 26

Opinión del usuario acerca de los recursos didácticos que considera debe haber dentro de la institución, para proporcionarle educación.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 26

Referente a la opinión del usuario acerca de los recursos con los que debe contar la institución para proporcionarle educación, los datos muestran que dentro de los recursos visuales el 60.8% corresponde a los folletos, recurso reconocido por el usuario como uno de los medios auxiliares que debe haber en existencia dentro de la institución, mientras que el 22.0% corresponde a carteles y rotafolio, por otro lado dentro de los recursos audiovisuales con un 15.8% figuran los videos. Cifras que rebasan incluso el 1.7% correspondiente a los usuarios que opinan que ningún recurso didáctico debe haber en la institución para proporcionarles educación. En general los usuarios con diagnóstico de diabetes reconocen a los recursos visuales y audiovisuales como medios auxiliares para proporcionarle educación para la salud. Lo anterior muestra que el usuario tiene mayor interés de recibir educación a través de los distintos medios auxiliares, lo que le permite en un momento dado adquirir mayor comprensión y entendimiento respecto a la enfermedad que padece. Por otro lado si la institución hiciera uso de los recursos didácticos que el usuario considera debe haber en la institución para brindarle educación seguramente las prácticas educativas serían más provechosas para los usuarios.

CUADRO No 27

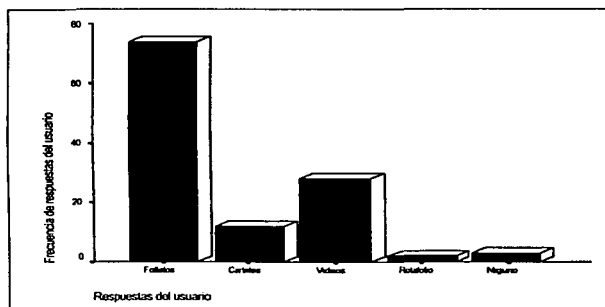
Opinión del usuario con diagnóstico de diabetes acerca de los recursos didácticos, con los cuales se le facilita aprender lo referente a la diabetes.

Recursos didácticos, con los cuales se le facilita el aprendizaje de diabetes al usuario	Fe	%
Folletos	74	61.7
Carteles	12	10.0
Videos	28	23.3
Rotafolio	2	1.7
Ninguno	4	3.3
Total	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 27

Opinión del usuario con diagnóstico de diabetes acerca de los recursos didácticos, con los cuales se le facilita aprender lo referente a la enfermedad



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 27

Según la opinión de los usuarios, acerca de los recursos didácticos con los cuales se les facilita el aprendizaje de diabetes, los resultados muestran que de acuerdo a su percepción son los recursos visuales dentro de los cuales figuran los folletos con un 61.7%, mientras que el 10.0% es a través de los carteles y el 1.7 al rotafolio, estas cifras dejan ver que siendo el rotafolio uno de los recursos de mayor utilización por parte del profesional de salud, el usuario percibe que no le facilita el aprendizaje, sin lugar a duda el hecho de que los medios auxiliares tengan una gran aceptación en el campo de la educación para la salud es porque, cuando son debidamente empleados facilitan el aprendizaje de los individuos. En tanto que dentro de los recursos audiovisuales figuran los videos con un 23.3%, cifras que rebasan el tan sólo 3.3% correspondiente a los usuarios que consideran que ningún recurso facilita el aprendizaje de la diabetes, Por lo anterior puede decirse que aunque estadísticamente existen diferencias en relación a los porcentajes correspondientes a los recursos que de acuerdo a la opinión de los usuarios favorecen el aprendizaje de la enfermedad, los recursos didácticos visuales y audiovisuales se consideran con mayor utilidad dentro de las prácticas educativas que realiza el profesional de salud.

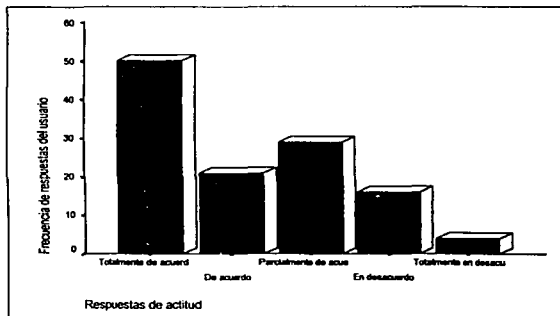
CUADRO No 28**El usuario se molesta cuando el personal de enfermería no acude a su llamado.**

El usuario se molesta cuando enfermería no acude al llamado.	Fe	%
Totalmente de acuerdo	50	41.7
De acuerdo	21	17.5
Parcialmente de acuerdo	29	24.2
En desacuerdo	16	13.3
Totalmente en desacuerdo	4	3.3
Total	120	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 28

El usuario se molesta cuando el personal de enfermería no acude a su llamado.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 28

Referente a la actitud del usuario en relación a si se molesta cuando el personal de enfermería no acude a su llamado los resultados muestran que el 59.2% de los usuarios respondieron mostrar una actitud favorable ante tal aspecto, en tanto que el 24.2% mostró una actitud neutral, es decir que no tiene una actitud favorable ni desfavorable ante tal hecho, mientras que el 16.6% de los usuarios mostró una actitud desfavorable ante tal circunstancia. Los datos anteriores revelan que más del 50% de la población atendida en el hospital, muestran una actitud favorable al aspecto de considerar que se molestan, cuando el personal de enfermería no acude a su llamado. Se sabe que un servicio de calidad, involucra la disponibilidad del personal que labora en la institución, es decir es estar dispuesto a atender las demandas de los usuarios en el momento solicitado.

CUADRO No 29

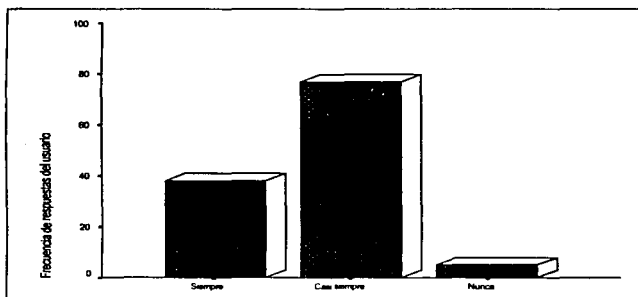
Respuestas del usuario, respecto a si el personal de enfermería acude a su llamado cuando él lo solicita.

El personal de enfermería, acude al llamado del usuario en el momento solicitado	Fe	%
Siempre acude al llamado	38	31.6
Casi siempre acude al llamado	77	64.2
Nunca acude al llamado	5	4.2
Total	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 29

Respuestas del usuario, respecto a si el personal de enfermería acude a su llamado cuando él lo solicita.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 29

Los resultados referentes a si el personal de enfermería acude al llamado del usuario cuando éste lo solicita, muestran que sólo el 4.2% de los usuarios refiere que enfermería nunca acude a su llamado, cifra mínima en relación al 31.6% que corresponde a los usuarios que opinan que enfermería siempre acude a su llamado, mientras que el 64.2% refieren que casi siempre enfermería acude al llamado. Lo anterior muestra en general que la mayor parte del personal de enfermería está dispuesto a atender al usuario cuando éste lo solicita. Este es un aspecto que sin duda alguna habla de la disponibilidad que tiene el personal de enfermería para brindar atención de manera oportuna; por lo tanto la disponibilidad de servir es un criterio de calidad.

CUADRO No 30

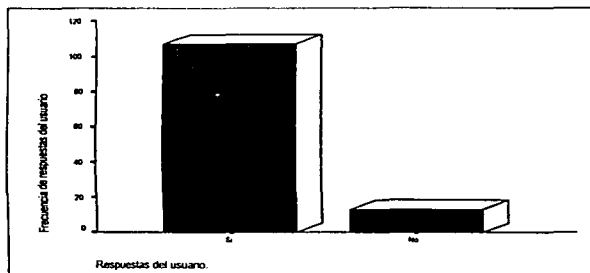
Respuestas afirmativa y negativa del usuario, acerca de la paciencia que muestra cuando enfermería no acude al llamado.

El usuario muestra paciencia cuando el personal de enfermería no acude al llamado.	Fe	%
Si muestra paciencia	107	89.2
No muestra paciencia	13	10.8
Total.	120	100.0

Fuente: Ibidem.

GRÁFICA No. 30

Respuestas afirmativa y negativa del usuario, acerca de la paciencia que muestra cuando enfermería no acude al llamado.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 30

Como se observa en el cuadro y en la gráfica referente a si el usuario muestra paciencia cuando el personal de enfermería no acude a su llamado. El 89.2% corresponde a los usuarios que contestaron que si muestran paciencia cuando el personal de enfermería no acude a su llamado, cifra que llama la atención si consideramos que comúnmente el usuario suele llamar al personal de enfermería para solucionar un problema que el mismo no puede resolver, de tal forma que aunque el usuario este dispuesto a esperar el tiempo necesario, lo ideal es que el profesional de enfermería lo atienda lo más pronto posible. Sin embargo el 10.8% corresponde a usuarios que no muestran paciencia cuando el personal de enfermería no acude a su llamado. La calidad de atención de un servicio es tanto realidad como percepción, y son los usuarios quienes valoran la calidad del servicio prestado, dentro de las dimensiones de calidad figura la responsabilidad, la cual exige estar listo para servir, es el deseo de prestar el servicio pronta y eficazmente, presupone la disponibilidad, el hacer esperar al usuario, significa falta de disponibilidad del personal de salud, incapaz de atender las demandas o necesidades que se presentan en los usuarios.

CUADRO No 31

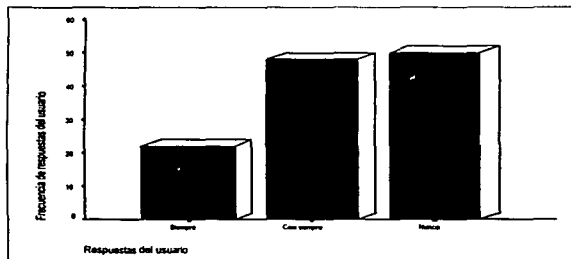
Opinión del usuario, al considerar a la diabetes como enfermedad que lo imposibilita para realizar las actividades cotidianas.

Diabetes, enfermedad que imposibilita al usuario para realizar las actividades cotidianas.	Fe	%
Siempre lo imposibilita	22	18.3
Casi siempre lo imposibilita	48	40.0
Nunca lo imposibilita	50	41.7
Total.	120	100.0

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 31

Opinión del usuario, al considerar a la diabetes como enfermedad que lo imposibilita para realizar las actividades cotidianas.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 31

De acuerdo a las respuestas del usuario al considerar a la diabetes como enfermedad que lo imposibilita para realizar sus actividades el 58.3% corresponde a las respuestas de los usuarios que de acuerdo a su opinión Siempre o Casi siempre la diabetes los ha imposibilitado para desarrollar sus actividades, cifra que llama la atención si consideramos que la diabetes suele a parecer a temprana edad y dada su larga evolución y afectación al organismo influye directamente en el estilo de vida del individuo, por lo que es importante que los usuarios con diagnóstico de diabetes reciban educación para lograr un autocontrol de la enfermedad que lo conduzca a la autosuficiencia y no a la dependencia clínica y familiar. El resto de los usuarios cuyo porcentaje equivale al 41.7% opinan que la diabetes nunca los ha imposibilitado para realizar sus actividades cotidianas. Muchas de las personas con alguna enfermedad crónica están en condiciones de ejercer sus actividades habituales, pese a la existencia de la enfermedad, la mayor parte de los usuarios con diagnóstico de diabetes controlada son personas capaces de llevar a cabo sus actividades cotidianas con poca o sin ninguna asistencia, por lo que el mantenimiento de la actividad física significa para el usuario la independencia.

