



CLÍNICA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL DIABÉTICO SOBRE SU AUTO CUIDADO

KNOWLEDGE LEVEL ABOUT DIABETIC AUTOCARE

*Baca Martínez, B., *Bastidas Loaíza, M de J., *Aguilar, M. Del R., *De La Cruz Navarro, M de J., *González Delgado, MD.,**Uriarte Ontiveros, S., ***Flores Flores, P.

*Enfermeras Especialistas y Alumnas del X Curso Postécnico de Enfermería en Administración y Docencia del Hospital General Regional No. 1, Culiacán, Sinaloa. **Lcda. en Enfermería. Coordinadora Delegacional de Enfermería en Atención Médica. ***Maestra en Ciencias, Coordinadora Delegación de Investigación en Salud. México.

Palabras clave: autocuidado, diabético, nivel de conocimiento

Key words: autocare, diabetic, knowledge level

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la diabetes es complejo y sus resultados dependen, en gran medida del nivel de comprensión, destreza y motivación con que el usuario afronta las exigencias terapéuticas.

OBJETIVO

Identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta descriptiva a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa.

Se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio.

Se utilizó un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, contemplando aspectos como ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico.

RESULTADO

De la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de + - 12.36.

Nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79 %.

CONCLUSIONES

Los usuarios diabéticos tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado.

Los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The diabetes treatment is complex. Its results depend, to a great extent, on the level of comprehension, skill and motivation that the user face up to the therapeutic requirements.

OBJETIVE

To identify the knowledge level that the diabetic user has about his/her autocare.

MATERIAL AND METHODS

A descriptive survey was carried out in 94 diabetic inpatients in the services of Internal Medicine and Surgery of the General Regional Hospital No. 1 of Culiacán, Sinaloa.

Diabetics of 20 years old and older with more of 72 hours of hospitalization in internal medicine and surgery were included in the survey.

A questionnaire providing socio-demographic aspects such as age, gender, education, knowledge level of the diabetic user about his/her autocare dealing aspects like exercise, diet, feet care and pharmacological treatment was used.

RESULTS

More than half (56%) of the studied population is men, with an average age of 60 years old with a standard deviation of +- 12.36. The knowledge level about his/her autocare was insufficient in 79%.

CONCLUSIONS

The diabetic users have insufficient knowledge about their autocare. The aspects they know more about are the exercise and the diet, while they know little about the feet care and pharmacological treatment.

INTRODUCCIÓN

La diabetes Mellitus tipo 2 es un enfermedad crónica que representa una de las principales causas de morbilidad, mortalidad e invalidez¹, Se estima que el 6 % de la población mundial padece diabetes y que aproximadamente la mitad de esta proporción no lo sabe. Este desconocimiento es debido a que el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2, que supone el 80-90 % de todos los diabéticos, tiene lugar unos ocho años después del inicio de la misma, lo que ocasiona que en el momento del diagnóstico ya estén presentes signos clínicos de las complicaciones de esta enfermedad.

La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo, las más altas del mundo se observan en el medio oriente, principalmente en Chipre (13%) y Líbano (13:7%), el incremento global esperado en estos países para el 2025 es de 38% y en la India, en Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%, en Uruguay se encuentra la prevalencia más alta 8.1% El país latinoamericano con mayor incremento en la prevalencia es México de 7.7 a 2.3%.

En México la diabetes mellitus es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es mas frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que en hombres. La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada. Los pacientes con complicaciones crónicas vasculares a largo plazo, tienen el doble de posibilidades de morir que la población general¹.

Durante los últimos decenios los profesionales de la salud han dirigido su atención a los conceptos de auto cuidado, actividades de auto cuidado y promoción de la salud. Paralelamente, la sociedad ha experimentado las políticas de Seguridad Social lo que ha incidido en el incremento de los costos. En respuesta a estas transformaciones algunos individuos prefieren comprometerse con sus actividades de cuidado, independientemente del Sistema de Salud. También los consumidores de los Servicios de Salud han comenzado a ser más responsables de su salud, aumentando sus conocimientos y adquiriendo habilidades necesarias para el auto cuidado individual. Como resultado de estos cambios, algunas disciplinas se han interesado por el concepto de auto cuidado.

