

Evaluación del nivel educativo del paciente diabético en la atención primaria de salud.

Evaluation of the educative level of the diabetic patient in primary health care.

Miladis Morales Estrada(1), Oscar Aragón Gómez(2), Serafín Noa Cordero(3), Marcos Noa Aria(2).

Resumen

Se realizó un estudio Observacional descriptivo transversal con los pacientes diabéticos perteneciente a la policlínica Área norte del municipio Ciego de Ávila con el objetivo de describir el nivel de conocimiento de estos sobre su enfermedad. Se conformó una muestra con el 30% de los pacientes dispensarizados hasta el 30 de Noviembre del 2005 que tuvieran entre 15 y 85 años y sin impedimentos físicos o mentales. Se concluyó que en esta área de salud más de la mitad de los pacientes tiene conocimientos generales calificados como regulares sobre su enfermedad. En acápites específicos se demostró que los conocimientos sobre dieta y cuidados generales del enfermo fueron buenos, no siendo así en lo relativo a ejercicios físicos y pruebas de control. Los diabéticos con mayor nivel de escolaridad y los de más de 10 años de evolución de su enfermedad mostraron tener mejores conocimientos que el resto.

Palabras clave: DIABETES MELLITUS/ educación.

1. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.
2. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er grado en Endocrinología. Profesor Instructor. Presidente del consejo científico Institucional.

Introducción

En las últimas décadas el control exitoso de un parte de las enfermedades infecciosas que durante siglos azotaron a la humanidad permitió, al menos, en los países más desarrollados, que el promedio de vida del hombre sobrepasara los 70 años. Esto hizo que las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles emergieran como el principal problema de salud en los últimos 20 años. Dentro de ellas la Diabetes Mellitus (DM) es sin duda uno de los problemas de salud más difundidos en el mundo actual donde existen alrededor de 100 millones de diabéticos diagnosticados y es probable que esta cifra aumente hasta llegar a los 230 millones (1).

En España por ejemplo, la incidencia de la DM tipo 1 es de 11-15 casos por cada 100 000 habitantes/años, la prevalencia es de 0.3% de la población general y para la diabetes tipo 2 es de 6-9 % aunque se estima que la proporción de casos desconocidos puede llegar a 50%, lo que haría elevar la prevalencia total de diabetes a 2.1 millones de habitantes (2). Por su parte en los Estados Unidos la DM ocupa el cuarto lugar entre los motivos de consulta médica y constituye una causa importante de incapacidad y mortalidad prematura, en el caso de la diabetes tipo1 la prevalencia es del 0.30% y en le tipo2 es del 3-5%2.

En Cuba con el desarrollo alcanzado por la salud pública esta situación tiene un comportamiento muy similar al de los países industrializados siendo la prevalencia total de 23.6 x 100 000 habitantes en el año 2000, la de la provincia Ciego de Ávila fue de 17.8 x 100 000 habitantes en ese mismo año, una cifra no muy alejada de la media nacional y continuando su comportamiento en la actualidad de igual forma (3,4).

Toda esta situación se ha traducido en un incremento impresionante de los costos de la asistencia médica por esta enfermedad, que, dependiendo del país, se le atribuye de 40-50 % a los costos directos y el restante 50-60 % los indirectos (4). Estudios realizados en Cuba han demostrado que para la DM se destina el 10% del presupuesto nacional asignado al Ministerio de Salud Pública, la mayor parte de este dinero se gasta en el tratamiento de la enfermedad y de las complicaciones de esta, que dañan corazón, riñones, ojos y sistema nervioso (5).

Los resultados del estudio sobre control y complicaciones de la diabetes realizado en 1993 en Estados Unidos y Canadá demostró por primera vez en forma plena y científica que las complicaciones de la DM guardan relación directa con el control deficiente de la glucemia y que los elementos fundamentales de la atención de los diabéticos para evitar estas complicaciones deben incluir además de la regulación estricta de la glucosa sanguínea, la educación sobre la enfermedad, la participación del enfermo en la atención y cuidado de su enfermedad, así como contacto regular y apoyo de parte del personal médico que lo atiende (6, 7).