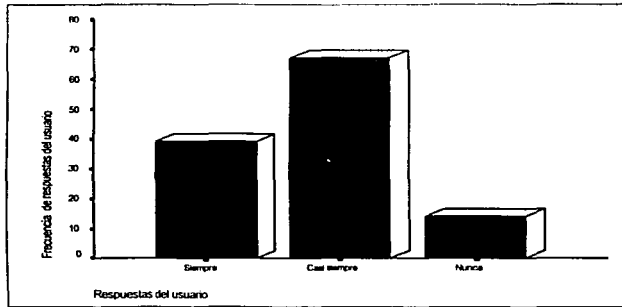
CUADRO No 32**Respuestas del usuario, acerca del interés que tiene por el cuidado de su salud.**

El usuario con diabetes tiene interés por el cuidado de su salud.	Fe	%
Siempre tiene interés.	39	32.5
Casi siempre tiene interés.	67	55.8
Nunca tiene interés.	14	11.7
Total.	120	100.0

Fuente: *Ibíd*em

GRÁFICA No 32

Respuestas del usuario, acerca del interés que tiene por el cuidado de su salud.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 32

Según las respuestas del usuario acerca del interés que tiene por el cuidado de su salud el 88.3% corresponde a los usuarios que siempre o Casi siempre se preocupan por el cuidado de su salud, situación que muestra que la mayor parte de los usuarios con diagnóstico de diabetes, atendidos en el hospital, tiene una actitud favorable de interés por el cuidado de su salud. Hoy en día se sabe que la participación activa del usuario es parte integral del tratamiento. Sin embargo llama la atención que el 11.7% de los usuarios muestra una actitud negativa hacia el interés por el cuidado de su salud. Un aspecto importante de la atención del usuario con una enfermedad crónica, lo constituye el apego estricto al régimen del tratamiento, dentro del cual figura sin lugar a duda el interés del usuario en la realización de cada una de las actividades a favor de cuidado de su salud, por lo tanto si no hay interés por parte del usuario afectado, difícilmente podrá llevar un adecuado autocontrol de la enfermedad, lo que sumado a la falta de información influye en los altos índices de hospitalizaciones, por complicaciones de la enfermedad, reducción en la esperanza de vida y muertes prematuras.

CUADRO No 33

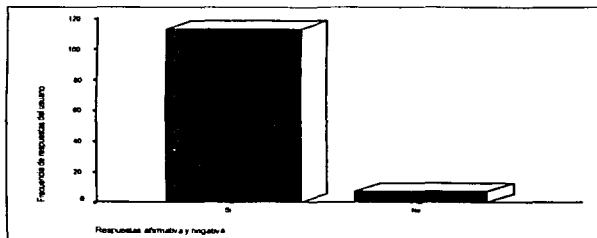
Respuesta afirmativa y negativa del usuario con diagnóstico de diabetes, en relación a considerar que un adecuado control de la enfermedad, puede conducirlo a una vida normal

Un adecuado control de la diabetes puede conducir al usuario a una vida normal	Fe	%
Si lo conduce a una vida normal	113	94.2
No lo conduce a una vida normal	7	5.8
Total.	120	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 33

Respuesta afirmativa y negativa del usuario con diagnóstico de diabetes, en relación a considerar que un adecuado control de la enfermedad, puede conducirlo a una vida normal



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 33

En relación a las respuestas afirmativa y negativa del usuario respecto a la opinión que tienen acerca del control de la diabetes para llevar una vida normal, el 5.8% corresponde a los usuarios que contestaron que el llevar un buen control de la enfermedad no puede dar por consiguiente una vida normal, aunque la cifra es mínima, es importante considerar que a través de la educación el usuario adquiere el conocimiento básico para el control de la enfermedad, si tomamos en cuenta que la diabetes mellitus es una de las principales causas de discapacidad y de morbimortalidad. Si bien es cierto la educación no cura la enfermedad pero si controla su evolución dando lugar a una vida de calidad y por consiguiente a la disminución de complicaciones y muertes prematuras. Sin embargo el 94.2% corresponde a los usuarios que contestaron afirmativamente que un adecuado control de la diabetes puede llevarlo a una vida normal. Como se sabe la diabetes aún y con toda su afectación al organismo no es sinónimo de muerte ni discapacidad siempre y cuando el usuario una vez diagnosticada la diabetes reciba una atención adecuada y oportuna no olvidando la base fundamental que en éste caso es, la educación.

CUADRO No 34

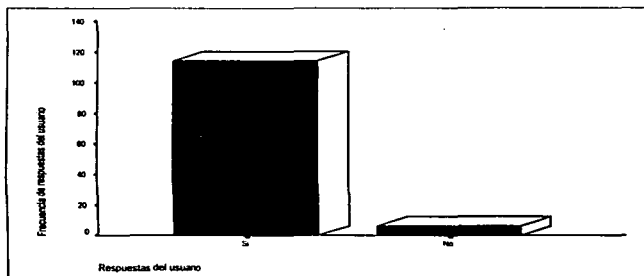
Respuesta afirmativa y negativa del usuario, acerca del personal de enfermería como profesional capacitado para proporcionarle cuidados.

El personal de enfermería es profesional capacitado para proporcionar cuidados a los usuarios con diabetes.	Fe	%
Si es personal capacitado	114	95.0
No es personal capacitado	6	5.0
Total.	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 34

Respuesta afirmativa y negativa del usuario, acerca del personal de enfermería como profesional capacitado para proporcionarle cuidados.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 34

En relación a las respuestas afirmativa y negativa del usuario a cerca del personal de enfermería como profesional capacitado para proporcionarle cuidados. El 5% corresponde a los usuarios que percibieron que el personal de enfermería no es profesional capacitado para proporcionarle cuidados, cifra mínima comparada con el 95% que corresponde a los usuarios que perciben que el personal de enfermería es profesional capacitado para brindarle cuidados. El personal de enfermería es considerado como profesional altamente capacitado para brindar atención integral del usuario independientemente el diagnóstico y el nivel en el cuál se este dando la atención, es decir que de acuerdo a sus conocimientos adquiridos a través de la profesión es capaz de identificar las necesidades de cada uno de los usuarios que tiene a su cuidado. Lo anterior muestra que los usuarios percibieron en general, que el profesional de enfermería que labora en la institución es personal capacitado para brindarle atención.

CUADRO No 35

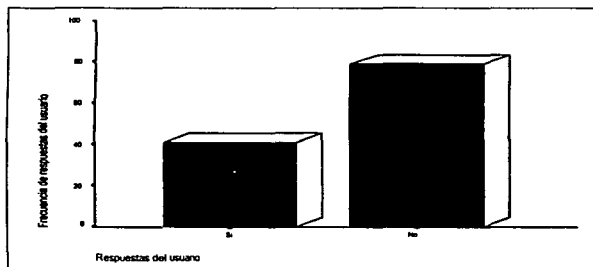
Respuesta afirmativa y negativa del usuario, respecto a la diabetes como enfermedad complicada de entender.

Diabetes, enfermedad complicada de entender	Fe	%
Si es complicada de entender.	41	34.2
No es complicada de entender.	79	65.8
Total.	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 35

Respuesta afirmativa y negativa del usuario, respecto a la diabetes como enfermedad complicada de entender.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 35

De acuerdo a las respuestas afirmativa y negativa del usuarios respecto a la diabetes como enfermedad complicada de entender. El 34.2% corresponde a los usuarios que contestaron que la diabetes es complicada de entender, cifra que llama la atención si consideramos que la diabetes es una enfermedad crónica que afecta severamente el organismo de la persona que lo padece, si a esto agregamos que los usuarios consideran que es complicada de entenderla difícilmente podrán llevar acabo un adecuado control de la enfermedad, por ello es importante que el personal de enfermería proporcione educación a través de recursos adecuados en la enseñanza de los usuarios. No obstante el 65.8% de los usuarios no se les dificulta entender la enfermedad. Lo anterior muestra que son usuarios con mayor posibilidad de llevar un adecuado control de la diabetes, y con mayor probabilidad de ser independientes y autosuficientes.

CUADRO No 36

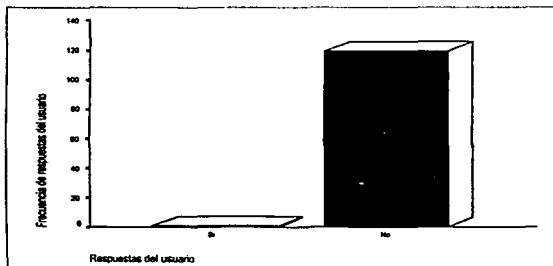
Respuestas afirmativa y negativa del usuario, al considerar la educación que brinda enfermería como pérdida de tiempo.

El usuario considera que la educación que brinda enfermería es pérdida de tiempo.	Fe	%
Si es pérdida de tiempo.	1	.8
No es pérdida de tiempo.	119	99.2
Total.	120	100.0

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 36

Respuestas afirmativa y negativa del usuario al considerar la educación que brinda enfermería como pérdida de tiempo.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 36

De acuerdo a las respuestas afirmativa y negativa del usuario las prácticas de educación para la salud cómo pérdida de tiempo. El .8% corresponde a los usuarios que perciben que las prácticas educativas que proporciona enfermería es pérdida de tiempo, cifra mínima en comparación con el 99.2% que corresponde a los usuarios que niegan que la educación que brinda el personal de enfermería sea pérdida de tiempo. Como se sabe la educación de los usuarios, forma parte de la atención integral las actividades del personal de enfermería, por lo tanto si los usuarios perciben que tal actividad no es pérdida de tiempo para ellos, mayor es la responsabilidad de profesional de enfermería de realizar las prácticas de educación para la salud.

CUADRO No 37

Respuesta afirmativa y negativa del usuario al considerar como suficiente; el tiempo que dedicó enfermería para informarle sobre diabetes.

El tiempo que dedico enfermería para informarle sobre su enfermedad fue:	Fe	%
Si fue suficiente	83	69.2
No fue suficiente	37	30.8
Total	120	100.0

Fuente: Ibidem

CUADRO No 37

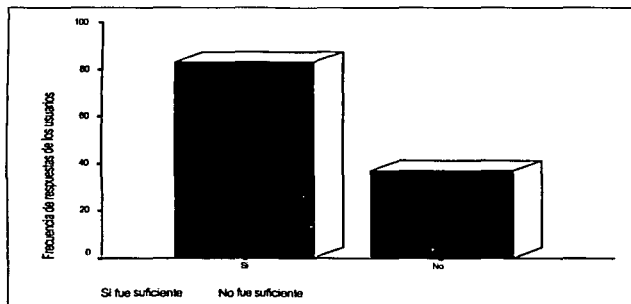
Respuesta afirmativa y negativa del usuario al considerar como suficiente; el tiempo que dedicó enfermería para informarle sobre diabetes.