En enfermería el concepto de auto cuidado fue introducido por medio de la teoría de déficit de auto cuidado de Orem, lo cual generó profundas alteraciones en la práctica profesional tradicional. Para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexión sobre sí mismos y sobre su ambiente, por simbolizar lo que experimentan, por usar creaciones simbólicas (palabras, comportamiento) en pensamientos, en comunicaciones y por hacer cosas que son benéficas para sí mismos y para los otros. De este modo, define el auto cuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de auto cuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto²

Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones y desde esta perspectiva Rogers invita a las enfermeras a hacer investigaciones hacia los cuidados de salud creativos que pueden ser aplicados en nuestro campo de acción.

Virginia Henderson dice que los cuidados enfermeros se basan en un todo que presenta 14 necesidades fundamentales. Los cuidados enfermeros se centran en la ayuda a las personas enfermas o sanas, en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades, para alcanzar la independencia. Se trata de desarrollar la dimensión psico-socio-cultural de cada una de las 14 necesidades fundamentales y que contribuyen, junto con la dimensión biológica, a determinar la forma única que cada individuo tiene para satisfacer sus necesidades.³

El tratamiento de la diabetes es complejo y sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación con que el usuario afronta las exigencias terapéuticas. Es por ello que cuidado y educación deben constituir un binomio integral en la atención de los usuarios diabéticos.

Este hecho, reconocido desde la época de Joslín, se mantiene como el eslabón más débil en la cadena de la atención integral al paciente diabético, aún resulta difícil encontrar un servicio que ponga igual énfasis en los aspectos educativos que en los cuidados clínicos y es muy frecuente encontrar que los programas de educación en diabetes no existan o se reduzcan a ofrecer información clínica, sin tener en cuenta el nivel de comprensión ni las barreras por el paciente. Estas actividades informativas no son capaces de desarrollar habilidades para la toma de decisiones, no influyen en la conducta ni desarrollan un paciente capaz y responsable de su auto cuidado diario.⁴

La educación sanitaria es una de las principales funciones de enfermería. Es un factor de equilibrio clave y ayuda a la persona a gestionar el estrés y la ansiedad. En este proceso la

enfermera deberá tener en cuenta la percepción del paciente antes de dar información cognitiva, esto le permitirá trabajar en el mismo cuadro conceptual que el paciente. La utilización rutinaria de listas de consejos raramente es útil para la persona cuidada. Este factor está ligado al desarrollo de una relación de ayuda y de confianza (congruencia, empatía, calor humano). El proceso de cuidado se acerca a la transacción entre la enfermera y la persona, la relación es un proceso interpersonal y recíproco (ambos pueden ser partícipes activos en el proceso enseñanza-aprendizaje), las percepciones y el rol de la otra persona son necesarias para el aprendizaje.⁵

Un enfoque común para tratar la diabetes es contemplar tres componentes: dieta, ejercicio y medicación. Sin embargo, este enfoque prescinde de algunos otros aspectos importantes del tratamiento de la diabetes que incluyen la motivación. El siguiente enfoque en seis pasos para el tratamiento de la diabetes le puede proporcionar una base sólida para el auto cuidado.

Un paciente puede ser etiquetado de incumplidor si no hace lo que se le dijo que hiciera. La razón del incumplimiento puede ser que el plan de cuidados no ha tenido en cuenta sus necesidades reales o percibidas. Él necesita saber el por qué, así como también el cómo.

La motivación es crucial para la terapia nutricional; alguien que no vea la necesidad de cambiar hábitos nutritivos no lo hará.

La terapia nutricional estimula al paciente a hacer cambios pequeños, realistas, que pueda continuar a lo largo de la vida en lugar de intentar que siga una dieta estricta durante un corto periodo.⁶⁻⁷

La educación para la salud es la forma más frecuente de intervención profesional de las enfermeras con el paciente diabético, pero no es la más efectiva para influir positivamente sobre su adherencia al tratamiento. El supuesto que sustenta esta intervención es que si la persona conoce todo acerca de su enfermedad y de cómo cuidarse, es capaz de seguir las indicaciones médicas y así mantener las cifras de glucemia dentro del rango de normalidad. Con frecuencia los programas educativos cuyo contenido versa sobre la enfermedad y su tratamiento, se complementan con ejercicios grupales basados en conceptos de psicología y sociología, a fin de lograr un mejor aprendizaje. Sin embargo, los conceptos aún son similares: la mayoría de los pacientes diabéticos mantienen cifras de glucosa muy por encima de los niveles de normalidad, los cuales, teóricamente, podrían alcanzar si llevaran a cabo el tratamiento prescrito.⁶⁻⁸

La salud es, además de un derecho, una responsabilidad individual y colectiva; es un proceso que se debe mantener, promocionar y tratar de recuperar cuando ésta se ha perdido.⁹ Por lo que se refleja en el programa de acción para la promoción y control de la diabetes se integra en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

La transición epidemiológica del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles.