Los conocimientos del enfermo y su familia se han convertido en la piedra angular del tratamiento del diabético, es él quien debe realizar su autocontrol diario, solo él puede responsabilizarse de lo que come, cuando y como lo come, y esta conducta responsable no tiene día de asueto. De ahí que a pesar de todos los avances terapéuticos el mayor desafío en el control de la diabetes sea la poca adhesión del paciente a los requerimientos del tratamiento (8).

Teniendo en cuenta la situación económica que atraviesa nuestro país en estos momentos y las limitaciones financieras existente creemos que una correcta educación del paciente diabético contribuiría a una reducción importante en los gastos de esta enfermedad, sin embargo, los estudios realizados con anterioridad han demostrado que existen deficiencias en la educación diabetológica y esto se le añade en nuestra provincia a no contar aún con un Centro de Atención al Diabético lo cual nos motivó a realizar un diagnóstico del conocimiento sobre este tema describiendo el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos sobre su enfermedad, precisar el grado de conocimiento de estos paciente de los pilares fundamentales de tratamiento y determinar el comportamiento del nivel de conocimiento del enfermo de acuerdo a su edad, escolaridad y tiempo de evolución de su enfermedad.

Materiales y Metodo

Se realizó un estudio Observacional descriptivo transversal con los pacientes diabéticos pertenecientes a la policlínica área norte del municipio Ciego de Ávila. La muestra incluyó el 30 % del total de pacientes dispensarizados hasta el 30 de Noviembre del 2005 como diabéticos que no tuvieron según nuestro estudio criterios de exclusión, de forma aleatoria se escogieron los consultorios del médico de la familia perteneciente a dicho policlínico hasta completar el total de la muestra.

A los pacientes seleccionados se les aplicó una encuesta de conocimiento (anexo 1) previamente confeccionada y validada. Se creó una clave de calificación para cada ítem y para el examen general (anexo 2) otorgándose calificación de deficiente a los que no alcanzaron el 50% de la puntuación, los que alcanzaron entre 55 y 65 regular y los de mayor de 65 puntos bien.

Los ítems del cuestionario se agruparon en dieta, ejercicio físico, cuidados de los pies, pruebas de control y cuidados generales, además se recogió la edad, nivel de escolaridad y tiempo de evolución de la enfermedad. Los resultados se ofrecen en tablas de distribución de frecuencia utilizando el por ciento como medida de resumen de la información.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes mayores de 85 años.
- Enfermos con impedimentos físicos o mentales que requieran atención directa por parte de otra persona.
- No voluntariedad a responder el cuestionario.

Análisis y Discusión de los Resultados

Nuestro estudio incluyó a 300 pacientes, de ellos 180 mujeres y 120 hombres para un 60% y 40% respectivamente, el mayor número de enfermos se encuentra por encima de los 50 años lo cual se comporta de manera similar en los estudios publicados (9, 10).

En la tabla 1 se muestra el nivel de conocimiento de los pacientes estudiados acerca de la dieta, destacándose que el 61.4% enfermos tenían un buen nivel de conocimientos, aspecto este de vital importancia para lograr un mejor control metabólico y solamente 15.6% mostró insuficiente educación al respecto, esto contrasta con lo expresado por otros autores (11-13), que señalan que menos del 40% de los pacientes poseen conocimiento adecuado sobre la dieta, dentro de este ítems el error más frecuente ocurrió en la lista de intercambio de alimentos, lo cual ha sido abordado de manera similar

en estudios anteriores donde los enfermos han opinado que el intercambio de alimentos es engorroso, difícil de enseñar y de aprender.

En la tabla 2 se destaca que el 61.3% de los pacientes estudiados demostró poseer conocimientos regulares sobre la actividad física como pilar del tratamiento, la pregunta que más dificultad denoto fue la que precisaba la conducta a seguir por el diabético antes de realizar un esfuerzo físico no acostumbrado, pensamos que esta situación obedezca al hecho de que la mayor parte de los pacientes encuestados sobrepasan los 50 años y como se conoce existe tendencia a limitar y restar importancia a la actividad física a medida que avanza la edad (13, 14).