El tiempo que dedico enfermería para informarle sobre su enfermedad fue:	Fe	%
Si fue suficiente	83	69.2
No fue suficiente	37	30.8
Total	120	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 37

Respuesta afirmativa y negativa del usuario al considerar como suficiente; el tiempo que dedico enfermería para informarle sobre diabetes.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 37

En relación a la respuesta afirmativa y negativa del usuario, al considera como suficiente el tiempo que brindó enfermería para proporcionarle información sobre la diabetes, los resultados muestran que mientras el 69.2% de los usuarios considera que fue suficiente el tiempo dedicado para informarle el 30.8% refiere que no fue suficiente, cifra que llama la atención si consideramos que en la medida en que el usuario conozca de su enfermedad, mayor posibilidad existe de llevar una vida plena y digna a través del adecuado control de la enfermedad. Por lo tanto es importante que el profesional de enfermería tenga presente que en la medida en que dedique mayor tiempo a las prácticas educativas, mayor será el beneficio en el usuario, debido a que en enfermedades crónico-degenerativas la participación de la persona afectada en el cuidado de su salud es la base del control de la enfermedad.

CUADRO No 38

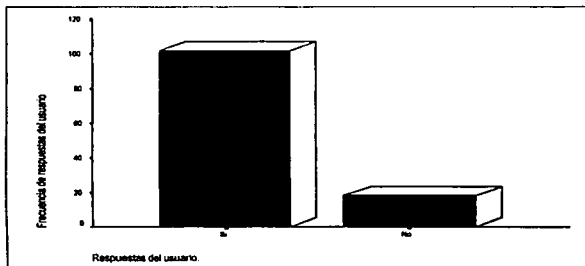
Respuesta afirmativa y negativa del usuario respecto al trato adecuado que recibe por parte del personal de la institución.

Fue adecuado el trato que recibió el usuario, por parte del personal de la institución	Fe	%
Si es adecuado.	102	85.0
No es adecuado.	18	15.0
Total.	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 38

Respuesta afirmativa y negativa del usuario respecto al trato adecuado que recibe por parte del personal de la institución.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 38.

Según las respuestas afirmativa y negativa del usuario respecto al trato adecuado que recibe por parte del personal de la institución, el 15.0% corresponde a los usuarios que opinan que no fue adecuado el trato que recibieron. Cifra alarmante si consideramos que el usuario percibe la atención de acuerdo a sus experiencias vividas en relación al tiempo de espera para ser atendido, recursos físicos y materiales con los que cuenta el personal para brindarle atención, accesibilidad por parte de los profesionales de salud etc, el conocimiento de la opinión del usuario sobre los servicios recibidos son una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen de la institución. Sin embargo es alentador considerar que el 85.0% corresponde a los usuarios que sí fueron atendidos adecuadamente por parte del personal de la institución. Lo anterior muestra que la mayor parte de los usuarios percibieron una adecuada atención.

CUADRO No 39

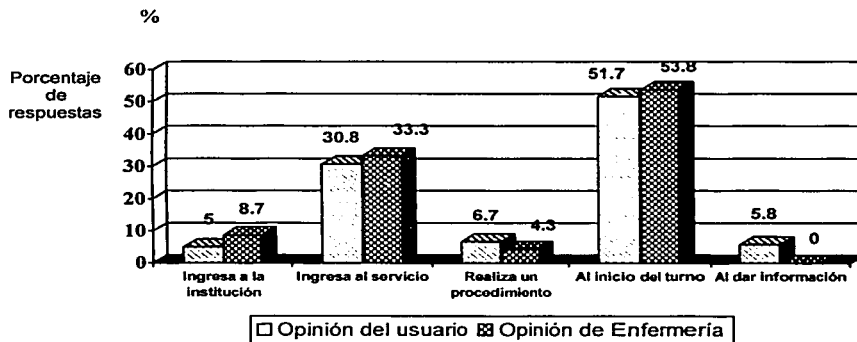
Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a si presentan con él en los distintos momentos de la atención

El personal de enfermería se presenta con el usuario cuando:	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Ingres a la institución	6	8.7	6	5.0
Ingres a al servicio	23	33.3	37	30.8
Va a realiza un procedimiento	3	4.3	8	6.7
Cuando inicia el turno	37	53.7	62	51.7
Cuando proporciona Información	0	0	7	5.8
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibidem.

GRÁFICA No 39

Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a si se presentan con él en los distintos momentos de la atención



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 39.

En relación a las respuestas del usuario y del personal de enfermería acerca de la identificación del personal de enfermería, acerca de si se presentan con él en los distintos momentos de atención, los resultados muestran que las diferencias porcentuales mínimas entre el personal de enfermería y el usuario, es decir que el personal de enfermería se presenta con el usuario en distintos momento de la atención. Como se sabe dentro de la calidad de atención de un servicio figura la identificación del personal de salud responsable del cuidado de los usuarios, por lo tanto si esto no sucediera difícilmente el usuario sabría a quién dirigirse en caso de solicitar asistencia.

CUADRO No 40

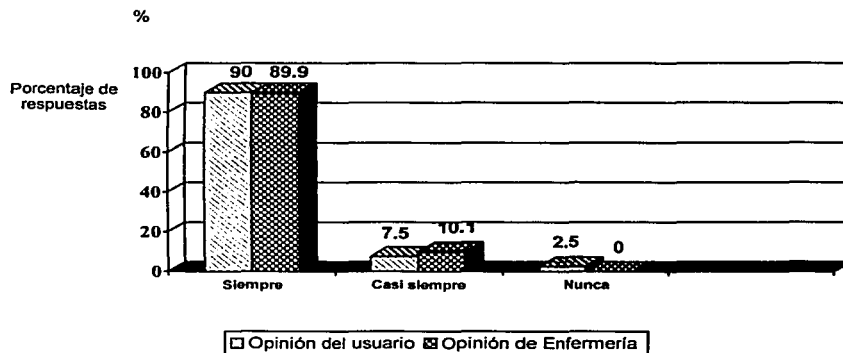
Opinión del personal de enfermería y del usuario respecto al saludo que le brinda el profesional de enfermería.

Opinión del personal de enfermería y del usuario, respecto al saludo	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Siempre lo saluda	62	89.9	108	90.0
Casi siempre lo saluda	7	10.1	9	7.5
Nunca lo saluda	0	0	3	2.5
Total	69	100%	120	100%

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 40

Opinión del personal de enfermería y del usuario respecto al saludo que le brinda el profesional de enfermería.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 40

En relación a la opinión que tiene el usuario y del personal de enfermería, acerca del saludo, los resultados muestran que aunque existen mínimas diferencias porcentuales entre la opinión de ambos, podemos decir que el personal de enfermería saluda al usuario Siempre; dato que el usuario percibe de la misma manera, por otro lado el 10.1% del personal de enfermería opina saludar casi siempre a los usuarios en tanto que el 7.5% de los usuarios percibe lo mismo; no obstante aunque el 2.5% de los usuarios opina que enfermería nunca lo saluda, puede decirse en general que el profesional de enfermería se dirige a los usuarios emitiendo el saludo, lo que hasta cierto punto genera en el usuario respeto, familiaridad y confianza con el personal de salud dando lugar a un ambiente cálido en la institución hospitalaria lo que forma parte de un servicio de calidad.

CUADRO No 41

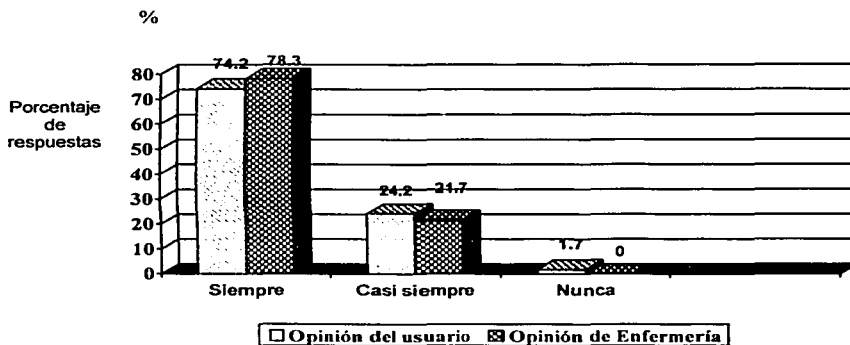
Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a si se dirigen con él por su nombre.

Opinión del personal de enfermería y del usuario, en relación a si se dirigen a él por su nombre.	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Siempre lo llaman por su nombre	54	78.3	89	74.2
Casi siempre lo llaman por su nombre	15	21.7	29	24.1
Nunca lo llaman por su nombre	0	0	2	1.7
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 41

Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a si se dirigen con él por su nombre.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 41

Al concentrar los resultados de la opinión del usuario y del personal de enfermería respecto a si se dirigen con él por su nombre; ambos opinan que Siempre lo llaman por su nombre porcentaje que equivale a un 70%, en tanto que el 24.2% corresponde a los usuarios que opinan que casi siempre así los llaman, mientras que el 21.7 del personal de enfermería opina lo mismo. Lo anterior muestra que aunque existen diferencias porcentuales entre las respuestas de enfermería y los usuarios; ambos opinan que tal actividad se realiza frecuentemente. El usuario debe ser considerado como ser humano que demanda un servicio, debido a que a perdido la salud, no es una enfermedad, ni un número, ni tampoco un registro; el estar enfermo no lo deslinda de ser una persona, que merece respeto por parte de los prestadores del servicio, los usuarios no sólo valoran la competencia profesional, sino también valoran la sensibilidad de ser tratados.

CUADRO No 42

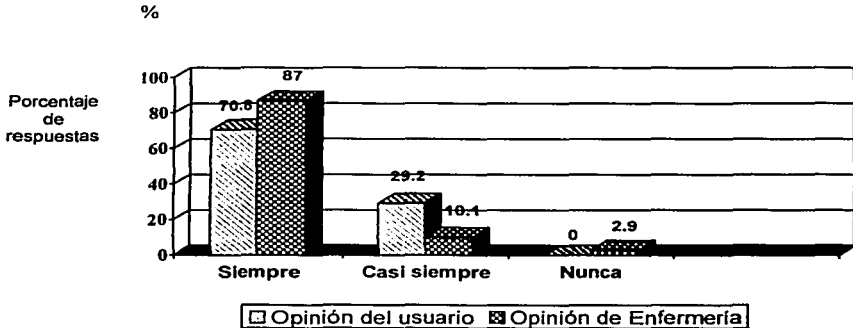
Opinión del personal de enfermería y del usuario, acerca de la amabilidad con la que se dirigen a él

Opinión del personal de enfermería y del usuario, acerca de la amabilidad del personal de enfermería.	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Siempre es amable	60	87.0	85	70.8
Casi siempre es amable	7	10.1	35	29.2
Nunca es amable	2	2.9	0	0
Total	69	100%	120	100%

Fuente: *Ibidem*.

GRÁFICA No 42

Opinión del personal de enfermería y del usuario, acerca de la amabilidad con la que se dirige a él



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 42.