A diferencia de los rezagos en salud que afectan a los pobres, estas enfermedades se presentan por igual en toda la población.¹⁰

Alrededor del 10.9% de la población entre 20 y 69 años padece de diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de 30 millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no

han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrollan antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el 4º lugar dentro de la mortalidad general.¹¹

En el Instituto Mexicano del Seguro Social este padecimiento ocupa desde 1980 el primer lugar como causa de muerte en el grupo de 55 a 59 años de edad. Hasta hoy es el motivo más frecuente de egresos hospitalarios en esta institución, debido a las complicaciones crónicas: 40% neuropatía periférica, 24% de retinopatía proliferativa y 15% neuropatía.¹²

La enfermera realiza procedimientos higiénico-dietéticos y participa en las actividades de educación para la salud del paciente y su familia.¹³ Fomenta una cultura de auto cuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención de daño y proporciona un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.¹⁴

Resultados de investigaciones anteriores muestran la diversidad de factores que explican la no adherencia del paciente diabético al tratamiento. El bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos son dos de los más mencionados. Las estrategias de enfrentamiento manejadas por el paciente ante la enfermedad y el apoyo social son dos factores que también se han relacionado con la observancia, o no, del tratamiento por parte del diabético. Por otro lado, no llevar a cabo el plan terapéutico se asocia con la aparición temprana de complicaciones de la enfermedad como retinopatía, pie diabético y falla renal. En consecuencia, la no adherencia es un problema urgente que cada día, por el incremento de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad crónica, es más crítico.¹⁵

Otros resultados obtenidos a nivel internacional como es el país de Cuba, en un estudio realizado por el Dr. J. Mc. Cook, se encontró que el 64.7% de los diabéticos encuestados demostraron no tener conocimiento acerca de su enfermedad.¹⁶

Otros estudios muestran las acciones de auto cuidado que lleva el paciente diabético para tener buen control. Estas acciones se refieren a su responsabilidad con respecto a la condición de ser diabético, a los efectos de la enfermedad, al tratamiento y sus efectos, y a cambios de hábitos y actitudes. Para llevar a cabo las acciones de auto cuidado, el diabético necesita desarrollar capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional y motivacional, y de orientación. Estas mismas capacidades cobran importancia vital cuando los pacientes manifiestan los efectos que la enfermedad trae a la totalidad de su vida.¹⁷

La mortalidad por diabetes ha mostrado un incremento durante las últimas décadas, ocupando en la actualidad el 3º lugar; la diabetes es la causa más importante de amputaciones de miembros inferiores y otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. En otros estudios realizados, se observó que el 9% de enfermos estudiados eran casados y con información deficiente de la enfermedad.¹⁸

La promoción de la salud es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral. Por tanto, el auto cuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral. Se relaciona con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser; a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales; es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones, debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal, como es el sistema social y el sistema de salud; es una práctica que implica cierto grado de

conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interpersonales.

No obstante, en ocasiones podría considerarse que la educación en salud o en la promoción es costosa o que es necesario priorizar otras líneas de acción para afrontar el problema, sin tener en cuenta que mucho más alto es el costo de la ignorancia.

Consideramos de gran utilidad, identificar el nivel de conocimientos de los usuarios diabéticos sobre su autocuidado y en base a ellos retomar los programas educativos existentes para este grupo de usuarios, e implementar estrategias que incidan en beneficio de su estado de salud.

Por lo anterior el objetivo de este trabajo fue Identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su auto cuidado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio tipo encuesta descriptiva a los usuarios diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía en los turnos matutino y vespertino del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa, del 15 de agosto al 15 de octubre del 2005. El muestreo fue no probabilística a conveniencia incluyéndose a diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio.