En la tabla 3 se observa que el 53.7% de los encuestados demostró tener conocimientos adecuados sobre el cuidado de los pies, esto contrasta con estudios previos en Cuba que revelan más de un 50% de pacientes con desconocimiento acerca de los cuidados de los pies (15, 16, 17, 18), lo que demuestra que en esta área se ha trabajado en este aspecto de la educación diabetológica.

De los pacientes encuestados el 46% posee conocimientos regulares sobre las pruebas de autocontrol, comportamiento similar tienen otros estudios en nuestro país que en grupos específicos de población han mostrado que más del 50% de los diabéticos no realizan correctamente la técnica para determinar la presencia de glucosa en orina argumentando que es engorrosa y poco útil como se puede observar en la tabla 4 (19, 20).

La tabla 5 evidencia que la mayor parte de los diabéticos tienen conocimientos adecuados sobre los cuidados generales a cerca de la enfermedad y en especial en la conducta a seguir ante una hipoglucemia, aunque se evidenciaron dificultades en la frecuencia con que deben asistir al estomatólogo, un tema no bien abordado en la literatura nacional, pero sobre lo cual se han hecho referencias en otros estudios (9, 14, 15, 21, 22).

Al computar las calificaciones generales del examen obtuvimos que el 61.7% de los encuestados demostró tener conocimientos regulares sobre el manejo de su enfermedad con las mayores dificultades en los ítems que evaluaban los conocimientos sobre ejercicio físico y pruebas de autocontrol como se observa en la tabla 6, esto corrobora los estudios anteriores dentro y fuera de nuestro país que indican deficiencias en la educación diabetológica (8, 14, 19) que al corregirse repercuten favorablemente en el control metabólico del enfermo.

En la tabla 7 se evidencia que los pacientes con mayor escolaridad lógicamente mostraron mejores niveles de conocimientos, también se destaca el hecho de que en nuestra muestra predomino el nivel primario y secundario de escolaridad (130 y 70 pacientes respectivamente) y en ambos grupos el nivel de conocimiento fue regular, en nuestra opinión esto obedece a que el mayor número de pacientes encuestados tenía edades superiores a los 50 años. Esta situación coincide con los estudios previos realizados en Cuba (3, 10, 12, 19, 23).

Como se aprecia en la tabla 8 los diabéticos con menos de 10 años de evolución de la enfermedad mostraron conocimientos regulares lo que denota pobre preocupación por la adquisición de información en los primeros años de padecer la enfermedad y tal como refieren algunos autores el diabético comienza a preocuparse cuando aparecen las primeras complicaciones (24, 25).

Como colofón de este trabajo se puede concluir que en nuestra área de salud más de la mitad de los pacientes diabéticos tienen conocimientos generales calificados como regulares sobre el manejo de su enfermedad, que la mayoría de nuestros diabéticos tiene buen nivel de conocimiento sobre la dieta y cuidados generales del enfermo, no siendo así en lo relativo a ejercicio físico y pruebas de control, que los pacientes con mayor escolaridad mostraron buenos niveles de conocimiento y que los diabéticos con menos de 10 años de evolución es calificado como regular el nivel de conocimiento sobre su enfermedad.

Abstract

A descriptive observational cross-sectional study of the diabetic patients belonging to the Northern area Polyclinic of the municipality of Ciego de Avila was conducted, aiming at describing the level of knowledge on the disease. The sample enrolled the (30%) of dispensed pts until November 30th, 2005, in ages between 15 and 85 years and without physical or mental disabilities. We concluded that in this Health area more than half of the pts have comprehensive knowledge classed as fair on the disease. It was demonstrated that their knowledge on diet and general care of the sick were good, different from

that related to physical exercises and control tests. Those diabetic pts with higher educational level showed to have better knowledge than the rest.