En relación con las respuestas del personal de enfermería y del usuario respecto a la amabilidad con la que se dirige el personal de enfermería al usuario, los resultados muestran que el 87% del personal de enfermería siempre es amable cuando se dirige con el usuario, el cuál en un 70.8% opina lo mismo, por otro lado llama la atención que mientras 10.1% del personal de enfermería opina que Casi siempre es amable con el usuario, éste lo percibe en un 29.2%, lo cuál indica que mientras enfermería no se percata de tal situación como un acto que debería ser consciente y voluntario respecto al ser amable con los usuarios a los que presta sus servicios, éstos en cambio no pasan por alto tal circunstancia. Por lo tanto puede decirse que la mayor parte del personal de enfermería que labora en la institución hospitalaria es amable cuando se dirige con el usuario. Como se sabe la calidad atención encierra la competencia y cortesía por parte del personal, cuando el usuario trata con personal que es tan agradable como competente, siente la tranquilidad de estar en manos de la institución apropiada.

CUADRO No 43

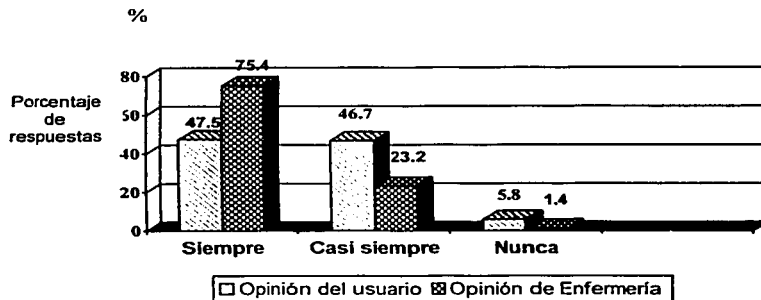
Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a la información que le brinda enfermería de forma clara y entendible.

Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a la información que brinda enfermería de forma clara y entendible.	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Siempre es clara y entendible	52	75.4	57	47.5
Casi siempre es clara y entendible	16	23.2	56	46.7
Nunca es clara y entendible	1	1.4	8	5.8
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 43

Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a la información que le brinda enfermería de forma clara y entendible.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 43

De acuerdo con las respuestas de enfermería y del usuario en relación a la información que le brinda enfermería de forma clara y entendible. Los resultados muestran que mientras el 75.4% del personal de enfermería refiere proporcionar la información al usuario de forma clara y entendible, sólo el 47.5% de los usuarios lo percibe así, por otro lado tenemos que el 46.7% de los usuarios percibe Casi siempre con claridad la información que brinda el personal de enfermería en contraste con esta cifra sólo el 23.2% del personal de enfermería opina lo mismo, mientras que el 5.8% de los usuarios opina nunca haber percibido la información de forma clara y entendible, en tanto que el 1.4% del personal de enfermería opina que nunca ha proporcionado información clara y entendible al usuario. La cifras anteriores muestran que la mayor parte de los usuarios han percibido de manera clara y entendible la información que brinda el personal de enfermería. Proporcionar información no sólo es decir palabras, lo importante es saber decir y transmitir el mensaje deseado.

CUADRO No 44

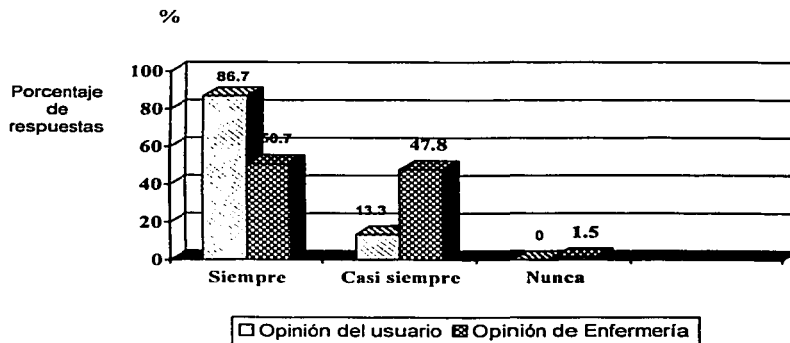
Respuestas del personal de enfermería y del usuario acerca de la sonrisa que muestra enfermería cuando conversa con él

Enfermería sonríe con el usuario:	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Siempre sonríe	35	50.7	104	86.7
Casi siempre sonríe	33	47.8	16	13.3
Nunca sonríe	1	1.5	0	0
Total	69	100	120	100

Fuente: *Ibidem.*

GRÁFICA No 44

Respuestas del personal de enfermería y del usuario acerca de la sonrisa que muestra enfermería cuando conversa con él



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 44

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a la sonrisa que transmite el personal de enfermería al usuario cuando conversa con él, mientras el 86.7% de los usuarios opinan que Siempre sonríen con él, sólo el 50.7% del personal de enfermería opina lo mismo, en tanto que el 13.3% de los usuarios opina que Casi siempre enfermería le sonríe, el 47.8% del personal de enfermería opina lo mismo, lo anterior muestra que el personal de enfermería no se percata de una muestra de afecto tan importante como es la sonrisa, como es sabido los gestos o muecas que realizamos forman parte de nuestra personalidad que emiten el estado emocional de la persona, la sonrisa es parte integral de la comunicación no verbal, y cuya práctica en enfermería es muy aplicada a lo largo de su jornada laboral. Las cifras anteriores muestran que aunque el personal de enfermería no se percata de la importancia de emitir una sonrisa al usuario, éste no pasa por alto tal situación.

CUADRO No. 45

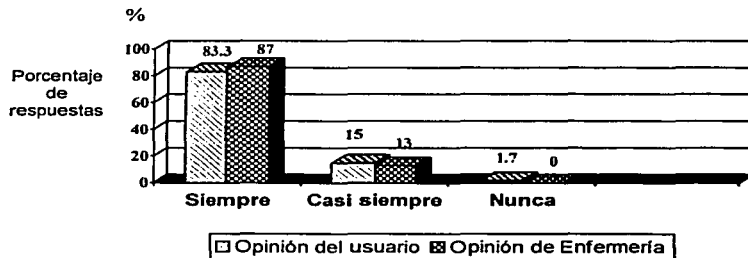
Respuestas del personal de enfermería y del usuario en relación al uso de recursos didácticos como medios, que favorecen el aprendizaje del usuario.

El uso de recursos didácticos como medios que favorecen el aprendizaje del usuario	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Siempre favorecen el aprendizaje	60	87.0	100	83.3
Casi siempre favorecen el aprendizaje	9	13.0	18	15.0
Nunca favorecen el aprendizaje	0	0	2	1.7
Total	69	100%	120	100

Fuente: *Ibidem*

GRÁFICA No 45

Respuestas del personal de enfermería y del usuario en relación al uso de recursos didácticos como medios, que favorecen el aprendizaje del usuario



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 45

En general respecto a la opinión del usuario y del personal de enfermería acerca de la utilización de recursos didácticos en la educación como medios en el aprendizaje de los usuarios, los resultados muestran que aunque existen cifras porcentuales diferentes entre el personal de enfermería y el usuario ambos opinan en un 80%, que el uso de recursos didácticos favorece el aprendizaje, situación que hace suponer por un lado que el personal de enfermería que labora en la institución hospitalaria tiene mayor probabilidad de hacer uso de los recursos didácticos en la educación del usuario, sabiendo que a través de éstos recursos las prácticas educativas suelen propiciar en gran medida el aprendizaje de la población. Y por otro lado podría decirse que por parte de los usuarios existe accesibilidad para recibir educación a través de los distintos medios auxiliares. El uso correcto de los medios auxiliares por parte de los profesionales de salud en las prácticas educativas favorece sin lugar a duda el aprendizaje de la población.

CUADRO No 46

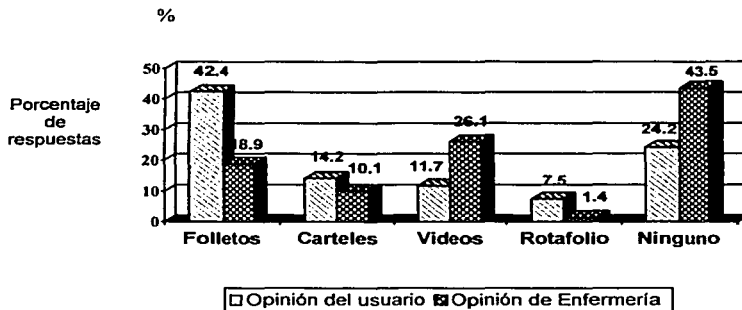
Opinión del personal de enfermería y del usuario acerca de los recursos didácticos que utiliza para proporcionar educación al usuario.

Recursos didácticos que utiliza enfermería para proporcionar educación al usuario	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Folletos	13	18.9	51	42.4
Carteles	7	10.1	17	14.2
Videos	18	26.1	14	11.7
Rotafolio	1	1.4	9	7.5
Ninguno	30	43.5	29	24.2
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 46

Opinión del personal de enfermería y del usuario acerca de los recursos didácticos que utiliza para proporcionar educación al usuario.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 46

Comparando las respuestas del personal de enfermería y del usuario en relación a la utilización de los recursos didácticos en las prácticas educativas, los resultados muestran que el 43.5% del personal de enfermería opina que no hace uso de ningún recurso didáctico para proporcionar educación al usuario, cifra que rebasa incluso el tan sólo 24.2% correspondiente a la percepción del usuario. El resto del profesional de enfermería (56.5%) opina por lo menos hacer uso de algún recurso didáctico para proporcionar educación a los usuarios, en tanto que el (75.8%) de los usuarios percibe tal situación. Los recursos didácticos son medios auxiliares que sirven de apoyo al personal de enfermería para llevar a cabo las prácticas educativa a la población, los resultados suelen ser satisfactorios dependiendo de el uso correcto de los mismos.

CUADRO No 47

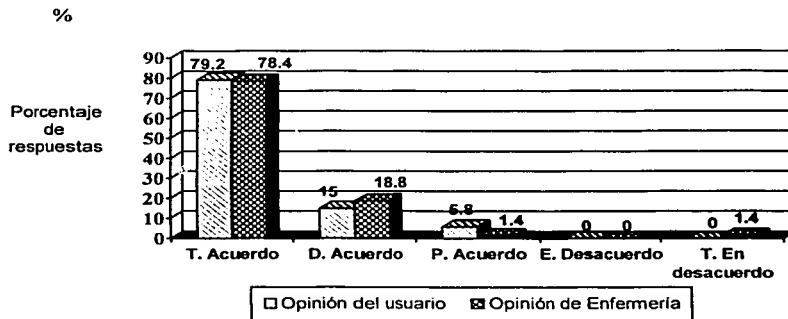
Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a que a parte de brindar cuidados, el personal de enfermería también debe proporcionar educación al usuario.