Se excluyó a los usuarios en estado crítico (ventilador, inconscientes), adultos mayores con alguna secuela neurológica, usuarios que no aceptaron participar en la investigación, los diagnosticados por primera vez. Asimismo se eliminaron dos cuestionarios incompletos.

De acuerdo al instrumento utilizado se elaboró un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, el cual se obtuvo con un total de 16 reactivos, con cuatro preguntas por dimensión, como son: El ejercicio, Alimentación, Cuidados de los pies y Tratamiento farmacológico con una escala de medición ordinal (suficiente, 80 - 100% de aciertos; regular, 60 - 79% de aciertos; insuficiente, menos del 59% de aciertos). También se incluyó tiempo de evolución de la diabetes. Asimismo se contempló de quién se recibía la información. La validación del instrumento se realizó por la revisión de tres expertos en el área, dos médicos internistas y una enfermera en salud pública y culminó con la aplicación de una prueba piloto a 10 usuarios diabéticos que se encontraban en sala de espera del servicio de consulta externa de especialidades ajenos al servicio de estudio, aquí se tomó el tiempo de la entrega del primer y último cuestionario contestado, para sacar el tiempo medio de duración, el cual fue de 25 minutos.

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y derechos del usuario, respetando la decisión de participar en la investigación, se le proporcionó hoja de consentimiento informado para su aceptación.

En lo que respecta a tratamiento estadístico se realizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

De los 94 usuarios entrevistados el promedio de edad fue de 60 años de edad con una desviación estándar de ± 12.36 , en relación al género de los usuarios estudiado fue que el

56% son del sexo masculino y el 44% sexo femenino. Asimismo el grado de escolaridad fue primaria con un 48%.

CUADRO: 1 GÉNERO Y ESCOLARIDAD EN USUARIOS DIABÉTICOS DEL H.G.R. N° 1

GÉNERO	%
MASCULINO	56
FEMENINO	44
ESCOLARIDAD	
ANALFABETOS	25
PRIMARIA	48
SECUNDARIA	10
BACHILLERATO	8
TECNICO	4
PROFESIONAL	5
TOTAL	100 %

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

En relación al tipo de diabetes el 98% correspondió a diabetes tipo 2 y el tiempo de evolución de la diabetes correspondió al grupo de más de 10 años con un 48%.

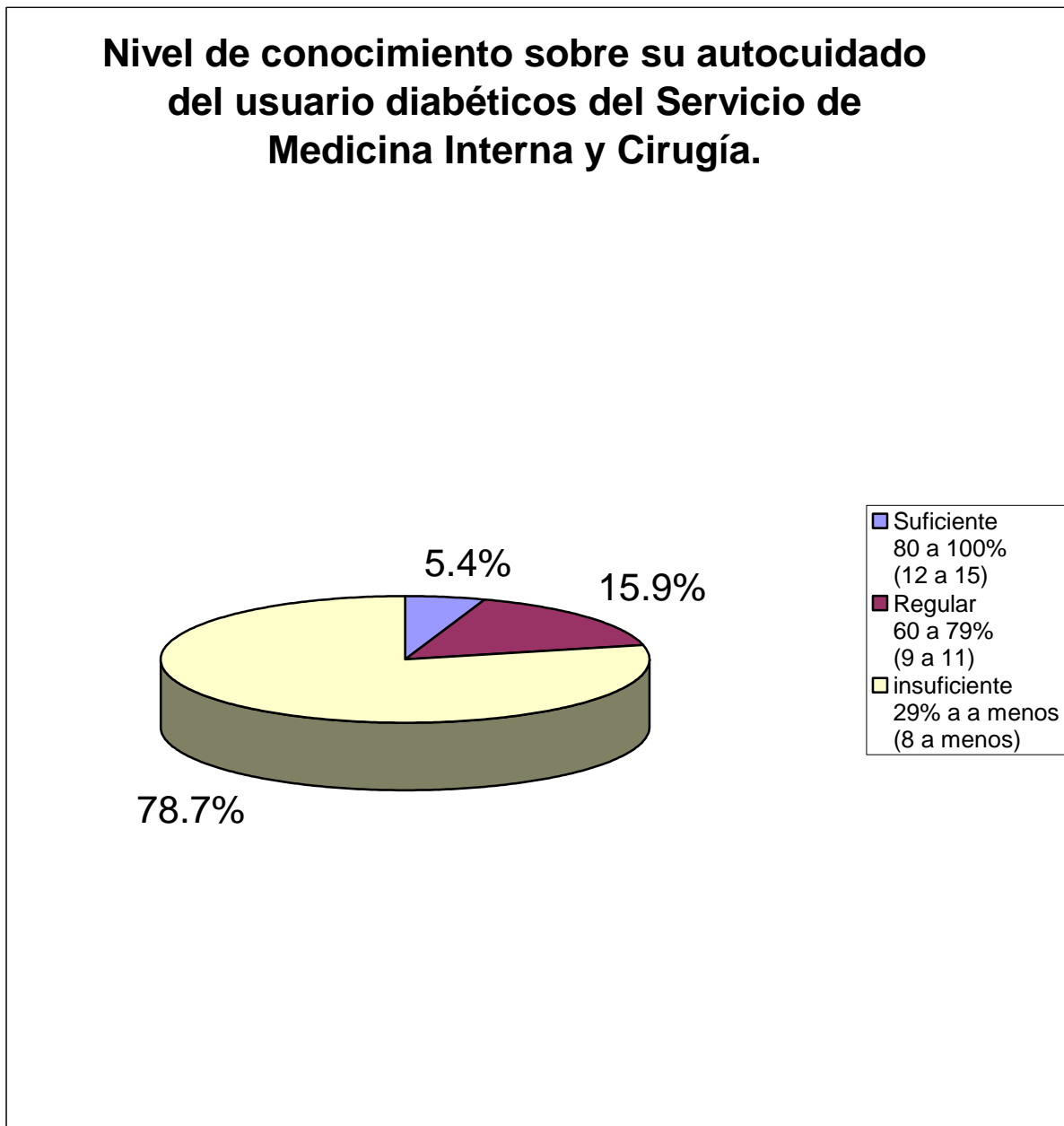
CUADRO: 2 TIPO Y TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS USUARIOS CON DIABETES MELLITUS DEL H.G.R. N°1