Referencias Bibliograficas

1. Herrera Pombo JL. La Diabetes a debate (editorial). Av Méd. 2001;583: 7.
2. Shervien RS. Diabetes Mellitus. En: Bennett JC, Plum F. Tratado de Medicina Interna de Cecil 20 ed. VII. México: McGraw-Hill interamericana; 1998. p.1499-73.
3. Pender S. Planning an information day for people with diabetes. Nurs Time. 2005 Aug; 101(31):34-6.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2000.
5. Hart W, Collazo M. Costos del diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en diferentes países del mundo. Rev Cubana Endocrinol. 1998; 9(3):212-20.
6. Quirantes A, López L, Curbelo V, Montano JA, Machado P. La calidad de la vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(1):50-6.
7. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of an intensive treatment of DM on the development and progression of long-term complication in insulin dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993; 329:977.
8. García R, Suárez R. La educación al paciente diabético. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992:7.
9. García R, Suárez R, Peralta R. Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la tercera edad. Rev Cubana Endocrinol. 1996;7(1):15-25.
10. Golay A, Lager G, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A. Therapeutic education of the diabetes patient. Rev Med Liege. 2005 May-jun; 60(5-6):599-603.
11. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care. 2003; 26(Supplement1):533-550.
12. de Fine Olivarius N, Palmving B, Andreassen AH, Thorgersen JT, Hundrup C. An educational model for improving diet counseling in primary care a case study of the creative use of doctors' own diet, their attitudes to it and to nutritional counseling of their patients with diabetes. Patient Educ Couns. 2005 Aug; 58(2):199-202.
13. Hamdy O, Godyear LJ, Horton ES. Diet and exercise in type 2 diabetes mellitus. Endocrinol Metab Clin North Am. 2001; 30(4):883-907.
14. Pigman HT, Gam DX, Krausel-Wood MA. Role of exercise for type 2 diabetes patient management. South Med J. 2002; 95(1):72-7.
15. Figueredo de Armas DM, Mateo A, Álvarez HT. Conocimiento de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. Rev Cubana Angiol Vasc. 2000;1(1):80-4.
16. Suárez R, García R, Álvarez R, Edreira J. Conocimiento, destreza y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados diabéticos. Rev Cubana Endocrinol. 2001;12(2):93-104.
17. Chauchard MC, Cousty-Pech F, Martini J, Hanaire-Broutin H. Diabetic foot. Rev Prat 2001; 51(16):1788-99.
18. Anderson-Loftin W, Barnett S, Bunn P, Sullivan P, Hussey J, Tarakolii A. Soul food light: Culturally competent diabetes education. Diabetes Educ. 2005 jul-aug; 31(4):555-63.
19. Navarro D. Factores relacionados con la glucosuria como método de control para la diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr. 1995; 11(2):139-43.
20. Freyens A, Brendel F, Maassen CH, Cogniaux S, Giet D. Multidisciplinary educational health programme for type 2 diabetes patients in primary care. Rev Med Liege. 2005 may-jun; 60(5-6):604-11.
21. American Diabetes Association Task Force for Writing Nutrition. Principles and Recommendations for the Management of Diabetes and Related Complications. American Diabetes Association position statement: evidence-based. Nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. J Am Diet Assoc. 2002;102(1):109-18.
22. Stewart JE, Wager KA, Friedlander AH, Zadeh HH. The effect of periodontal treatment on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. J Clin Periodontol. 2001;28(4):306-10.

23. Taiwo JO. Oral health education needs of diabetes patients in Ibadan. Afr J Med Sci. 2000; 29(3-4):269-74.
24. Sasaki H. Clinical care and education for patients with diabetes polyneuropathy. Nippon Rinsho. 2005 Jun; 63 suppl 6:634-9.
25. Gerber BS, Brodsky IG, Lawless KA, Smolin LI, Arozullah AM, Smith EV, Berbaum ML, Heckerling PS, Eiser AR. Implementation and evaluation of a low-literacy diabetes education computer multimedia application. Diabetes Care. 2005 Jul; 28(7):1574-80.

Anexos

Tabla 1: Nivel de conocimiento acerca de la dieta.

Resultados	No. De casos (N=300)	%
Bueno	184	61.4
Regular	69	23.0
Insuficiente	47	15.6
Total	300	100

Fuente: Encuesta

Tabla 2: Conocimiento sobre ejercicio físico.

Resultados	No. De casos (N=300)	%
Bueno	92	30.7
Regular	184	61.3
Insuficiente	24	8.0
Total	300	100

Fuente: Encuesta

Tabla 3: Conocimiento sobre cuidados del pie diabéticos.

Resultados	No. De casos (N=300)	%
Bueno	161	53.7
Regular	115	38.3
Insuficiente	24	8.0
Total	300	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 4: Conocimiento sobre pruebas de control.

Resultados	No. De casos (N=300)	%
Bueno	192	30.7
Regular	138	46.0
Insuficiente	70	23.3
Total	300	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 5: Conocimiento sobre cuidados generales.

Resultados	No. De casos (N=300)	%
Bueno	162	54.0
Regular	115	38.4
Insuficiente	23	7.6
Total	300	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 6: Nivel de conocimiento del paciente diabético.

Resultados	No. De casos (N=300)	%
Bueno	92	30.6
Regular	182	61.7
Insuficiente	23	7.7
Total	300	100

Fuente: Encuesta

Tabla 7: Comportamiento del nivel de conocimiento según escolaridad.

Nivel de conocimiento	Escolaridad							
	Primaria	%	Secundaria	%	Preuniversit	%	Universit	%
Bueno	0	0	14	20	73	76.8	5	100
Regular	112	86.2	52	74.3	21	22.2	0	0
Insuficiente	18	13.8	4	5.7	1	1	0	0
Total	130	100	70	100	95	100	5	100

Fuente: Encuesta

Tabla 8: Comportamiento del nivel de conocimiento según grupo de edades.

Nivel de conocimiento	Escolaridad							
	15029	%	30049	%	50069	%	70 y más	%
Bueno	2	20	39	67.2	31	21.8	20	22.2
Regular	8	80	19	32.8	89	62.2	69	76.7
Insuficiente	0	0	0	0	22	15.2	1	1.1
Total	10	100	58	100	142	100	90	100

Fuente: Encuesta

Questionario**I.- EDAD (años).**

- 1.- _____ 15 - 29
- 2.- _____ 30 - 49
- 3.- _____ 50 - 69
- 4.- _____ 70 - Mas.

II.- SEXO.

- 1.- _____ Masculino
- 2.- _____ Femenino

III.- TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

- 1.- _____ 0 - 4 Años
- 2.- _____ 5 - 9 Años
- 3.- _____ 10 - 14 Años
- 4.- _____ 20 Y Mas

IV.- ESCOLARIDAD.

- 1.- _____ Primaria
- 2.- _____ Secundaria
- 3.- _____ Preuniversitaria
- 4.- _____ Universitaria

1.- SOBRE LA DIETA RESPONDA.**1.1.- Forma parte del tratamiento:**

- 1.- _____ Si
- 2.- _____ No

3.- No se

1.2- La dieta del diabético requiere:

1.- Hacer una sola comida.

2.- Hacer varias comidas al día.

3.- Comer cuando tiene deseos

4.- No se

1.3- Cuando la dietista dice que usted tiene una dieta de 1800 calorías significa que:

1.- Usted come 1800 calorías en desayuno.

2.- Usted come 1800 calorías en cada comida.

3.- Usted reparte las calorías entre todas las comidas.

4.- No sé.

1.4- Cuando va a sustituir un alimento por otro:

1.- Debe ayudarse con la lista de intercambio.

2.- Solo tendrá en cuenta lo que más le guste.

3.- Solo buscare el alimento que más le llene.

4.- No se

2.- SOBRE EL EJERCICIO FISICO RESPONDA.

2.1- Usted debe realizar el ejercicio físico:

1.- Una vez por semana.

2.- Tres veces por semana.

3.- Una vez al mes.

4.- No sé.

2.2.- Cuando el diabético va a realizar un ejercicio físico no acostumbrado:

1.- Comerá algo antes de realizarlo.

2.- Comerá menos durante el día.

3.- Suspenderá las tabletas o insulina.

4.- No sé.

2.3.- El ejercicio físico sistemático o los paseos a pie:

1.- Son beneficiosos al diabético compensado.

2.- son dañinos al diabético compensado.

3.- no repercuten en el control.

4.- No sé.

3.- SOBRE EL CUIDADO DE LOS PIES.

3.1.- Sus pies deben ser examinados:

1.- Diariamente.

2.- Cada 15 días.

3.- Una vez al mes.

4.- No sé.

3.2.- Sus pies necesitan cuidados especiales porque:

1.- Los pies planos son frecuentes en el diabético.

2.- La enfermedad produce muchos callos en los pies.

3.- La enfermedad afecta la circulación de los pies.

4.- No sé.

3.3.- Lo mejor para el cuidado de los pies es:

1.- Cortarse uñas y callos todos los días.

2.- Untarse yodo para destruir las callosidades.

3.- Cortar las uñas rectas periódicamente y no usar sustancias irritantes.

4.- No sé.

4.- SOBRE LAS PRUEBAS DE CONTROL DIGA.

4.1.- La prueba para medir azúcar en orina (benedict) se realiza con:1.- _____ 5 cc de reactivo y 8 gotas de orina.

2.- _____ 1cc de reactivo y 5 gotas de orina.

3.- _____ 8 cc de reactivo y 5 gotas de orina.

4.- _____ No sé.

4.2.- El color anaranjado del benedict significa que:

1.- _____ El reactivo esta vencido.

2.- _____ No hay glucosa en orina.

3.- _____ Hay glucosa en orina.

4.- _____ No sé.

4.3.- El benedict debe hacerse:

1.- _____ En cualquier momento del día.

2.- _____ Después de las comidas principales.

3.- _____ Antes de las comidas principales.

4.- _____ No sé.

5.- CUIDADOS GENERALES.

5.1.- Los síntomas que hacen sospechar una hipoglucemia son:

1.- _____ Náuseas, vómitos y fiebre.

2.- _____ Temblores, sudoración y fatiga.

3.- _____ Calambres y dolores en las piernas.

4.- _____ No sé.

5.2.- Si usted tiene síntomas de hipoglucemia lo primero que debe hacer es:

1.- _____ Ir al médico.

2.- _____ Tomar una bebida azucarada.

3.- _____ Acostarse y arroparse.

4.- _____ No sé.

5.3.- El paciente diabético debe:

1.- _____ Evitar ir al estomatólogo pues puede complicarse.

2.- _____ Acudir al estomatólogo cada 6 meses.

3.- _____ Ir al estomatólogo solo cuando tiene una pieza en mal estado.

4.- _____ No sé.

ANEXO 2

Clave para calificación de preguntas.

Items 1 Dieta.

Pregunta 1.1

Correcto: 1-----10 puntos

Resto: ----- 0 puntos

Pregunta 1.3

Correcto: 3-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Total de Puntos: 20 -25 ----- Bien

15 -----Regular

10 -----Deficiente

Pregunta 1.2

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 1.4

Correcto: 1-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Items 2 Ejercicio.

Pregunta 2.1

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 2.3

Correcto: 1-----5 puntos

Pregunta 2.2

Correcto: 1-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Total de Puntos: 15-----Bien

10-----Regular

Resto: -----0 puntos

5-----Deficiente

Items 3 Cuidados de los pies.

Pregunta 3.1

Correcto: 1-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 3.3

Correcto: 3-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Items 4 Pruebas de control.

Pregunta 4.1

Correcto: 3-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 4.3

Correcto: 3-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Items 5 Cuidados Generales.

Pregunta 5.1

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 5.3

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 3.2

Correcto: 3-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Total de Puntos: 15-----Bien

10-----Regular

5-----Deficiente

Pregunta 4.2

Correcto: 3-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Total de Puntos: 15-----Bien

10-----Regular

5-----Deficiente

Pregunta 5.2

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Total de Puntos: 15-----Bien

10-----Regular

5-----Deficiente

CALIFICACIÓN FINAL DEL EXAMEN.

Items	Bien	Regular	Deficiente
Dieta	25	15	10
Ejercicio	15	10	5
Cuidados de pies	15	10	5
Pruebas de control	15	10	5
Cuidados generales	15	10	5
Total	85	55	30

TOTAL: 70 – 85 -- ----- Bien

55 – 65 -----Regular

50 o menos ----Deficiente