El personal de enfermería, aparte de brindar cuidados, también debe proporcionar educación	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Totalmente de acuerdo	54	78.3	95	79.2
De acuerdo	13	18.8	18	15.0
Parcialmente de Acuerdo	1	1.4	7	5.8
En desacuerdo	1	1.4	0	0
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 47

Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a que a parte de brindar cuidados, el personal de enfermería también debe proporcionar educación al usuario.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 47

Las respuestas de actitud del usuario y del personal de enfermería respecto a brindarle educación a parte de los cuidados, los resultados muestran en general que tanto el personal de enfermería como el usuario muestran una actitud positiva ante tal situación, es decir que mientras el personal de enfermería reconoce como parte de sus actividades el brindar educación al usuario, éste considera que así debe ser. Lo anterior muestra que el personal de enfermería que labora en la institución en algún momento puede proporcionar educación a los usuarios que así lo requieran, debido a que consideran como parte de su trabajo no sólo cuidar sino además educar, en cuanto a los usuarios puede decirse que existe mayor probabilidad de que éstos acepten las prácticas educativas que en algún momento proporcione el profesional de enfermería. Parte integral de la atención que brinda el personal de enfermería es la educación y orientación de los usuarios, para poder vivir con la enfermedad que padecen en las mejores condiciones posibles, por lo tanto en la medida en que la actividad se realice se estará brindando una atención de calidad

CUADRO No 48

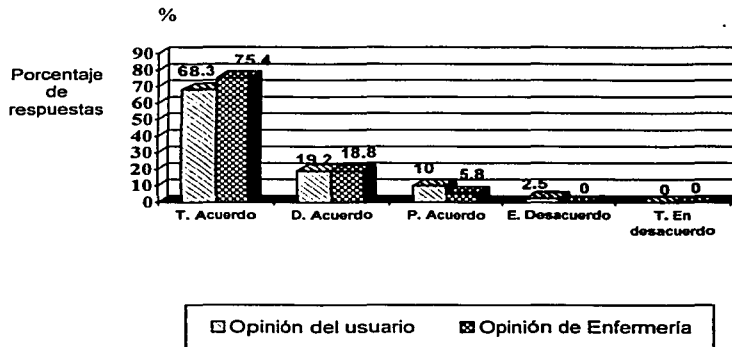
Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a considerar que en la medida en que se proporcione educación al usuario con diabetes se verán disminuidas las complicaciones

En la medida en que se proporcione educación al usuario con diabetes, disminuirán las complicaciones.	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Totalmente de acuerdo	52	75.4	82	68.3
De acuerdo	13	18.8	23	19.2
Parcialmente de acuerdo	4	5.8	12	10
En desacuerdo	0	0	3	2.5
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 48

Opinión del personal de enfermería y del usuario en relación a considerar que en la medida en que se proporcione educación al usuario con diabetes se verán disminuidas las complicaciones



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 48

En relación a las respuestas de actitud del usuario y del personal de enfermería respecto a considerar, que en la medida en que se proporcione educación a los usuarios con diagnóstico de diabetes se verán disminuidas las complicaciones, los resultados muestran que tanto el personal de enfermería como los usuarios reflejan una actitud favorable ante tal situación, es decir que el personal de enfermería considera que la educación en los usuarios trae consigo la disminución de las complicaciones que suelen presentarse en los usuarios con diagnóstico de diabetes, lo que a su vez le permitirá en un momento dado llevar a cabo las prácticas educativas en aquellos usuarios de alto riesgo. Por otro lado los usuarios perciben que la educación trae consigo la disminución de las complicaciones, por lo que puede decirse que existe mayor probabilidad de aceptabilidad hacia las prácticas de educación que le brinden dentro de la institución.

CUADRO No 49

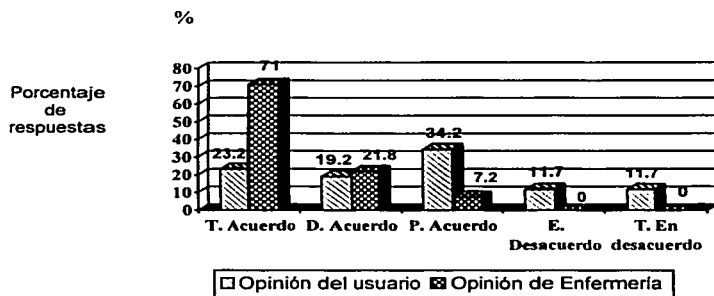
Opinión del personal de enfermería y del usuario, acerca del interés que muestra el personal de enfermería porque el usuario aprenda a cuidarse.

El personal de enfermería, muestra interés porque el usuario aprenda a cuidarse.	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Totalmente de acuerdo	49	71.0	28	23.2
De acuerdo	15	21.8	23	19.2
Parcialmente de acuerdo	5	7.2	41	34.2
En desacuerdo	0	0	14	11.7
Totalmente en desacuerdo	0	0	14	11.7
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 49

Opinión del personal de enfermería y del usuario, acerca del interés que muestra el personal de enfermería porque el usuario aprenda a cuidarse.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 49

Los resultados, acerca del interés que tiene el personal de enfermería porqué el usuario con diagnóstico de diabetes aprenda a cuidarse, revelan que mientras el 92.8% del personal de enfermería muestra una actitud positiva porqué el usuario aprenda a cuidarse, éste entre tanto percibe tal actitud sólo en un 42.4%, cifra que sin lugar a duda llama la atención debido a que muchas veces lo que percibe el usuario es lo que ha tenido como experiencia, por otro lado tenemos que mientras el 7.2% del personal de enfermería refleja indecisión, (no estar de acuerdo ni en desacuerdo) el 34.2% de los usuarios opina lo mismo, a esto se suma que el 23.4% de los usuarios percibe el interés del personal de enfermería de manera negativa. Los datos anteriores expresan que aunque el personal de enfermería opina tener interés porque el usuario aprenda a cuidarse, el usuario no reconoce de la misma manera tal hecho. Si el personal de salud no cubre las expectativas esperadas por los usuarios, difícilmente se podrá hablar de una atención de calidad.

CUADRO No 50

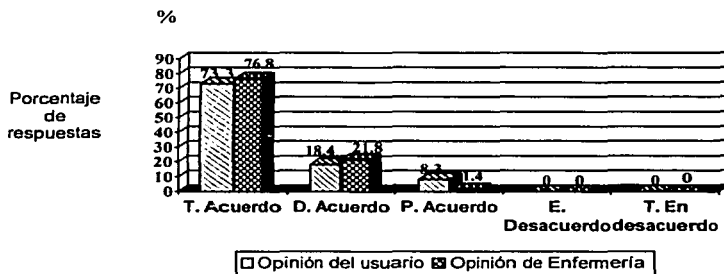
Opinión del personal de enfermería y del usuario acerca de los cuidados que brinda enfermería; indispensables para mejorar la salud del usuario

Los cuidados que brinda enfermería, indispensables para mejorar la salud del usuario	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Totalmente de acuerdo	53	76.8	88	73.3
De acuerdo	15	21.8	22	18.4
Parcialmente de acuerdo	1	1.4	10	8.3
En desacuerdo	0	0	0	0
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 50

Opinión del personal de enfermería y del usuario acerca de los cuidados que brinda enfermería; indispensables para mejorar la salud del usuario



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 50.

Acerca de las respuestas de actitud, concerniente a los cuidados que brinda enfermería, indispensables para mejorar la salud de los usuarios, los resultados muestran que aunque existen mínimas discrepancias porcentuales entre la opinión de enfermería y los usuarios ambos reflejan una actitud positiva ante tal hecho, lo cual indica que el personal de enfermería está consciente de la labor tan importante que ejerce el brindar cuidados a los usuarios que demanden sus servicios, en tanto que los usuarios reconocen al profesional de enfermería por la atención que le brindan. Por lo anterior puede decirse que la aceptación entre el personal de enfermería y los usuarios de la institución es favorable en la persecución de un mismo objetivo como es el cuidado.

CUADRO No 51

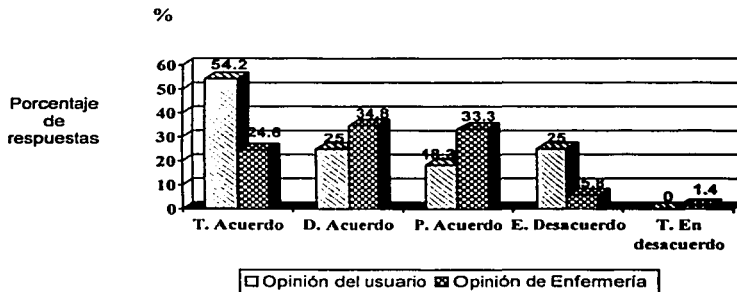
Opinión del personal de enfermería y el usuario, acerca de la atención que brinda enfermería; el usuario considera que debe ser en el momento requerido, mientras que enfermería considera que debe ser flexible

El usuario, considera que debe ser atendido en el momento requerido, mientras que enfermería pide flexibilidad por parte de éste.	Personal de enfermería		Usuarios	
	Fe	%	Fe	%
Totalmente de acuerdo	17	24.6	65	54.2
De acuerdo	24	34.8	30	25.0
Parcialmente de acuerdo	23	33.3	22	18.3
En desacuerdo	4	5.8	3	2.5
Totalmente en desacuerdo	1	1.4	0	0
Total	69	100%	120	100%

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 51

Opinión del personal de enfermería y el usuario, acerca de la atención que brinda enfermería; el usuario considera que debe ser en el momento requerido, mientras que enfermería considera que debe ser flexible.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 51

De acuerdo a las respuestas del personal de enfermería y del usuario, respecto a la atención en el momento solicitado, los resultados expresan que mientras el personal de enfermería opina tener una actitud positiva en relación a la flexibilidad de los usuarios, éstos opinan que deben ser atendidos en el momento que lo solicitan, por otro lado existe un 33.3% del personal de enfermería que contestaron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, así como un 18.3% de los usuarios.

Lo anterior señala que aunque el personal de enfermería pide flexibilidad a los usuarios, estos por su parte solicitan ser atendidos en el momento requerido. El tiempo de espera para ser atendido, se considera como un indicador de la calidad de atención, de tal forma que en la medida en la cuál se brinde una atención oportuna y eficiente al usuario se estará prestando un servicio de calidad.

CUADRO No 52

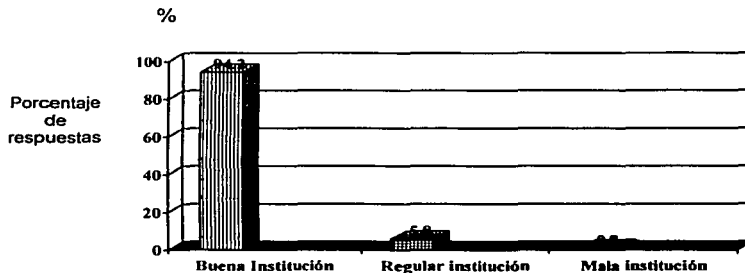
Opinión del usuario respecto a la percepción que tiene de la institución Hospitalaria.

Opinión del usuario, respecto a la institución.	Fe	%
Buena Institución	113	94.2
Regular institución	6	5.0
Mala institución	1	.8
Total	120	100.0

Fuente: Ibídem

GRÁFICA No 52

Opinión del usuario respecto a la percepción que tiene de la institución Hospitalaria.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 52

En relación a la opinión del usuario respecto a la percepción que tiene de la institución hospitalaria donde es atendido, se relizo una pregunta abierta la cuál se midió a través de buena, regular y mala institución. Los resultados muestran que 94.2% de los usuarios percibió como buena institución el Hospital General Tacuba del ISSSTE, en tanto que el 5% de la población la calificó como regular, en contraste con el tan sólo .8% de que la consideró como mala institución. En general de acuerdo a la percepción de los usuarios, la institución hospitalaria es considerada como una buena institución. Se dice que no hay mejor evaluación de una institución que la realizada por el propio usuario, pues de ésta percepción surjen nuevas líneas de acción para la mejora de la institución.

CUADRO No 53.