TIPO DE DIABETES	%
DIABETES 1	2
DIABETES 2	98
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DIABETES	
< DE 1 AÑO	14
2 A 5 AÑOS	13
6 A 10 AÑOS	25
MAS DE 10 AÑOS	48
TOTAL	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

De acuerdo al nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado fue insuficiente con un 78.7 %, Véase **Gráfica nº 1**.

GRÁFICA Nº. 1

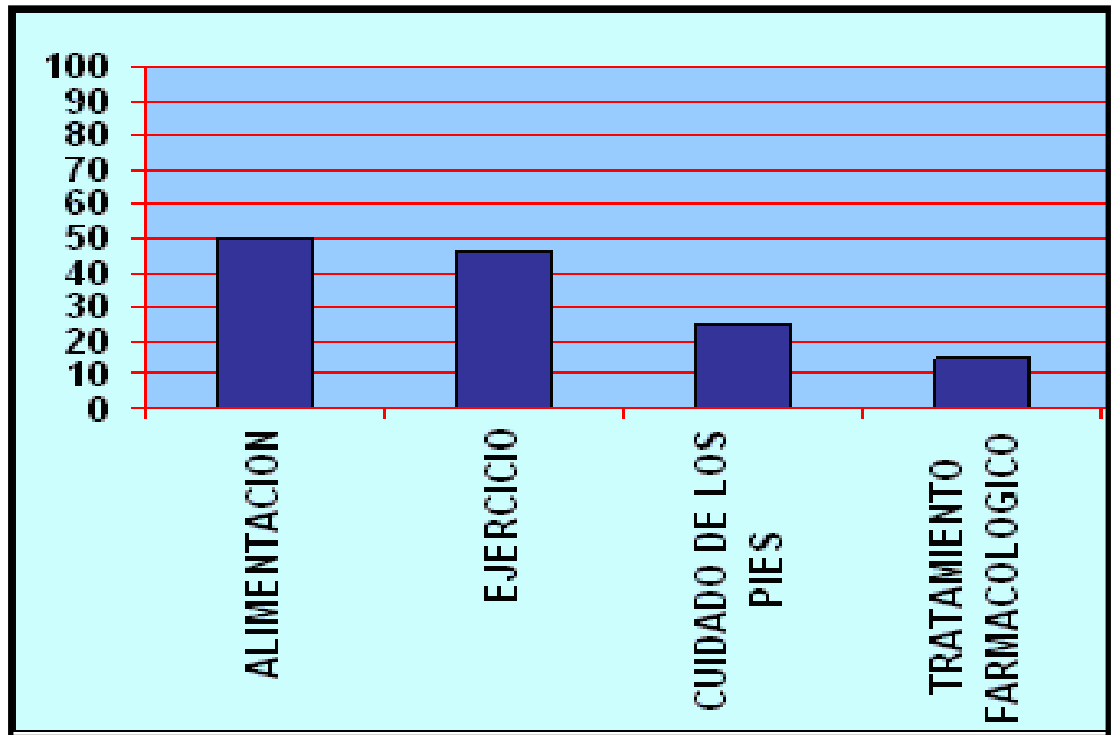


FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

En las variables estudiadas de nivel de conocimiento sobre autocuidado se encontró insuficiente en un 85% el tratamiento farmacológico, el 75 % cuidados de los pies, el 54 % el ejercicio y 50% alimentación. **Gráfica nº 2.**

GRÁFICA Nº. 2

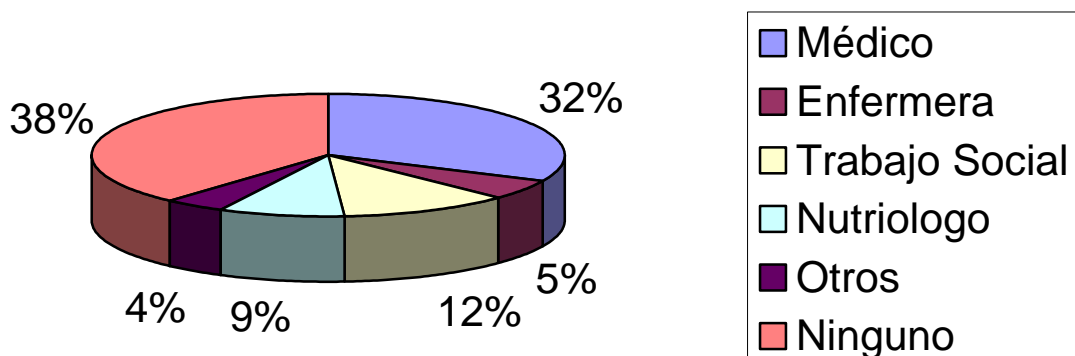
CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN USUARIOS DIABÉTICOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA



Al preguntarle a los usuarios sobre quién les proporcionó orientación sobre autocuidado refirieron el 38% que nadie le dio información, el 32 % el médico y el 5 % el personal de enfermería. **Gráfica nº 3**

GRÁFICA Nº. 3

Personal de salud que da información sobre autocuidado.



FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

DISCUSIÓN

La población participante de este estudio fue relativamente en la edad adulto mayor por lo que se le atribuye un grupo vulnerable a las enfermedades crónico degenerativas.