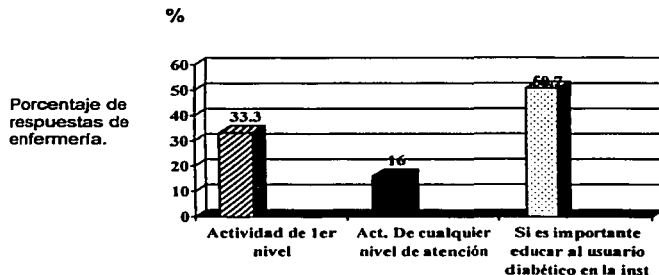
Opinión del personal de enfermería, respecto a proporcionar educación a los usuarios con diabetes en la institución hospitalaria.

Opinión del personal de enfermería, respecto a proporcionar educación a los usuarios con diabetes en la institución.	Fe	%
No es importante porque es una actividad de primer nivel de atención	23	33.3
La educación debe proporcionarse en cualquier nivel de atención	11	16.0
Si es importante proporcionar educación al usuario dentro de la institución	35	50.7
Total	69	100.0

Fuente: Ibidem

GRÁFICA No 53.

Opinión del personal de enfermería, respecto a proporcionar educación a los usuarios con diabetes en la institución hospitalaria.



Fuente: Datos correspondientes al cuadro No 53

De acuerdo a la opinión del personal de enfermería respecto a la importancia de proporcionar educación al usuario con diabetes en la institución hospitalaria, se realizó una pregunta abierta la cual se midió a través de las respuestas proporcionadas por enfermería como: actividad de primer nivel de atención, la educación es importante en los tres niveles de atención, y si es importante que se proporcione educación en la institución hospitalaria. Los resultados muestran que mientras el 33.3% del personal de enfermería, opina que es una actividad meramente del primer nivel de atención, el 50.7% opina que si es importante que se proporcione educación al usuario en la institución en tanto que el 16%, del personal de enfermería opinó que es una actividad que debe proporcionarse en cualquier nivel de atención. Por lo anterior puede decirse que el personal de enfermería que labora en la institución hospitalaria, considera importante educar a los usuarios con diagnóstico de diabetes. Este hecho da pauta por un lado a que dentro de la institución hospitalaria se proporcione educación al usuario, y por otro lado que se cubra una actividad primordial dentro de la calidad de atención al usuario.

CORRELACION DE VARIABLES ENTRE EL USUARIO Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Variables	Prueba de Pearson	El personal de enf ha proporcionado información al usuario	La información que brinda al usuario de enf es clara y entendible	La información que recibe el usuario de enf es clara y entendible	Enf tiene actitudes positivas para comunicarse con el usuario	El tiempo que dedica enf para educar al usuario fue suficiente	El usuario considera que el uso de R D favorece su aprendizaje	Enf utiliza los recursos didácticos en la educación del usuario	El usuario considera que aparte de brindar cuidados también debe brindar educación al usuario	Enf considera que los cuidados que brinda al usuario son responsables para mejorar su salud	El personal de enfermería considera que aparte de brindar cuidados también debe brindar educación al usuario	Conc de actitudes, actitudes y métodos por parte de enfermería	Conc. de actitudes e influencias en el autocuidado del usuario
El personal de enf ha proporcionado información al usuario	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	1.000 545 88	.545 600 88	.451 000 88	.784 000 88	.784 000 88	.441 000 88	.693 000 88	.333 000 88	.514 000 88	.548 000 88	.523 000 88	.523 000 88
La información que brinda enf es clara y entendible	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.545 000 88	1.000 600 88	.601 000 88	.834 000 88	.834 000 88	.788 000 88	.693 000 88	.333 000 88	.514 000 88	.548 000 88	.523 000 88	.523 000 88
La información que recibe el usuario es clara y entendible	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.451 000 88	.601 000 88	1.000 600 120	.787 000 88	.787 000 120	.674 000 120	.590 000 120	.549 000 120	.680 000 120	.629 000 120	.697 000 88	.697 000 120
El personal de enf tiene actitudes en su comunicación	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.784 000 88	.834 000 88	.787 000 88	1.000 600 88	1.000 600 88	.788 000 88	.693 000 88	.333 000 88	.514 000 88	.548 000 88	.523 000 88	.523 000 88
El tiempo que dedica enf para educar al usuario fue suficiente	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.784 000 88	.834 000 88	.787 000 120	1.000 600 120	1.000 600 120	.642 000 120	.542 000 120	.693 000 88	.333 000 120	.514 000 120	.523 000 88	.804 000 120
El usuario considera que el uso de R D favorece su aprendizaje	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.784 000 88	.834 000 88	.787 000 120	1.000 600 120	1.000 600 120	.642 000 120	1.000 600 120	.693 000 88	.333 000 120	.514 000 120	.523 000 88	.516 000 120
Enf utiliza los recursos didácticos en la educación del usuario	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.441 000 88	.693 000 88	.333 000 88	.514 000 88	.514 000 88	.715 000 88	1.000 600 88	.693 000 88	.333 000 88	.514 000 88	.523 000 88	.600 000 88
El usuario considera que aparte de brindar cuidados también debe brindar educación	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.333 000 88	.514 000 120	.514 000 88	.715 000 120	.715 000 120	.693 000 120	1.000 600 120	.693 000 88	.333 000 120	.514 000 120	.523 000 88	.574 000 120
Enf considera que los cuidados que brinda al usuario son responsables para su mejora	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.514 000 88	.670 000 88	.670 000 88	.828 000 88	.828 000 88	.679 000 88	.693 000 88	1.000 600 88	.333 000 88	.514 000 88	.523 000 88	.679 000 88
El personal de enf considera que los cuidados que brinda al usuario son responsables para mejorar su salud	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.514 000 88	.670 000 88	.670 000 120	.828 000 88	.828 000 120	.679 000 120	.693 000 88	1.000 600 120	.333 000 120	.514 000 120	.523 000 88	.679 000 120
Enf considera que la educación es brindada en el usuario	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.514 000 88	.670 000 88	.670 000 88	.828 000 88	.828 000 88	.679 000 88	.693 000 88	1.000 600 88	.333 000 88	.514 000 88	.523 000 88	.679 000 88
Enf considera que aparte de brindar cuidados también debe brindar educación al usuario	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.548 000 88	.675 000 88	.785 000 88	.720 000 88	.720 000 88	.838 000 88	.693 000 88	.333 000 88	.514 000 88	.548 000 88	.523 000 88	.731 000 88
Conocimiento de diabetes acertado y método por parte de enfermería	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.829 000 88	.932 000 88	.772 000 88	.838 000 88	.838 000 88	.733 000 88	.693 000 88	.333 000 88	.514 000 88	.548 000 88	.523 000 88	1.000 000 88
Conocimiento suficiente e adecuado para el educado	Pearson Correlación Sig. (2-tailed) N	.772 000 88	.932 000 88	1.000 600 120	.838 000 88	.838 000 120	.518 000 120	.693 000 120	.333 000 120	.514 000 120	.548 000 120	.523 000 88	1.000 000 120

V. CONCLUSIONES

Y

SUGERENCIAS

18. CONCLUSIONES

Considerando que éste capítulo del informe final, es la culminación de la investigación, por ende está conformado por reflexiones, resultado del estudio de las variables.

En relación a los objetivos planteados al inicio de la investigación, puedo decir que se cumplieron satisfactoriamente.

Las variables que se manejaron para el personal de enfermería y para el usuario corresponden a: edad, conocimiento, comunicación, recursos didáctico; escolaridad y sexo del usuario; turno y categoría del personal de enfermería, dichas variables sirvieron para conocer la percepción del personal de enfermería y del usuario en relación a la Educación para la Salud como criterio de calidad por lo tanto tenemos:

Respecto al personal de enfermería:

- Respecto a las variables edad, categoría y turno del personal de enfermería tenemos por un lado que el 74.8% del personal que labora en la institución hospitalaria es gente joven, aspecto que favorece el que exista mayor disponibilidad y accesibilidad para realizar las prácticas educativas satisfactoriamente porque es personal que cuenta con el nivel académico adecuado, debido a que el 69.6% esta conformado por enfermeras generales, el 15.9% por enfermeras especialistas y por último con un 14.5% por enfermeras auxiliares, aunado a esto tenemos que el 68.2% es personal de enfermería que laboran en los dos primeros turnos (matutino, vespertino) situación que refuerza aún más la posibilidad de que se lleve a cabo la educación del usuario en horas que no afectan el descanso y sueño de la persona.
- Con respecto a la variable conocimiento acerca de diabetes, puede decirse que es personal que cuenta con el conocimiento básico para llevar a cabo las prácticas educativas a los usuarios con diagnóstico de diabetes. Sin embargo es importante mencionar que de los aspectos considerados para valorar el conocimiento se hizo referencia al coma hipoglucémico en donde el 79.7% del personal de enfermería respondió erróneamente ante tal aspecto, situación que llama la atención, debido a que el coma hipoglucémico es una situación alarmante en el estado de salud de los usuarios con diagnóstico de diabetes.
- De acuerdo a la variable de comunicación, en general puede decirse que es personal que refiere tener obstáculos en su comunicación con el usuario, siendo de mayor frecuencia el tono de voz (93.5%) y el uso de tecnicismos (26.6%). Sin embargo es relevante mencionar que es personal que tiene una voz agradable y con un ritmo normal aspectos que de alguna manera si favorecen su comunicación.
- En lo que respecta a la variable recurso didáctico, que se midió en tiempo, tipo, importancia, existencia y disponibilidad. La institución hospitalaria cuenta con material didáctico para proporcionar educación al usuario, dentro de los cuales el rotafolio con un 42.0% es el más predominante, estos recursos están disponibles a cualquier hora para ser utilizados por el personal de la salud. Sin embargo es importante mencionar

que dentro de los servicios donde labora enfermería no hay recursos didácticos para brindar Educación para la Salud a los usuarios que lo requieran. Por otro lado para el personal de enfermería es importante la utilización de los medios auxiliares, es por ello que si recurre a estos, de los cuales el cartel con un 36.2%, es uno de los medios que le facilita el desarrollo de las prácticas educativas.

Respecto a los usuarios:

- Referente a las variables edad, sexo y escolaridad de los usuarios, los resultados arrojados muestran que son usuarios cuyas edades más frecuentes van de los 35 años en adelante, figurando con un 57.6% el sexo masculino. Por otro lado la población atendida en la institución hospitalaria sabe leer y escribir, factores que favorecen hasta cierto punto el aprendizaje de las actividades encaminadas al cuidado de su salud.
- Respecto a la variable conocimiento de diabetes, manejado en suficiente e insuficiente para su autocuidado, el 62.4% de los usuarios con diagnóstico de diabetes atendidos en la institución hospitalaria poseen un conocimiento suficiente para autocuidarse. Sin embargo es importante considerar que el 37.2% de los usuarios no cuenta con el conocimiento adecuado para ejercer el cuidado de su salud. No obstante es relevante señalar que el 63.3% son usuarios que no cuenta con antecedentes previos de reingresos hospitalarios por complicaciones de la enfermedad.
- De acuerdo a la variable comunicación los datos mostraron que el usuario recibe información por parte del personal de enfermería de forma clara y entendible, situación que le ha permitido resolver dudas.
- En lo que respecta a la variable recurso didáctico el 98.3% de los usuarios consideran que en la institución hospitalaria debe haber medios auxiliares que le permitan conocer lo referente a su enfermedad, dentro de los cuales el recurso que más les interesa que haya en existencia son los folletos (60.8%). Por otro lado refieren que si hay recursos didácticos en la institución, pero que no han recibido ninguno. Es importante mencionar que el usuario considera que el uso de los recursos didácticos para su educación favorece en gran medida su aprendizaje (87.0%), además están de acuerdo con el tiempo que dedica enfermería para brindarles educación. (Ver. Cuadro y gráfica No 12).