Referente al nivel de conocimientos sobre su autocuidado fue insuficiente, lo que se atribuye al grado de escolaridad que osciló primaria y un alto porcentaje analfabeta. Predominó la diabetes tipo 2 en el 98%, referente al tiempo de evolución del padecimiento se encontró que

existe predominio con más de 10 años de evolución. Llama la atención que de los usuarios entrevistados una gran parte tiene conocimiento suficiente sobre ejercicio y en alimentación el porcentaje es bajo.

El nivel de conocimiento de autocuidado fue insuficiente, con 79%, lo cual es similar a los resultados obtenidos en el estudio realizado por el Dr. Mac. Cook en Cuba.

No se encontró relación con el tiempo de evolución y el nivel de conocimientos sobre autocuidado, ya que existe un 49% de los usuarios que tienen 11 años hasta 40 años de evolución y su nivel de conocimiento fue insuficiente.

Un estudio realizado por la Secretaría de Salud en el año 2000 sobre el apego al tratamiento reporta un 25% a 40%, comparándolo con los resultados obtenidos de este estudio se observó que el desinterés por el apego al tratamiento se elevó a un 85%.

El insuficiente conocimiento de autocuidado que reflejaron los usuarios es por falta de información de parte del equipo de salud, ya que en un 38% refieren no haber recibido información sobre su patología.

De los pacientes que reciben información, llama la atención que aunque ha recibido información por parte del médico presentan un insuficiente nivel de conocimiento.