La percepción que tiene el usuario respecto al agente que reconoce como educador, llama la atención que siendo enfermería el personal con el conocimiento y experiencia para llevar a cabo satisfactoriamente la educación de los usuarios; ocupa el tercer lugar con 12.5%, después del médico (71.7%) e incluso del Trabajador Social entre otros.

El 58.3% de la población atendida en la institución hospitalaria, considera que la diabetes es una enfermedad que lo imposibilita para llevar a cabo las actividades cotidianas. No obstante consideran que no es complicada de entender, y refieren tener interés por el cuidado de su salud.

De acuerdo a la percepción del usuario; el 95.0% considera que el personal de enfermería que labora en la institución hospitalaria es personal capacitado para brindarle atención.

No hay congruencia entre lo que percibe el usuario y lo que dice el personal de enfermería acerca del interés que muestra el personal de enfermería porque el usuario aprenda a cuidarse, puesto que mientras el personal de enfermería refiere tener interés (71.0%) éste por el contrario percibe tal situación en tan sólo un 23.2%.

Existe una diferencia porcentual marcada entre lo que dice el personal de enfermería y lo que percibe el usuario acerca de los recursos didácticos que utiliza enfermería para proporcionarle educación, debido a que mientras el usuario percibe con mayor frecuencia el uso de recursos por parte de enfermería, el personal de enfermería refiere hacer uso mínimo de estos recursos, incluso el 40% de este personal no utiliza ningún recurso didáctico.

El personal que labora en la institución hospitalaria es personal que se presenta con el usuario en los distintos momentos de atención, se dirige a él llamándolo por su nombre, lo saluda, es amable y transmite una sonrisa cuando conversa con el usuario.

Respecto a la percepción que tiene el usuario, acerca de la institución hospitalaria, el 94.2% considera que es una buena institución.

Los usuarios atendidos en la institución hospitalaria consideran que las prácticas educativas que brinda enfermería de ninguna manera es pérdida de tiempo para ellos.

Tanto el personal de enfermería como los usuarios consideran que en la medida en que se proporcione educación al usuario diabético, se verán disminuidas las complicaciones de la enfermedad

El 50.7% del personal de enfermería que labora en la institución hospitalaria, opina que es importante proporcionar educación al usuario diabético dentro de la institución.

Mediante la prueba de pearson realizada a las variables de estudio, los resultados de correlación muestran que con un 95% de significancia las variables: tiempo, educación, comunicación, calidad, conocimiento y recurso didáctico están altamente correlacionadas, lo cual significa que entre éstas variables hay similitud entre lo que percibe el usuario y el personal de enfermería, a diferencia del resto de las variables. Por lo tanto una vez establecida la correlación de las variables antes mencionadas (Ver pág 189) se acepta la hipótesis de trabajo.

19. SUGERENCIAS.

Estas propuestas se plantean como resultado de los datos obtenidos en la investigación, la finalidad no es dar solución al problema, si no mejorar la situación actual de la institución.

- Fomentar en el personal de enfermería el interés por temas de educación continua referentes a Diabetes Mellitus.
- Estimular al personal de enfermería a que participe en la prácticas de Educación para la salud de usuarios con diagnóstico de diabetes.
- Realizar un programa de charlas educativas dirigido a usuarios con diabetes, abordando temas como: concepto, diagnóstico, tratamiento, complicaciones entre otros aspectos que se consideran importantes que el usuario conozca.
- Alentar al personal de enfermería para la elaboración de recursos didácticos que hablen de diabetes, considerando al folleto como recurso de mayor importancia para el usuario.
- Proporcionar Educación para la salud a los usuarios con diagnóstico de diabetes que se encuentren hospitalizados en la institución.
- Fomentar en la población de alto riesgo las prácticas preventivas para el autocuidado de su salud.
- Considerar la existencia de recursos didácticos en los servicios donde labora enfermería, que presente mayor demanda de usuarios con diagnóstico de diabetes.
- Concienciar a los usuarios con diagnóstico de diabetes acerca de la importancia del control de la enfermedad.
- Infundir en el personal de enfermería la importancia de la educación para la salud en problemas crónico degenerativos, sobre todo en diabetes mellitus.

Si en determinado momento el lector quisiera realizar un nuevo proyecto basandose en el tema investigado; con la aplicación de los modelos de enfermería, se sugiere recurrir al Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender, modelo basado en en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que define la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento. Además de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem. En donde considera el autocuidado como la práctica de actividades que las personas sin importar la edad emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, así como la conservación de su bienestar.

VI. A N E X O S.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO PARA LA RECABACIÓN DE DATOS POR PARTE DEL USUARIO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
 HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.
 COORDINACION DE ENSEÑANZA EN ENFERMERIA
 CUESTIONARIO PARA EL USUARIO.

OBJETIVO: El siguiente cuestionario tiene como finalidad recabar la opinión del usuario, acerca de la Educación para la Salud como criterio de calidad en el usuario diabético, tal información servirá para proponer alternativas que conlleven a rebasar las expectativas esperadas por el derechohabiente, la información se manejará de forma anónima.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste lo que se le pide, subrayando o tachando las respuestas de acuerdo a su criterio.

EDAD: _____ SEXO: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____

ESCOLARIDAD: PRIMARIA	COMPLETA _____ INCOMPLETA _____	OCUPACIÓN: _____
SECUNDARIA	COMPLETA _____ INCOMPLETA _____	
BACHILLERATO	COMPLETO _____ INCOMPLETO _____	
CARRERA TÉCNICA	COMPLETA _____ INCOMPLETA _____	
NIVEL SUPERIOR	COMPLETO _____ INCOMPLETO _____	
PROFESIÓN: _____		

- 1.- ¿Desde cuando sabe Ud que es Diabético?
A) Si B) No
- 2.- Le han informado que es la Diabetes.
A) Si B) No
- 3.- Sabe como detectar si su azúcar (glucosa) esta alta o baja.
A) Si B) No
- 4.- Le han explicado el manejo de medicamentos para el control de la diabetes
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca.
- 5.- La información que conoce acerca de la diabetes, es suficiente, para cuidarse en el domicilio.
A) Si B) No
- 6.- Tiene conocimiento suficiente de la dieta, a seguir en la diabetes
A) Si B) No
- 7.- Le han informado qué complicaciones genera la Diabetes.
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca.
- 8.- Tiene conocimiento de cómo cuidarse los pies.
A) Si B) No
- 9.- Tiene conocimiento de cómo cortarse las uñas.
A) Si B) No
- 10.- Comúnmente quién le ha proporcionado la información acerca de su enfermedad.
A) Médicos
B) Enfermeras
C) Trabajador social
D) Familiares
E) Pacientes
- 11.- Ha estado hospitalizado varias veces por complicaciones de la diabetes.
A) Si B) No
- 12.- El personal de enfermería se presenta con Ud. cuando:
A) Ingres a servicio
B) Ingres a la institución
C) Cuando le proporcionan información
D) Cuando le realizan un procedimiento
E) Cuando inicia el turno

13.- El personal de enfermería lo saluda, antes de iniciar una conversación.

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca.

14.- El personal de enfermería se dirige a Ud. Llamándolo por su nombre o apellido.

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

15.- Cuando el personal de enfermería conversa con usted, lo hace de una forma amable

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

16.- La información que le proporciona el personal de enfermería acerca de la enfermedad que padece, le permite resolver sus dudas.

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

17.-La información que proporciona enfermería acerca de la Diabetes es clara y entendible

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

18.- El personal de enfermería,sonríe, mientras está conversando con Ud.

- A) Si B) No

19.- Considera que en la institución deberían existir folletos, carteles, videos, etc. que hablen de la Diabetes.

- A) Si B) No

20.- Dentro de la Institución hay carteles, folletos, videos etc. que hablen de la Diabetes.

- A) Si B) No

21.- ¿Le han proporcionado alguno?

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

22.- Considera que el tiempo que dedica enfermería para informarle de su enfermedad es suficiente.

- A) Si B) No

23.- Cree Ud. que el uso de carteles, folletos, videos, etc favorece el aprendizaje de la enfermedad que padece.

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

24.- El personal de enfermería que labora en la institución se preocupa por conseguir folletos, carteles, videos, etc para poder proporcionarle a Ud una platica de diabetes.

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

25.- ¿Qué recursos didácticos considera que debería haber en la institución, que le permitan conocer más acerca de la enfermedad que padece?

- A) Folletos
B) Carteles
C) Videos
D) Rotafolio
E) Ninguno

26.- ¿Conqué recurso didáctico se le facilitó conocer, la enfermedad que padece.

- A) Folletos
B) Carteles
C) Videos
D) Rotafolio
E) Ninguno

27.- ¿Qué recurso didáctico utiliza el personal de enfermería para proporcionarle información de su padecimiento.

- A) Folletos
B) Carteles
C) Videos
D) Rotafolio
E) Ninguno

28.- Cree que el personal de enfermería, aparte de brindarle cuidados, es importante que también le proporcione información de la enfermedad que padece:

- A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo

29.- Considera que en la medida en que el profesional de enfermería le proporcione información de la enfermedad, disminuirán las complicaciones y prolongara su tiempo de vida

- A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo

30.- Se molesto Ud. Cuando el personal de enfermería no atiende a su llamado

- A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo

31.- El profesional de enfermería demuestra interés, porque usted conozca más de la enfermedad que padece.

- A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo

32.- Considera que los cuidados que proporciona el profesional de enfermería, son importantes para mejorar el estado de su salud.

- A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo

33.- El personal de enfermería debería atenderlo cuando Ud. Lo requiere.

- A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente de acuerdo.

34.- Demuestra paciencia cuando el personal de enfermería no acude a su llamado.

- A) Si B) No

35.- El personal de enfermería acude a su llamado cuando Ud, lo solicita.

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

36.- Su enfermedad lo imposibilita para llevar acabo las actividades diarias.

- A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

37.- Cree Ud. que llevando un buen control de la diabetes, se puede llevar una vida normal.

A) SI B) No

38.- Tiene interés por el cuidado de su salud.

A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca

39.- Considera que el personal de enfermería que lo ha atendido está capacitado para proporcionarle cuidados.

A) SI B) No

40.- Cree que la diabetes, es complicada de entender.

A) SI B) No

41.- Considera que la información que le proporciona el profesional de enfermería es pérdida de tiempo.

A) SI B) No

42.- El trato que recibió por el personal de la institución fue adecuado.

A) SI B) No

43.- Que opina de la Institución.

GRACIAS.

ELABORO: P.L.E.O. VAZQUEZ

ANEXO 2.

CUESTIONARIO PARA LA RECABACIÓN DE DATOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA
CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

OBJETIVO: El siguiente cuestionario tiene como finalidad recabar la opinión del personal de enfermería, acerca de la Educación para la Salud como criterio de calidad en el usuario diabético, lo cual servirá para proponer alternativas que conlleven a mejorar la situación actual de la institución. La información se manejará de forma anónima.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste lo que se le pide, subrayando o tachando las respuestas, de acuerdo a su criterio.

EDAD: _____ **SERVICIO:** _____ **CATEGORIA:** _____ **FECHA** _____

TURNO: MATUTINO VESPERTINO VELADA "A" VELADA "B"

ESCOLARIDAD: _____

1.- Son factores de riesgo importantes, para el desarrollo de la Diabetes Mellitus.

- A) Herencia, Obesidad, Edad.
- B) Raza, Sexo, Obesidad
- C) Edad, Genética, Raza
- D) Obesidad, Tensión arterial, Dieta
- E) Sexo, Obesidad, Dieta.

2.- Mencione que órgano es el encargado de secretar la insulina.

- 3.- ¿Qué importancia tiene el colesterol en el diabético?.
- A) Favorece el proceso infeccioso.
- B) Aumenta de peso el paciente
- C) Favorece la aterosclerosis
- D) Favorece la producción de fibrinógeno
- E) Interviene en el proceso de cicatrización.

4.- ¿Porqué no cicatrizan las heridas de los usuario con Diabetes?.

- A) Por falta de fibrina
- B) Porque no se lleva acabo la glucogenólisis
- C) Falta de proteínas, insuficiente circulación , Hiperglucemia
- D) Porque el glucágon está presente
- E) Porque el páncreas no produce insulina.

5.- ¿Cuál es la cantidad normal de glucosa en orina?

- A) 1mg/dl D) 4mg/dl
- B) 2mg/dl E) 0mg/dl
- C) 3mg/dl

6.- ¿Cuál es la cantidad normal de glucosa en sangre?.

- A) 60-75mg/dl D) 155-200 mg/dl
- B) 80-120mg/dl E) + 250mg/dl
- C) 125-150mg/dl

7.- Los síntomas de la Diabetes mellitus son:

- A) Poliuria, Polidipsia, Polifagia
- B) Poliuria, Proteinuria, Poldipsia
- C) Bacteremia, Hematuria, Poliuria
- D) Edema, Proteinuria, Poliuria
- E) Poldipsia, Proteinuria, Polifagia

8.- ¿Cuáles son las características de la Diabetes Tipo 1? .

- A) - 40 años, Falta de producción de insulina
- B) Coma diabético y obesidad
- C) Factor genético, + 40 años
- D) Glucosuria y hematuria
- E) Cetoacidosis e infecciones recurrentes

9.- Dentro de las complicaciones más frecuentes por aplicación inadecuada de insulina tenemos:

- A) Hipoglucemia, Hiperglucemia
- B) Proteinuria, Cetoacidosis
- C) Hematuria, Amputaciones
- D) Hipoglucemia, Proteinuria
- E) Hiperglucemia, Poliuria.

10.- Son signos y síntomas del coma hipoglucémico:

- A) Debilidad, Mareo, Hambre
- B) Sed, Orina abundante, Debilidad
- C) Piel seca, Debilidad, Sed
- D) Piel sudorosa, Debilidad, Orina abundante
- E) Orina abundante, hambre, Piel seca

11.- Se presenta Ud. con el usuario cuando:

- A) Ingres a la institución
- B) Ingres a el servicio
- C) Va a realizar un procedimiento
- D) Cuando proporciona información
- E) Cuando inicia su turno

- 12.- Antes de entablar una conversación con el usuario, lo primero que hace es saludarlo
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 13.- Cuando Ud. se dirige al usuario, le habla por su nombre o apellido
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 14.- Cuando se dirige al usuario lo hace de forma amable
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 15.- Le ha proporcionado información al usuario diabético.
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 16.- Cuando habla con el usuario, su articulación es clara y entendible.
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 17.- Sonríe mientras entabla una conversación con el usuario
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 18.- Tiene facilidad para modular su tono de voz, cuando conversa con el usuario
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 19.- Toma demasiadas pausas y varía su volumen de voz cuando está conversando.
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 20.- Su voz suena agradable y suena a un ritmo normal
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca
- 21.- ¿Qué obstáculos considera Ud. dificultan su comunicación
A) Tono de voz
B) No transmite una sonrisa
C) Utiliza tecnicismos
D) Es monótona
E) Claridad en sus palabras
F) Ninguno
- 22.- ¿Con qué recursos didácticos cuenta la institución para proporcionar educación al usuario diabético.
A) Rotafolio E) Ninguno
B) Carteles
C) Vídeos
D) Folleto
- 23.- Dentro de su servicio cuenta con algún recurso didáctico.
A) Si B) No C) No lo sé
- 24.- Considera importante el uso de recursos didácticos como apoyo para educar al usuario diabético.
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca.
- 25.- Considera que el uso de recursos didácticos favorece el aprendizaje del usuario.
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca.
- 26.- La institución proporciona los recursos didácticos cuando Ud. Lo solicita.
A) Siempre B) Casi siempre C) Nunca.
- 27.- ¿Qué recurso didáctico utiliza para proporcionar educación al usuario diabético?
A) Trípticos
B) Carteles
C) Rotafolio
D) Vídeos
E) Ninguno
- 28.- ¿Con qué recurso didáctico se le facilita proporcionar educación al usuario diabético
A) Rotafolio
B) Carteles
C) Vídeos
D) Folleto
E) Ninguno
- 29.- ¿Cuánto tiempo dedica en su turno para proporcionar información al usuario diabético.
A) 0 min.
B) 3 min.
C) 5 min.
D) 10 min.
E) +15 min
- 30.- Dentro de las funciones del profesional de enfermería se encuentra el proporcionar educación para la salud.
A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo
- 31.- Cree Ud. que educando al usuario diabético, disminuyan las complicaciones y las muertes prematuras.
A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo
- 32.- Se preocupa Ud. porque el usuario diabético aprenda a cuidar su salud
A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo
- 33.- Considera que los cuidados que proporciona al usuario diabético son indispensables para mejorar su estado de salud.
A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo
- 34.- Considera que la educación, es una actividad prioritaria en el usuario diabético
A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo
- 35.- Considera que el usuario diabético depende en gran medida de los cuidados que brinda Ud.
A) Totalmente de acuerdo
B) De acuerdo
C) Parcialmente de acuerdo
D) En desacuerdo
E) Totalmente en desacuerdo
- 36.- Los usuarios deberían entender que no son los únicos a

36.- Los usuarios deberían entender que no son los únicos a quienes Ud. presta sus servicios

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Parcialmente de acuerdo
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

37.- Los usuarios deberían ser más flexibles cuando Ud. No acude a su llamado

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Parcialmente de acuerdo
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

38.- Los usuarios no deberían molestarse por tener que esperar, cuando Ud. está ocupada.

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Parcialmente de acuerdo
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

39.- Considera importante que deba brindarse educación al usuario con diagnóstico de diabetes, en la institución hospitalaria.

GRACIAS.

ELABORO: P.L.E.O VAZQUEZ

ANEXO No 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DE LA INVESTIGACIÓN

2001-2002

ACTIVIDADES	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Elaboración de protocolo	■													
Autorización de protocolo		■												
Construcción del marco teórico			■	■	■	■								
Aplicación de cuestionarios			■	■										
Recopilación de datos					■	■	■							
Análisis estadístico de los datos								■	■					
Elaboración de graficas										■	■			
Elaboración de Conclusiones y sugerencias												■	■	
Presentación de la investigación.														■

VII. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA.

- Alfaro, Lefevre Rosalinda. 1997 El pensamiento crítico en enfermería " Un enfoque práctico. Barcelona.
- Alvarez, Alva Rafael. 1991 Salud pública y Medicina preventiva. Editorial Manual Moderno. México.
- Alvarez, Alva Rafael. 1995 Educación para la Salud. Editorial Manual Moderno México.
- Barquin, Calderon Manuel. 1992. Sociomedicina. 3ª, edición. Editorial Mendez. México.
- Blanco, Jorge Humberto. 1997. Fundamentos de Salud Pública. 1ª.edición. Capítulo 12 Tomo I Colombia.
- Caja, López Carmen. 1993. Enfermería Comunitaria II y III. Ediciones Científicas y técnicos S. A. España.
- Cuesta, Gómez A y Cols. 1986. La calidad de la asistencia hospitalaria. Editorial Doyma. España.
- Duran, González Lilia Irene y Cols. 1997. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de salud, 1ª edición. Editorial limusa. México.
- Hanak, Marcia. 1988. Educación Sanitaria del paciente y su familia. Editorial Doyma. España.
- Hernández, Sampieri Roberto y Cols. 1999. Metodología de la Investigación. 2ª, edición. Editorial Interamericana. México.
- Higashida1995. Educación para la Salud. 1ª- edición. Editorial Interamericana. México.
- Hilleboe, Herman E. 1986. Medicina preventiva. 2ª, edición. Editorial Interamericana. México.
- Hungler, Polit 1995. Investigación científica en ciencias de la Salud, 5ª. edición. Editorial Interamericana. México.
- Islas, S. y A. Lifshitz. 1993. Diabetes Mellitus, 1ª. edición. Editorial Interamericana. México.
- Kilo, Charles y Joseph R. Williamson. 1991. Controle su Diabetes, 1ª. edición. Editorial Limusa. México.
- Kling, Imogene M. 1992. Enfermería como profesión. " Filosofía, principios y objetivos". Editorial Limusa. México.

Ley General De Salud. 2000. Decima Sexta edición. Tomo II. Editorial Porrúa. México.

L'Gamiz, Matuk Arnulfo. 1982. Bioestadística. " La estadística con aplicación en el área de la salud. Editorial Mendez. México.

Lerman, G. Israel. 1998. Atención integral del paciente diabético. Editorial Interamericana. México,

López, Luna. 1993. Salud pública. Editorial Interamericana. México.

Marriner, Ann y Cols. 1999. Modelos y teorías en enfermería. España.

Mazzafero, Vicente Enrique y Cols. 1994. Medicina en Salud Pública. 2ª, edición. Editorial Ateneo Barcelona.

Pérez, Sosa. 1992. Administración de los servicios de Salud en enfermería 1ª. edición. Editorial Trillas. México.

Salleras, Sanmartín Luis. 1985. Educación Sanitaria Principios, métodos y aplicaciones. Editorial Díaz Santos. Madrid.

Sánchez, Rosales Manuel. 1994. Elementos de salud pública. 2ª, edición. Editorial Mendez. México.

San Martín, Hernán. 1998. Tratado General de la Salud en las sociedades humanas, 1ª. reimpresión. Ediciones Científicas.

Scheltres, Corina. 1988. Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (Tesis). Editorial Harla. México.

Secretaria de salubridad Dirección General De Educación para la Salud. 1980. Manual de Normas de Educación Para la Salud. México.

Surroca, Ma. Luisa. 1995. Diabetes. Editorial Colimbo. Barcelona.

Vargas, Ocampo Francisco. 1999. Educación para la salud. Editorial Limusa. México.

Varo, Jaime. 1993. Gestión Estratégica en los servicios sanitarios. Editorial Díaz Santos. España.

<http://md.consalud.com/diabetes/médicos/emg-2html>. On line

<http://a.g.s.ineqi.gob.mz/sociodem/español/demografico/dem-02.html>. On line.