La educación para la salud es la forma más frecuente de intervención profesional de las enfermeras con el paciente diabético, pero no es la efectiva para influir positivamente sobre la adherencia al tratamiento, siendo esto similar a los resultados obtenidos en nuestro estudio de investigación; en el cual la enfermera obtuvo el menor porcentaje del personal que informa al usuario diabético sobre su auto cuidado.

El tiempo de evolución no influyó en el nivel de conocimiento sobre autocuidado. La educación para el cuidado de la salud debe de ser un proceso continuo en el que no existan oportunidades perdidas y se aproveche cada contacto con los servicios de salud para dar información útil al usuario diabético o bien programar su asistencia a sesiones educativas, en las que el aprendizaje y aplicación del conocimiento adquirido estarán determinados por la calidad de la información y comunicación que se establezca. Además se sugiere continuar realizando trabajos de investigación con estudios longitudinales prospectivos para tener mejor evidencia de la relación entre el nivel de conocimientos y el tiempo de evolución, nivel de escolaridad de la población de pacientes diabéticos.

RECOMENDACIONES

- Programar acciones de educación para la salud donde se incluya la promoción de autocuidado, que nos permita incidir en el nivel de conocimiento del usuario diabético para evitar o disminuir complicaciones, estancia hospitalaria y costos elevados a la institución, pero principalmente mejorar calidad de vida del usuario.
- Fomentar la corresponsabilidad del usuario diabético en conocer y poner en práctica el autocuidado de su salud.
- Que el equipo de salud se involucre en el programa de apoyo al usuario diabético, realizando acciones permanentes en su difusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán-Perez, Cruz-Cauich, Parra-Jiménez, Manzano-Osorio, Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabético tipo 2 que asisten a sesiones educativas: Rev. Enfermer IMSS 2005; 13 (1): 9-13
2. Tomey-Marriner; Raile-Alligood; Modelos y teorías de enfermería Barcelona, España: 4º Edición; 1998-55-56.
3. Latorre-Postigo, M, Ciencias psicosociales aplicadas, Edición síntesis, Madrid.
4. Extraído de <http://bvs.Sld.cu/instituciones/vats/vatRTV/rtv0697.htm> Dra. Rosario García y Dr. Rolando Suárez. Instituto Nacional de Endocrinología.
5. Extraído de <http://perso.wanadoo.es/aniortenic/apunt/enfermer2.htm>
6. Orem: De Nursing concepts of practice. 5th ed.. St. Louis:MO Mosby; 1995.
7. Bartol-Tom; Muestre a su paciente diabético como puede autocuidado; Edición Española, Nursing 2002, volumen 20-7.
8. García- Parra M, Reyes-Morales H, Gordiño-Espinaza J, Fajardo-Gutiérrez A, Martínez-García C. La calidad de vida en el paciente diabético tipo 2 y factores relacionados. Rev. Medica IMSS 1995,33:293-298.
9. Gálvez – A, Concepción sobre la persona, la salud el entorno y el cuidado, Edición Española, Nursing 2003, volumen 21-4.
10. Secretaría de Salud. Programa de acción: Diabetes Mellitus, primera edición 2001-11-22.
11. Secretaria de Salud NOM-015-SSA2-1994. para la prevención tratamiento y control de la diabetes.
12. Díaz L, Galán, Cuevas. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública México. 1993,35-165.
13. Contrato colectivo de trabajo: IMSS. 2001-2003, profesiograma, Pág. 96.
14. Secretaría de salud, Subsecretaría de innovación y calidad, Comisión interinstitucional de enfermería, CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS MEXICANAS, México D. F. marzo del 2001. 3-4.
15. Mendiola-Segura I, Martínez-De Jesús F. Morbilidad y Mortalidad Hospitalaria en la atención integral del diabético, Revista medica IMSS, 1996, 34-4: 303-308.
16. Estebez-M, Zacca, Mc Cook, Angiopatía periférica en la población senil. Revista Cubana Hig Epidemiol 1995; 33(1-2):31-7.
17. García- GR, Suárez-PR, Acosta F, Programa de Educación en Diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología en Cuba, asociación latinoamericana de Diabetes 1993; 83:111-115.
18. De Roos-g, La prevención del comportamiento de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud 1994, 28-2-223.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia