

Maestría de Salud Pública

Área de concentración ciencias sociales y del comportamiento

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, Morelos

2012

Proyecto terminal profesional

**INTERVENCIÓN PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PERSONAS CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ALTAVISTA, CUERNAVACA, MORELOS.**

Presentado por

**Carlos Oscar Velázquez Paredes**

Directora de proyecto de grado

**Dra. María Beatriz Duarte Gómez**

Asesores de proyecto de grado

**Mtra. Luz Angélica de la Sierra de la Vega**

**Mtro. Santiago Andrés Henao Morán**

## Contenido

<a href="#">Introducción</a> .....	3
<a href="#">Antecedentes</a> .....	6
<a href="#">Objetivos</a> .....	7
<a href="#">Objetivo general:</a> .....	7
<a href="#">Objetivos específicos:</a> .....	7
<a href="#">Marco conceptual</a> .....	8
<a href="#">Metodología</a> .....	12
<a href="#">Fase 1.- Diagnóstico</a> .....	13
<a href="#">Fase 2.- Ejecución de la intervención</a> .....	13
<a href="#">Fase 3- Evaluación del efecto de la intervención a mediano plazo (tres meses después)</a> .....	16
<a href="#">Resultados</a> .....	17
<a href="#">Primera fase:</a> .....	19
<a href="#">Conocimientos sobre la diabetes</a> .....	20
<a href="#">Actitudes</a> .....	22
<a href="#">Prácticas</a> .....	23
<a href="#">Segunda fase</a> .....	27
<a href="#">Taller de conocimientos</a> .....	27
<a href="#">Taller de actividad física</a> .....	29
<a href="#">Taller motivacional</a> .....	30
<a href="#">Tercera fase.</a> .....	32
<a href="#">Conocimientos</a> .....	32
<a href="#">Actitudes y percepciones</a> .....	36
<a href="#">Prácticas</a> .....	39
<a href="#">Discusión</a> .....	45
<a href="#">Limitaciones</a> .....	48
<a href="#">Bibliografía</a> .....	50
<a href="#">Anexos</a> .....	53

## Introducción

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud porque, además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas, alrededor de 20%.<sup>1</sup> La última encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) reportó que en México más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, y la prevalencia supera el 20% después de los 50 años de edad.<sup>2</sup> La diabetes es la causa más importante de amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, y la principal causa de ceguera, además de incrementar el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal.<sup>3</sup>

Las personas diabéticas deben recibir tratamiento durante toda su vida, por lo cual se debe tener una percepción adecuada de la enfermedad, del tratamiento y de la conducta de autocuidado, una baja percepción de salud, es uno de los determinantes de que se manifieste una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad.<sup>4</sup> En México sólo una pequeña fracción acude regularmente a los servicios de salud y de ésta entre 25 y 40% tienen un control metabólico adecuado de la enfermedad.<sup>5</sup>

Se estima que 50% de los/las pacientes presenta retinopatía después de 10 años y 80% a los 20 años de diagnóstico. El 35% de pacientes con diabetes tipo 1 desarrolla insuficiencia renal terminal después de 15 a 20 años de diagnóstico y 15% con diabetes tipo 2, después de 5 a 10 años.<sup>6</sup>

En los países desarrollados la adherencia al tratamiento es de 50% contra 25% en los países con menor desarrollo.<sup>7</sup> Por ello es necesario modificar las estrategias de control de esta enfermedad para incluir la alfabetización en diabetes, que genere cambios de estilos de vida como la realización de actividad física, la

alimentación de acuerdo a las características individuales de los/las pacientes, el control de peso y el auto-cuidado de la salud.<sup>8</sup>

Aunque las tasas de muerte por diabetes son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, ya que del año 2000 al 2004 la proporción de la mortalidad por diabetes y por enfermedades cardiovasculares se incrementó de 24.9 a 28.7% en los hombres y de 33.7 a 37.8% en las mujeres.<sup>9</sup>

En la actualización de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes (SSA-015-2010)<sup>10</sup> se definen las acciones preventivas a realizar por los sectores público, social y privado, así como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control. Su aplicación, conjuntamente con otras estrategias como el fomentar adecuados conocimientos, actitudes y prácticas, contribuirá a reducir la incidencia que actualmente se tiene registrada, evitar o retrasar las complicaciones propias de la diabetes y disminuir la mortalidad por ésta causa.

Las principales estrategias de control de la diabetes según la “Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas” son la detección de casos, la promoción de la actividad física, el control de peso basándose en la calidad alimenticia y el monitoreo de la calidad del tratamiento y de la adhesión al mismo.<sup>11</sup> Los resultados, sin embargo, dejan mucho que desear. Las cifras disponibles sobre cobertura efectiva del tratamiento de este padecimiento son inferiores a 40% en la gran mayoría de las entidades federativas, y la mortalidad, lejos de disminuir, se ha incrementado de 53 a 63 por 100 mil habitantes en los últimos cuatro años.<sup>12</sup>

Debido a la situación descrita, la Secretaría de Salud establece un abordaje integral, de carácter sistémico, que oriente al control de las causas del problema y que aborde los aspectos sustantivos para el control metabólico de la enfermedad, fortaleciendo la prevención primaria y teniendo como base el control de los factores de riesgo a saber: el factor heredofamiliar, la obesidad, la inactividad

física y el exceso de consumo de grasas de origen animal, principalmente. Si se controlan estos factores, la diabetes puede prevenirse o en su defecto retardar su aparición. La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia, lo que implica generar un proceso educativo para entender la enfermedad, los cambios significativos y focalizados en la conducta, evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad.<sup>13</sup> La meta es tener 45% de los pacientes diabéticos e hipertensos bajo control y conformar por lo menos un grupo de ayuda mutua por tipo de padecimiento por unidad pública de salud y consolidar la coordinación interinstitucional en materia de prevención, promoción y control del riesgo cardio-vascular y de la diabetes.<sup>14</sup>

## Antecedentes

Se realizó un diagnóstico integral de salud (DIS)<sup>15</sup> en el 2010 que permitió la caracterización de la comunidad de Altavista, en el cual, utilizando el método de Hanlon<sup>16</sup>, se priorizó el problema de la diabetes como uno de los más importantes de salud que enfrenta la comunidad.

El Centro de Salud de la localidad formó un club de diabéticos con 40 personas, quienes contaban con un espacio físico dentro de las instalaciones del centro de salud, en el cual se reunían periódicamente para recibir pláticas con respecto al autocuidado de su salud por parte del promotor de salud y la enfermera. Actualmente, el centro de salud no cuenta con un promotor de salud o alguna otra persona encargada que le de seguimiento al programa del club de diabéticos, lo que no permite tener un adecuado control del club y de las personas que pertenecen al mismo. El DIS mostró además, que en la población de Altavista existe poca percepción del riesgo de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, así como una mala percepción de la calidad del servicio que les ofrece el centro de salud, lo que dificulta aún más que se tenga un adecuado control glucémico.<sup>15</sup>

No hay estudios previos en la comunidad de Altavista que identifiquen los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPS) de las personas diabéticas, para ayudar a proponer intervenciones que permitan evitar o retrasar la aparición de complicaciones, aunque se ha escrito que adecuados conocimientos actitudes y prácticas contribuyen a reducir la incidencia, y a evitar o retrasar las complicaciones y a disminuir la mortalidad prematura por esta causa.<sup>17</sup>

## Objetivos

En este contexto se llevó a cabo el presente estudio que tuvo los siguientes objetivos:

### Objetivo general:

- Diseñar, implementar y evaluar una intervención para mejorar los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones de los pacientes con diabetes que acuden al centro de Salud de Altavista en Cuernavaca, Morelos.

### Objetivos específicos:

- Identificar y analizar la información con la que cuentan las personas con diabetes del centro de salud de AltaVista con respecto a su enfermedad.
- Identificar y analizar las actitudes de las personas con diabetes del centro de salud de Altavista con respecto a su enfermedad.
- Identificar y analizar las prácticas de las personas con diabetes del centro de salud de Altavista con respecto a su enfermedad.
- Identificar y analizar las percepciones de las personas con diabetes del centro de salud de Altavista con respecto a su enfermedad.
- Implementar y evaluar una intervención para mejorar los CAPS de los diabéticos del centro de salud de Altavista.

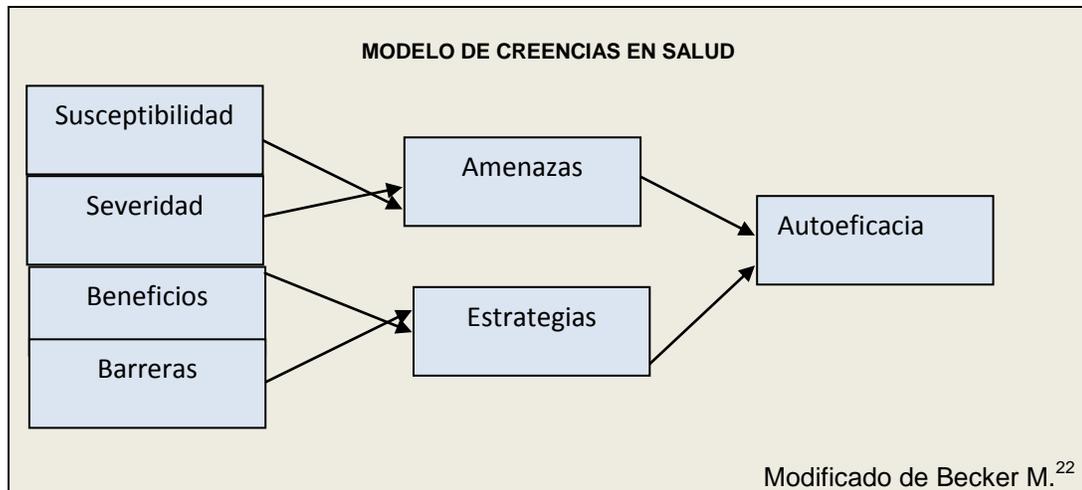
## Marco conceptual

La propuesta de intervención fue llevada a cabo desde la perspectiva de la promoción de la salud, la cual, como dice la carta de Ottawa (1986) consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.” La importancia de la promoción de la salud consiste en percibir a la salud como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, trata de persuadir, motivar, alentar y empoderar a la población a través de coaliciones entre distintos organismos públicos y privados para actuar sobre un bien común. Con ello se logrará el mejoramiento de la calidad de vida de la población, consiguiendo que la opción más saludable sea también la más factible para los responsables de la elaboración de los programas.<sup>18</sup>

El autocuidado consiste en todas aquellas acciones que las personas realizan para potenciar su salud y evitar daños. Se construye a partir de distintos elementos que contribuyen a que se estructuren hábitos a partir de dos ejes: I) acciones intencionales que efectúan las personas sin reflexión previa ni cuestionamientos y II) acciones deliberadas en las que la reflexión y la experiencia de vivencias significativas provocan la incorporación de pautas de autocuidado que no se tenían previamente. En ese sentido las acciones deliberadas se encuentran relacionadas con la pretensión normativa. Se acatan determinadas normas para evitar riesgos y consecuencias que afecten la salud.<sup>19</sup>

El modelo de comportamiento que se utilizó para la propuesta de intervención fue el Modelo de Creencias en Salud (MCS) ya que considera que dichos comportamientos son resultado de un conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Este modelo fue de utilidad para analizar las prácticas de autocuidado de la diabetes, debido a que hace énfasis en conductas relacionadas con la adhesión de tratamientos médicos, basados en la percepción y motivación de los individuos.<sup>20</sup>

De acuerdo con Rosenstock, las dimensiones que conforman el MCS son la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas; los componentes básicos del MCS se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: el deseo de evitar la enfermedad y la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir las complicaciones.<sup>21</sup>



El MCS es de gran utilidad en el campo de la salud porque nos ayuda a explicar cómo las personas construyen o modifican su comportamiento, a entender mejor las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas, así como las características y dinámica del contexto en que ocurren.<sup>23</sup>

Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta, considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables.

El modelo refiere que las conductas saludables se dan en función de dos tipos de factores: por un lado, tenemos la percepción de amenazas contra la salud y por el otro, las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas.<sup>24</sup>

La percepción de amenaza se deriva de:

- Valores generales respecto a la salud. Se requiere, en primera instancia, que las personas consideren que poseer una buena “salud” es una característica prioritaria de las personas.
- Percepción de susceptibilidad. Se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de enfermar. En el caso de tener la enfermedad de la diabetes, correspondería a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad hacia las complicaciones derivadas de la enfermedad.
- Percepción de la severidad. Sentimientos acerca de qué tan serio puede ser el enfermar incluyendo consecuencias médicas, sociales y económicas, entre otras. Cabe hacer mención que la percepción de susceptibilidad y la percepción de severidad, en su conjunto, pueden etiquetarse como “percepción de amenaza”.<sup>23</sup>

Por otro lado, las características que le dan origen a las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza, tiene que ver con:

- Percepción de beneficios. Son las expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección para prevenir las complicaciones de la diabetes.
- Percepción de los costos de acción o barreras. Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre lo que implica (costos) el llevar a cabo una conducta preventiva y los beneficios que obtendrán por la emisión de ésta, si los beneficios superan los costos, entonces el comportamiento saludable estará en condiciones de presentarse.
- Creencia en la eficacia de los medios concretos. Se considera eficacia de los medios concretos a aquellas habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar a cabo determinada conducta y lograr su objetivo, considerándose estas habilidades como un disparador de acción.

En conjunto, la percepción de amenaza contra la salud y la creencia sobre la posibilidad de reducir la amenaza de complicaciones, favorecen la adopción de

determinados patrones de conducta, que serían conducentes a la conservación y mejoramiento de la salud, a la evitación de situaciones de riesgo y a la prevención de la enfermedad.

## Metodología

Se realizó una intervención educativa teniendo tres diferentes mediciones, 1) una medición de conocimientos, actitudes y prácticas, anterior al inicio de la intervención, 2) una medición de conocimientos al término de los talleres y 3) una medición sobre conocimientos, actitudes y prácticas tres meses después de la intervención.

La población de estudio fueron las 40 personas con diabetes tipo 2 inscritas en el programa “club de diabéticos” del centro de salud de Altavista, a quienes se les buscó en sus casas; se localizaron 24, de las cuales 18 fueron mujeres y 6 hombres. La intervención se realizó de noviembre del 2011 a febrero del 2012. Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados con la diabetes mellitus, el cual estuvo integrado de 32 ítems, 12 de conocimientos, 8 de actitudes y percepciones y 12 de prácticas (anexo 1).
- Guía de evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas del cuestionario (anexo 2).
- Guías de talleres sobre conocimientos, actividad física y motivación grupal (anexo 3).
- Cuestionario de evaluación de conocimientos antes y después del taller de conocimientos (Anexo 4).
- Cuestionario de evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas tres meses después de la intervención (anexo 5).

Todos los instrumentos fueron aprobados por la comisión de ética del Instituto Nacional de Salud Pública, incluyendo la carta de consentimiento informado.

La intervención se llevó a cabo en 3 fases:

## **Fase 1.- Diagnóstico**

Se elaboró, se probó y se ajustó el cuestionario sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAPS) y el cuestionario de evaluación, para estandarizar el contenido del cuestionario y homogenizar la calificación de las respuestas. Se presentó la propuesta a las autoridades del centro de salud para tener acceso a los expedientes de los pacientes con diabetes a las cuales se les aplicaría el cuestionario CAPS.

Se visitó casa por casa a cada uno de los pacientes con diabetes inscritos al centro de salud para el llenado del cuestionario y se lograron completar 24 cuestionarios sobre CAPS, cuyos resultados sirvieron como base para la intervención a realizar.

Se analizaron los resultados cuantitativos del cuestionario utilizando la ficha de evaluación del cuestionario, clasificando las respuestas en apropiadas e inapropiadas con una guía (Anexo 2) y utilizando el programa estadístico Stata v.11, obteniéndose estadísticas descriptivas. Para los datos cualitativos se analizó la información de las preguntas abiertas del cuestionario por medio de matrices de datos, con base a las variables: conocimientos, actitudes y prácticas.

Se diseñaron cartas personalizadas de invitación a los talleres y fueron entregadas personalmente hasta el domicilio de los pacientes con diabetes del centro de salud; las personas que no fueron localizadas en su domicilio fueron citados para que se les fueran entregadas en el centro de salud.

## **Fase 2.- Ejecución de la intervención**

Se realizaron 3 talleres con una duración de 2 hrs cada uno en las instalaciones de la subdelegación, localizadas junto al centro de salud. Los temas se seleccionaron con base en los resultados de la encuesta CAPS. Las dinámicas

fueron encaminadas a la construcción de conceptos que ellos mismos pudieran asimilar para llevarlos a la práctica, partiendo de los conocimientos con los que contaba el grupo al inicio de las actividades; posteriormente se fue combinando la información con la de un profesional de la salud, para construir un nuevo aprendizaje significativo.

### Taller #1 Conocimientos e información

Taller 1	Justificación	Objetivo general	Recursos
<b>Conocimientos e información</b>	33% de la población no sabía qué es la diabetes, 37% no conocía los factores de riesgo de la diabetes ni los factores de riesgo propios, 29% consideró que el medicamento le hacía daño.	Mejorar los conocimientos del grupo de diabéticos sobre la diabetes, sus factores de riesgo, las complicaciones y la importancia de llevar un tratamiento adecuado de la misma.	Médico experto en diabetes, psicólogo, imágenes, rotafolio sobre qué es la diabetes, factores de riesgo y complicaciones de la diabetes.

Al inicio de la sesión se les entregó un cuestionario de CAPS relacionados con la diabetes a manera de *pre-test*, posteriormente se realizó una presentación por parte de una médica experta en diabetes que dio a conocer información sobre los factores de riesgo (FR) y complicaciones de la enfermedad numerando los FR de manera entendible y fácil de recordar. A partir de la exposición antes mencionada, se enumeraron los FR y el grupo de diabéticos analizó individualmente cuales fueron los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos cada uno.

Posteriormente se hizo un grupo de discusión con base en lo observado en la exposición y se formó una balanza simbólica donde se pudieron mostrar algunos efectos secundarios de los medicamentos en comparación con los beneficios de llevar un tratamiento adecuado para evitar las complicaciones que se dijeron en la presentación, al finalizar el taller se aplicó el mismo cuestionario, cuyas respuestas se compararon con las del *pre-test* para observar los resultados de la intervención a corto plazo.

## Taller# 2 Prácticas

Taller 2	Justificación	Objetivo general	Recursos
Actividad física y ejercicio	62% de la población no realizaba por lo menos 30 minutos de alguna actividad física diariamente.	Implementar estrategias para la realización de actividad física con base en el grupo de apoyo.	Experto en educación física, cañón, papelógrafos, plumones, cronómetro.

Se realizó una plática por un experto en educación física, se preguntó a los asistentes sobre la actividad física que realizaban y el cómo la realizaban, se realizó una presentación sobre la importancia del realizar actividad física y se realizaron ejercicios apropiados para la población diabética y mayor de 60 años, grupo al que pertenece la mayoría del grupo intervenido. Se remarcó la idea de que el ejercicio y la actividad física deben hacerse diariamente y su importancia para la prevención de complicaciones de la diabetes. Al término se construyó un plan de ejercicio para que lo realizaran posteriormente.

## Taller 3 # Actitudes y percepciones

Taller 3	Justificación	Objetivo general	Recursos
Motivacional	50% se sentía deprimida, 33% se sentía en desventaja, discriminada, aislada o diferenciada por tener diabetes, con respecto a los que no tienen la enfermedad.	Aumentar la autoestima en el grupo de diabéticos por medio del fortalecimiento del grupo de apoyo.	Psicólogo, dípticos con información, Norma Oficial Mexicana de la Diabetes. Información sobre apoyos institucionales para personas adultas mayores, con discapacidad o en situación de pobreza.

Se invitó a las personas diabéticas y a sus familiares y amigos a una charla motivacional sobre el apoyo emocional, familiar e institucional como parte de un adecuado tratamiento contra complicaciones de la diabetes. Este taller se realizó conjuntamente con el grupo de adultas mayores que, con apoyo del INAPAM, realizan ejercicio en las instalaciones de la subdelegación, entre las cuales hay varias diabéticas.

Las dinámicas fueron de tipo vivencial, apoyadas por un psicólogo y por un representante del DIF Morelos remarcando la importancia de la actividad física para prevenir enfermedades físicas y mentales. Expusieron los diferentes programas que apoyan a la población diabética y adulta mayor. Las dinámicas de los talleres estuvieron dirigidas a la integración del grupo de apoyo de las personas con diabetes.

Posterior a la realización de los talleres, se analizaron los resultados inmediatos del taller de conocimientos, utilizando el programa estadístico Stata 11.1, comparando las respuestas obtenidas en los cuestionarios antes y después del taller (anexo 2).

### **Fase 3- Evaluación del efecto de la intervención a mediano plazo (tres meses después)**

Se llevó a cabo una medición de conocimientos, actitudes y prácticas con un cuestionario tres meses después de la intervención, a las personas pertenecientes al club de diabéticos del centro de salud, que participaron en la segunda fase.

Para la aplicación del cuestionario se citó a los participantes en el centro de salud; las personas que no asistieron a la cita fueron visitadas en su domicilio para el llenado de los mismos.

## Resultados

Los resultados de las tres fases de la intervención se resumen en el anexo 6 y se desglosan a continuación.

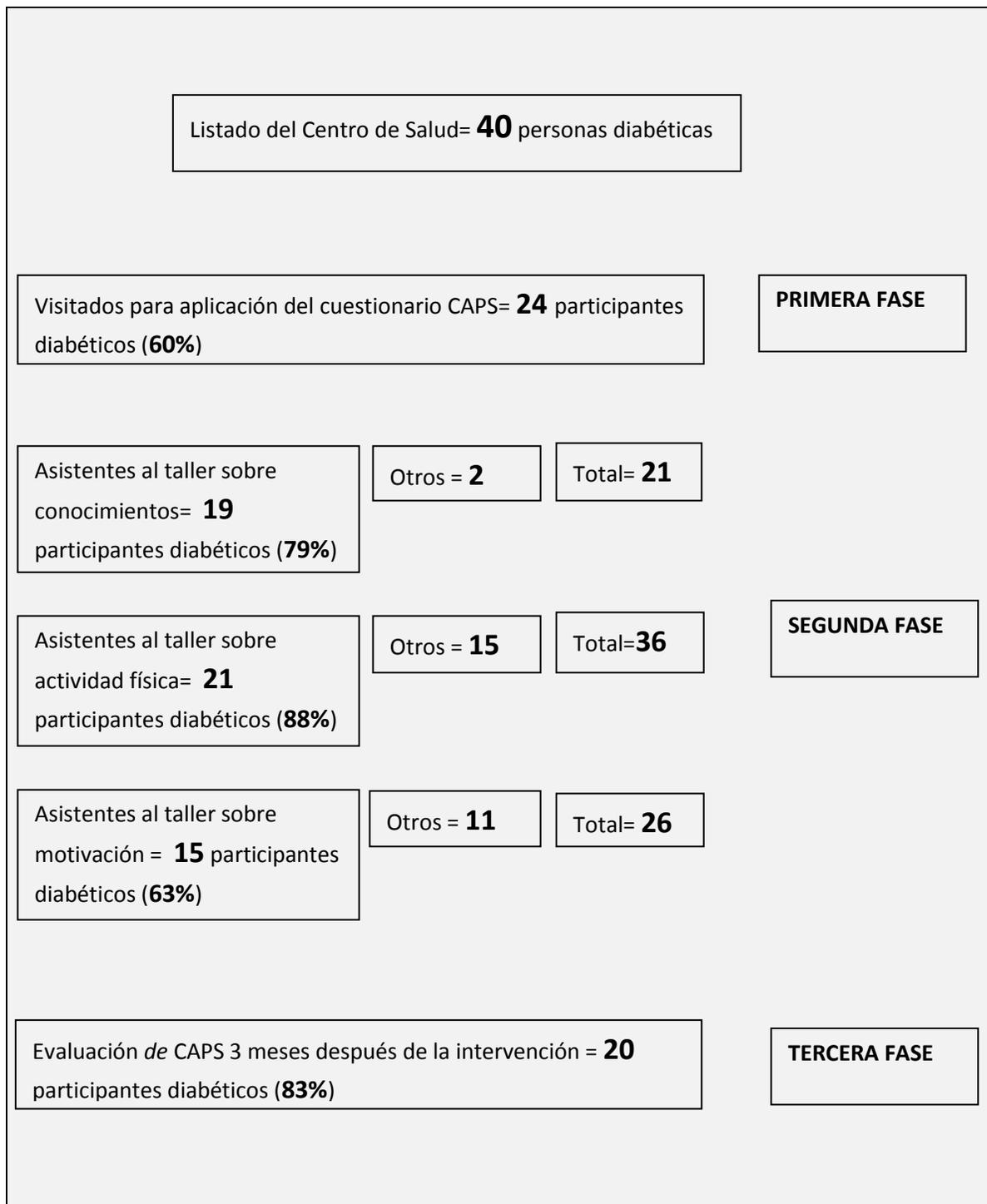
Características de la población participante:

De las **40** personas que estaban registradas en el club de diabéticos al inicio de la intervención, participaron en la primera fase (fase de diagnóstico) **24**, correspondiendo al **60%** de esta población de estudio.

Para la segunda fase (aplicación de la intervención), al taller de conocimientos asistieron **21** participantes, **19** personas diabéticas registradas en el club de diabéticos (correspondientes a **79%** de las personas que participaron en la primera fase) más otras 2 personas no diabéticas. Al taller de actividad física asistieron **36** participantes, **21** personas diabéticas registradas en el club de diabéticos (correspondientes a **88%** de los participantes en la primera fase) más otras 15 personas no diabéticas. Al taller de actitudes y motivación asistieron **26** participantes, **15** personas diabéticas registradas en el club de diabéticos (correspondiente a **63%** de los participantes en la primera fase) más otras 11 personas no diabéticas.

En la tercera fase que corresponde a la evaluación 3 meses después de la intervención, participaron **20** personas diabéticas registradas en el club de diabéticos correspondientes a **83%** de los participantes en la primera fase, como se puede apreciar en la siguiente gráfica. (Gráfica 1)

Gráfica 1. Participantes en el proceso de la intervención. Altavista, Cuernavaca, 2012.



## Primera fase:

Se aplicaron **24** cuestionarios sobre CAPS a personas con diabetes, **18** mujeres y **6** hombres, con una edad media de **59** años, una mínima de 33 años y una máxima de 78 años, teniendo un tiempo promedio de **10** años desde que les fue diagnosticada la diabetes hasta la fecha de aplicación del cuestionario. **17 (70%)** personas reportaron tener más de 5 años de haber sido diagnosticados con la diabetes, como se muestra en el siguiente cuadro. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Datos poblacionales por sexo y tiempo de Dx. Altavista, Cuernavaca, 2012.

	<b>Población</b>	<b>Media de edad</b>	<b>Media de años de Dx</b>	<b>Más de 5 años de Dx</b>
Hombres	6	62	11	3
Mujeres	18	58	10	14
Total	24	59	10	17

En relación con el nivel de escolaridad, es bajo: **33.3%** son analfabetas y sólo **37.3%** cursaron algunos años de primaria (cuadro 2). El bajo nivel de escolaridad encontrado propició que se programara una intervención adecuada a esta población.

Cuadro 2. Datos de Escolaridad. Altavista, Cuernavaca, 2012.

<b>Ultimo año de estudio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguno	8	33.33
Primaria	9	37.33
Secundaria	4	16.67
Preparatoria	2	8.33
Universidad	1	4.17
Total	24	100

## Conocimientos sobre la diabetes

Los conocimientos fueron clasificados para su análisis como: sabía o no sabía, respecto a cada pregunta. A las respuestas afirmativas les fueron asignadas categorías de conocimientos (apropiados e inapropiados) con base en la guía de evaluación que se construyó a partir de una revisión bibliográfica con la cual se compararon las respuestas (anexo 2). Se calificó como conocimientos adecuados cuando respondieron al menos tres respuestas adecuadas a cada pregunta planteada.

El **100%** de la población dijo que es una enfermedad incurable, El **95.83%** de la población conocía el nombre de su enfermedad, **63%** de los participantes no sabe qué es la diabetes de los cuales el **42%** corresponde a personas mayores a 61 años, sólo **37%** tenía conocimientos adecuados sobre la misma. Se pudo observar que, a medida que avanza la edad existe mayor desconocimiento de la enfermedad, como se puede observar en el siguiente cuadro. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Conocimiento inicial sobre qué es la diabetes por edad. Altavista, Cuernavaca, 2012.

¿Sabe qué es la diabetes?	De 30 a 40 años	De 41 a 50 años	De 51 a 60 años	Más de 61 años	Total
<b>Sí sabe</b>	9%	4%	12%	12%	37%
<b>No Sabe</b>	4.5%	12%	4.5%	<b>42%</b>	63%
<b>Total</b>	13.5%	16%	16.5%	54%	100%

Valor de P 0.019

Los conocimientos sobre los factores de riesgo de la diabetes, fueron clasificados como adecuados si correspondían a: estilos de vida, herencia, mala alimentación, sobrepeso y alteraciones emocionales, con base en la guía de evaluación, e inadecuadas si respondieron que no sabían, o si respondieron menos de tres de las categorías antes mencionadas.

La mayoría (**70.83%**) dice saber las causas de la diabetes, pero en **8%** sus conocimientos son inadecuados. El **41%** de los diabéticos sabe al menos 1 causa de la diabetes, pero ese mismo porcentaje no conoce sus propios factores de riesgo. Las causas que más se mencionaron fueron la herencia y las alteraciones emocionales. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Conocimiento inicial sobre causas de la diabetes. Altavista, Cuernavaca, 2012.

<b>Causas de la diabetes</b>	<b>No sabe</b>	<b>Sabe inadecuadamente</b>	<b>Mencionó 1 causa adecuada</b>	<b>Mencionó 2 causas adecuadas</b>	<b>Mencionó 3 causas adecuadas</b>
<b>¿Cuál es la causa o las causas de la diabetes?</b>	29%	8%	41%	16%	4%
<b>¿Sabe por qué le dio diabetes a usted?</b>	<b>41%</b>	4%	50%	0	4%

Valor de P 0.0026

Complicaciones sobre la diabetes: **91.67%** de los participantes tienen conocimiento de al menos una complicación causada por la diabetes. En los daños que produce la diabetes o que órganos afecta, la mayoría contestó que los riñones, la vista y amputaciones de pies y dedos del pie. (Cuadro 5).

Cuadro 5. Conocimiento inicial sobre complicaciones de la diabetes. Altavista, Cuernavaca, 2012.

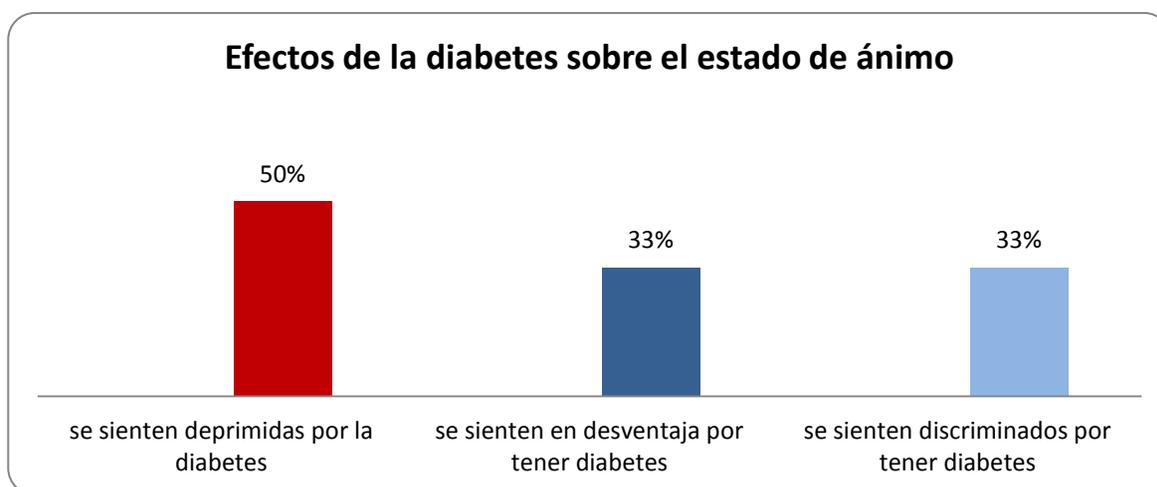
¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo?/ ¿Qué órganos afecta?	Frec.	%
No sabe	1	4.17
Sabe inadecuadamente	1	4.17
Mencionó 1 daño	5	20.83
Mencionó 2 daños	8	33.33
Mencionó 3 daños	7	29.17
Mencionó 4 daños	1	4.17
Mencionó 5 daños	1	4.17
Total	24	100

Valor de P 0.199

## Actitudes

La mitad la población de estudio se siente deprimida o triste por tener diabetes, y la tercera parte se ha sentido discriminada y en desventaja por tener diabetes en comparación con los que no la tienen. Lo asocian con la edad, con la falta de trabajo y con no poder controlar su enfermedad. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Efectos de la diabetes sobre el estado de ánimo al inicio. Altavista, 2012.



Algunos de los comentarios de los participantes hacían referencia a una sensación de tristeza por saber que la diabetes es una enfermedad incurable, pensaban que con el tiempo las complicaciones les impedirían llevar a cabo su vida cotidiana, como se muestra en los siguientes testimonios:

*“Quisiera estar fuerte y no sentir esta enfermedad”.* (Núm. de folio: 3, mujer, 43 años)

*“Mejor no hubiera sabido que la tenía (Diabetes) porque no más se piensa en eso...porque no hay remedio”.* (Núm. de folio: 12, mujer, 73 años)

*“Al principio (me sentí deprimida) porque es una enfermedad traicionera, sé que me voy a morir pero no sé cuándo”.* (Núm. de folio: 15, mujer, 67años)

## Prácticas

Tratamiento: **95.83%** de la población contestó que actualmente está recibiendo tratamiento para la diabetes; solo uno dijo que no estaba recibiendo tratamiento porque se ha sentido bien y cree que no lo necesita. El **67%** contestó que no lo llevan tal cual se lo dice el doctor, porque no les creen a los médicos o porque no les gusta el trato que reciben en el Centro de Salud, como se muestra en el siguiente cuadro. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Tratamiento de la diabetes al inicio. Altavista, Cuernavaca, 2012.

	Si	No	No sabe	Total
¿Está recibiendo tratamiento para la diabetes?	95.8%	4.2%	0	24
¿Lo lleva tal cuál como se lo dice el doctor?	33.3%	<b>66.7%</b>	0	24

Valor de P 0.0052

De los argumentos para tener apego al tratamiento mencionaron que no lo hacían porque no lo creían necesario, ya que al sentirse bien, no necesitaban ser tan estrictos en el tratamiento; también por el hecho de que las pastillas que les daban para el tratamiento llegaban a ser irritantes para su sistema digestivo, como se puede corroborar en los siguientes testimonios:

*“Me siento bien y se me olvida tomarme mis pastillas”.* (Núm.de folio: 21, hombre, 78 años)

*“A veces me paso de comer y no sigo la dieta”.* (Núm. de folio: 12, mujer, 73 años)

*“Me harto de estar siempre tomando pastillas por eso no me las tomo”.* (Núm. de folio: 13, mujer, 55 años)

*“No, (llevar el tratamiento) porque las pastillas afectan mi gastritis, si me recetan 2 me tomo solo 1, mejor tomo remedios caseros”.* (Núm. de folio: 15, mujer, 67 años)

Actividad física: 62.50% de la población no realiza al menos 30 minutos de alguna actividad física como se recomienda (Cuadro 7). Argumentaron falta de tiempo o de espacios donde hacer ejercicio; la única actividad física que ellos consideraban como realizable era salir de sus domicilios que se encuentran en la parte baja de la barranca de Altavista, para realizar algunas compras, como se puede apreciar en el siguiente testimonio:

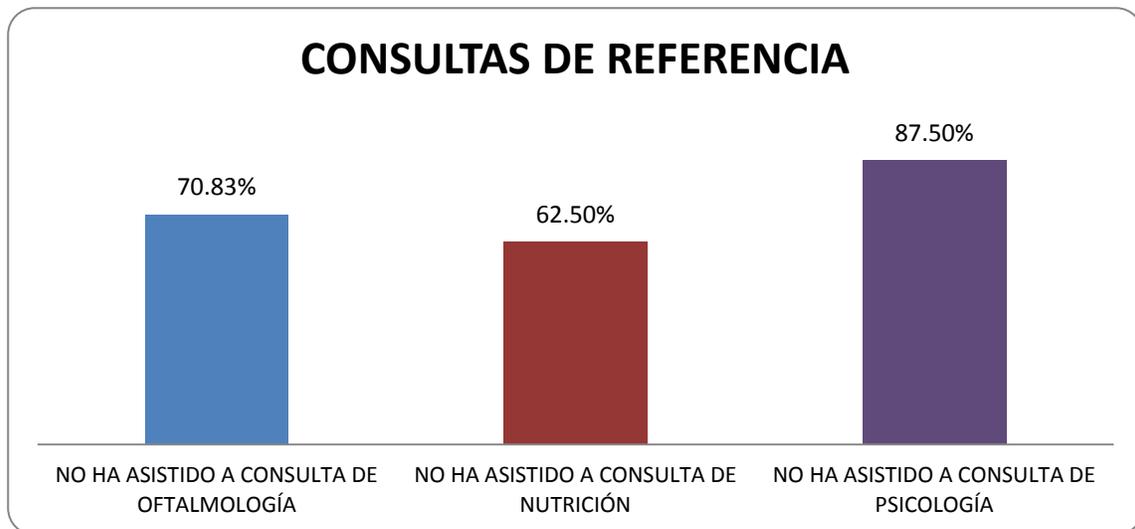
*“El único ejercicio que hago es subir y bajar diariamente la barranca como cuatro veces para hacer mis compras o alguna otra cosa que tenga que hacer en la colonia”.* (Núm. de folio: 15, mujer, 67 años).

Cuadro 7. Actividad física al inicio. Altavista, Cuernavaca, 2012.

¿Realiza por lo menos 30 minutos de alguna actividad física diariamente?	Frec.	%
No	15	62.50
Si	9	37.50
Total	24	100

Consulta de oftalmología y nutrición: **70.83%** de la población no ha asistido a consulta de oftalmología, y **62.5%** a nutrición. La mayoría (**87.5%**) no ha asistido a consulta de psicología, a pesar de sentirse triste o deprimida. Las principales razones son: porque no tiene tiempo, porque no los han mandado del centro de salud, no tienen dinero y “esas consultas son muy caras” o porque no lo creen necesario. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Frecuencia de referencias al segundo nivel en personas con diabetes participantes en la intervención. Altavista, 2012.



Otros hallazgos: la información de los pacientes diagnosticados con diabetes con la que cuentan en el centro de salud no está actualizada; algunos pacientes ya no están asistiendo porque cambiaron su domicilio o porque fallecieron. En los comentarios de los pacientes con respecto a la calidad del servicio se pudo observar que perciben falta de sensibilidad por parte del personal de salud; además, dicen no contar con espacio apropiado para la realización de actividad física dentro del centro de salud (aunque hay espacio al lado, en la subdelegación). El grupo de diabéticos que fue creado hace 6 años no está funcionando desde hace un año, por falta de promotor de salud quien mantenía el grupo organizado.

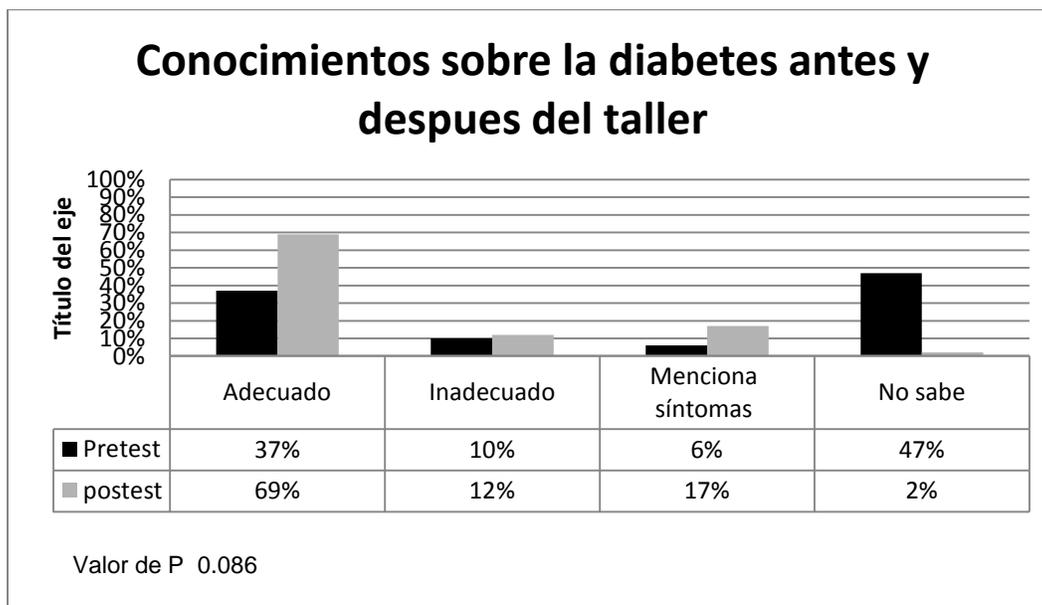
## Segunda fase

### Taller de conocimientos

Se contó con una asistencia de **19** personas con diabetes correspondiente a **80%** de la población que participó en la primera fase, de los cuales **15** fueron mujeres y **4** hombres, con una media de edad de 66 años. Cabe resaltar que también asistieron **2** personas no diabéticas interesadas en la temática pero no fueron contempladas para el análisis de este estudio.

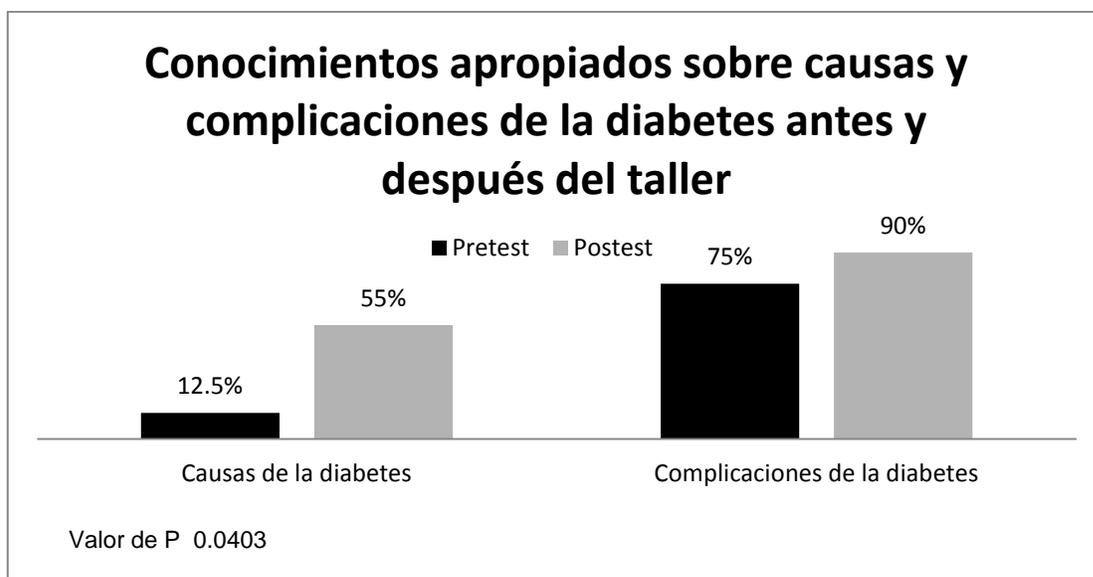
Los resultados que arrojó la medición que se realizó al inicio del taller sobre conocimientos, fue que **47%** de la población no sabe lo que es la diabetes, **37%** de los participantes tenían adecuados conocimientos sobre lo que es la diabetes, **10%** inadecuados conocimientos y el **6%** dieron solo síntomas de lo que era la enfermedad. Con la medición inmediata al finalizar el taller se logró mejorar en **32%** de los conocimientos adecuados sobre lo que es la diabetes, ya que se incrementó al 69%. (Gráfica 4).

Gráfica 4. Conocimientos antes y después del taller sobre lo que es la diabetes. Altavista, 2012.



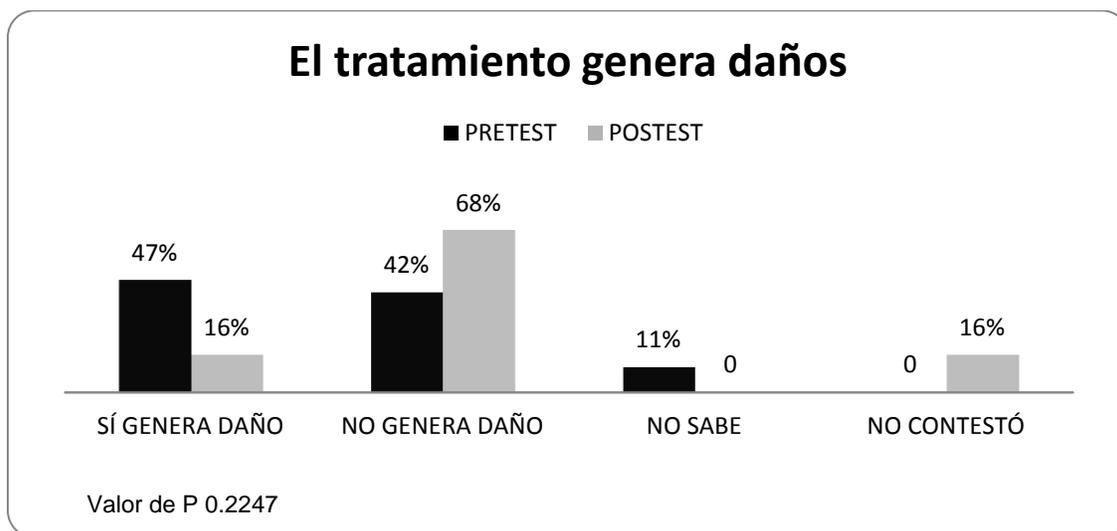
A corto plazo se observó un incremento del 42.5% en los conocimientos referentes a las causas de la diabetes, ya que al inicio del taller sobre conocimientos sólo 12.5% de los participantes conocía apropiadamente las causas, en comparación con el 55% que se observó al término del taller. En lo referente a las complicaciones de la diabetes se observó un incremento del 15% en los conocimientos de complicaciones, ya que al inicio el 75% de la población tenía conocimientos adecuados, en comparación con el 90% que se observó al término de los talleres. (Gráfica 5) Se observó un cambio considerable en la identificación de las complicaciones renales y en los problemas del pie diabético que fueron las complicaciones que más preocupaban a la población participante.

Gráfica 5. Conocimientos adecuados sobre causas y complicaciones de la diabetes antes y después del taller de conocimientos. Altavista, 2012.



Con lo que respecta a la percepción que se tiene sobre el tratamiento médico se pudo observar un aumento del 26% en la percepción adecuada del tratamiento médico, ya que al inicio de los talleres sólo 42% de los participantes decía que no generaba daño, en comparación con el 68% que se observó al termino inmediato del taller, como se muestra en la gráfica 6.

Gráfica 6. Percepción sobre daños del tratamiento, antes y después del taller. Altavista, 2012.



### Taller de actividad física

El taller de actividad física contó con **36** personas en total, **21** diabéticas (**88%** de los participantes en la primera fase) de las cuales **17** eran mujeres y **4** hombres y **16** personas no diabéticas pertenecientes a un grupo de adultas mayores que realiza actividad física tres días a la semana en las instalaciones de la subdelegación, así como algunos familiares de personas con diabetes, como se observa en el siguiente cuadro. (Cuadro 8).

Cuadro 8. Asistentes al taller de actividad física. Altavista, Cuernavaca, 2012.

	Diabéticos	No diabéticos	Total
Hombres	4	1	5
Mujeres	17	14	31
Total	21	15	36

Catorce personas diabéticas (**73%**) de las que asistieron al primer taller regresaron al taller de actividad física y se incorporaron 7 nuevas personas diabéticas que habían participado en la primera fase pero que no habían asistido al taller de conocimientos.

A pesar de que no existe el grupo de diabéticos organizado por el Centro de Salud, funciona un grupo de adultas mayores asesoradas por el INAPAM, de las cuales diez son diabéticas. Los dos grupos se fusionaron para los dos últimos talleres: el de personas diabéticas de la intervención con el de adultas mayores que realizan actividad física, denominado “nuevo amanecer”.

En el taller se identificaron de manera participativa oportunidades para aumentar el nivel de la actividad física en la vida diaria y se determinó la percepción subjetiva del nivel de cansancio o fatiga física individual después de las actividades, a partir de lo cual se elaboró un plan individual de actividad física semanal, con el cual se buscó disminuir la percepción de falta de tiempo como limitante para la realización de actividad física.

### **Taller motivacional**

Se contó con un total de 26 participantes, 15 personas diabéticas: 12 mujeres y 3 hombres y 11 adultas mayores no diabéticas del grupo de INAPAM de la delegación Altavista. (Cuadro 9) Se contó con la participación de un encargado del DIF Estatal, quien fue el responsable de organizar una dinámica motivacional y de dar información sobre los programas que el DIF Morelos está realizando para apoyar a las personas adultas mayores

De los 24 participantes que iniciaron el proceso de la primera fase (diagnóstico) sólo 15 personas tomaron los 3 talleres. De los 5 hombres que iniciaron, 3 tomaron todos los talleres.

Cuadro 9. Asistentes al taller motivacional. Altavista, Cuernavaca, 2012.

	<b>Diabéticos</b>	<b>No Diabéticos</b>	<b>Total</b>
Hombres	3	0	3
Mujeres	12	11	23
Total	15	11	26

Se logró un acercamiento con instituciones de asistencia como el INAPAM, SEDESOL y DIF Morelos para brindar información sobre los programas que ofrecen y para proponer trabajar en conjunto con el grupo de trabajo. Se motivó al grupo para fortalecer dentro del club de diabéticos las redes de apoyo del paciente con diabetes fomentando el apoyo mutuo a través de acciones como acompañarse para salir a caminar, para platicar, para ir fuera de la comunidad a diferentes actividades.

Al trabajar la motivación en el grupo con base en el sentido de pertenencia a un grupo se buscó cambiar la percepción que se tiene de aislamiento por la enfermedad y reforzar la importancia de contar con un grupo de apoyo como el club de diabéticos.

## Tercera fase. Resultados 3 meses después de la intervención

### Conocimientos

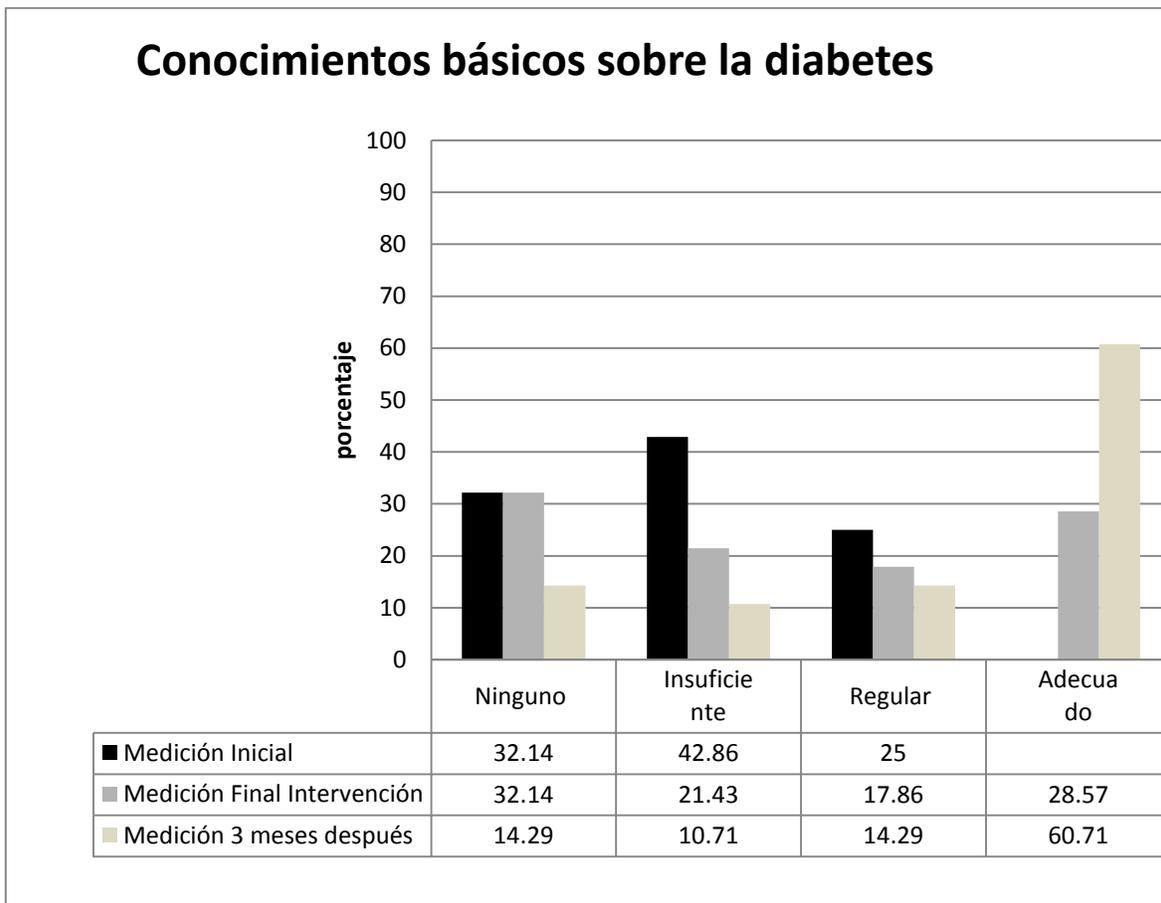
Se aplicaron 24 cuestionarios para la medición 3 meses después de haber finalizado la intervención, donde participaron 17 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 63 años, siendo la máxima de edad de 79 años y la mínima de 43 años; de las 24 personas que participaron en la medición pre-test al inicio de la intervención, se logró la participación de 20, que corresponde a 83%.

#### Conocimientos básicos sobre la diabetes

Se trabajó sobre tres preguntas 1.- ¿Sabe qué es la diabetes o en qué consiste? 2.- ¿Cuáles son las causas de la diabetes? y 3.- ¿Cuáles son las complicaciones de la diabetes? Para tener un panorama amplio de los conocimientos básicos que se deben tener con respecto a la diabetes, asignando la categoría de conocimientos adecuados al tener conocimientos adecuados en las tres preguntas, conocimientos regulares al tener 2 respuestas adecuadas y una inadecuada, conocimiento insuficiente al tener solamente una respuesta adecuada y ningún conocimiento al no tener ninguna respuesta adecuada de las tres, con los siguientes resultados:

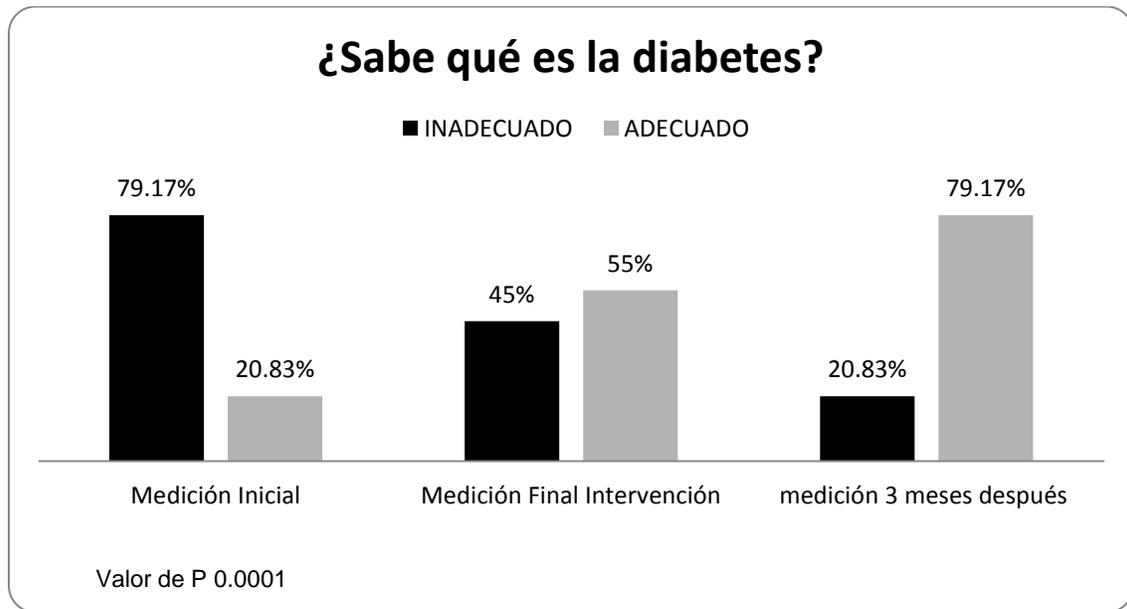
Tres meses después de la intervención existió un incremento en los conocimientos sobre la diabetes, ya que el **60%** de la población cuenta con conocimientos adecuados, al responder adecuadamente las tres respuestas, aumentando **32%** en comparación con los resultados obtenidos en la medición al final del primer taller y 28.5% en comparación con la medición inicial, en la cual no hubo ningún participante con conocimientos adecuados. En la categoría de conocimientos regulares existió una disminución del 11%, en comparación con la medición inicial, debido a que existió un aumento en los conocimientos adecuados; lo mismo se observa con los conocimientos insuficientes donde se observó una disminución de 32% en comparación con la medición diagnóstica y de 11% en comparación con la medición que se hizo al finalizar el primer taller. (Gráfica 7)

Gráfica 7. Conocimientos básicos sobre la diabetes 3 meses después de la intervención. Altavista 2012.



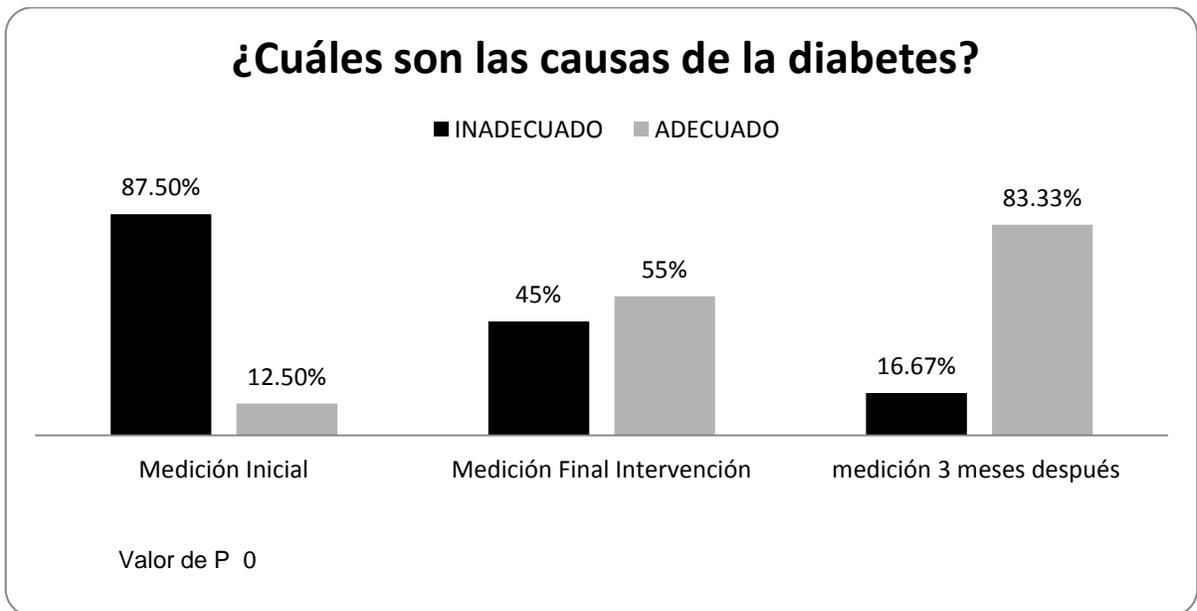
Analizando por separado cada una de las preguntas podemos decir que con lo que respecta a la pregunta ¿sabe qué es la diabetes? se observó un incremento de 24% de conocimiento en comparación con la medición que se hizo al final del primer taller, y un incremento de 58% en comparación con la medición inicial de diagnóstico, como se puede ver en la gráfica 8.

Gráfica 8. Conocimiento sobre qué es la diabetes inicialmente, al término del taller y 3 meses después. Altavista 2012.



Sobre la pregunta ¿conoce las causas de la diabetes? 20 participantes (83%) contestaron adecuadamente, mencionando como mínimo 3 posibles causas de la diabetes, y sólo 4 (17%) mencionaron sólo una o dos causas siendo la herencia la causa más repetida en todos los casos. En esta pregunta se puede observar un incremento de 28% en el conocimiento en comparación con la medición que se realizó al finalizar el taller y un incremento de 70% en comparación con la medición que se realizó al inicio del estudio, como se puede analizar en la gráfica 9.

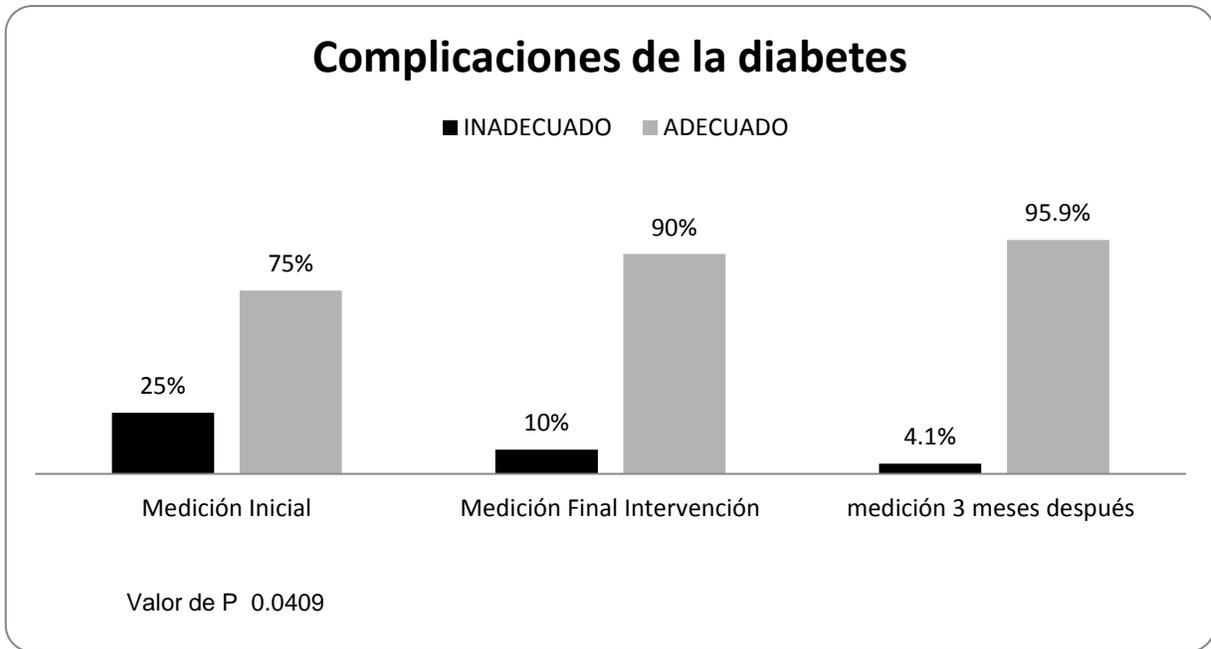
Gráfica 9. Conocimientos sobre las causas de la diabetes inicialmente, al final de la intervención y 3 meses después. Altavista 2012.



Sobre la pregunta ¿Cuáles son las complicaciones de la diabetes? 23 participantes (95%) contestaron adecuadamente, mencionando como mínimo 3 posibles complicaciones causadas por la diabetes, y sólo 1 participante no pudo contestar adecuadamente ya que únicamente mencionó una sola complicación causada por la diabetes. Se pudo observar que en el tema sobre las complicaciones que conlleva la diabetes, es el tema que más conocimiento tienen, esto debido a las pláticas que han tenido dentro del centro de salud o por medio de información que han recibido de otros medios, siendo las complicaciones de la enfermedad lo que más les preocupó al inicio del estudio.

Existió un incremento en el conocimiento de las complicaciones de la diabetes del 5.8% en comparación con la medición que se realizó al finalizar los talleres y un incremento del 20% en comparación con la medición inicial al inicio del estudio, como se puede apreciar en la gráfica 10.

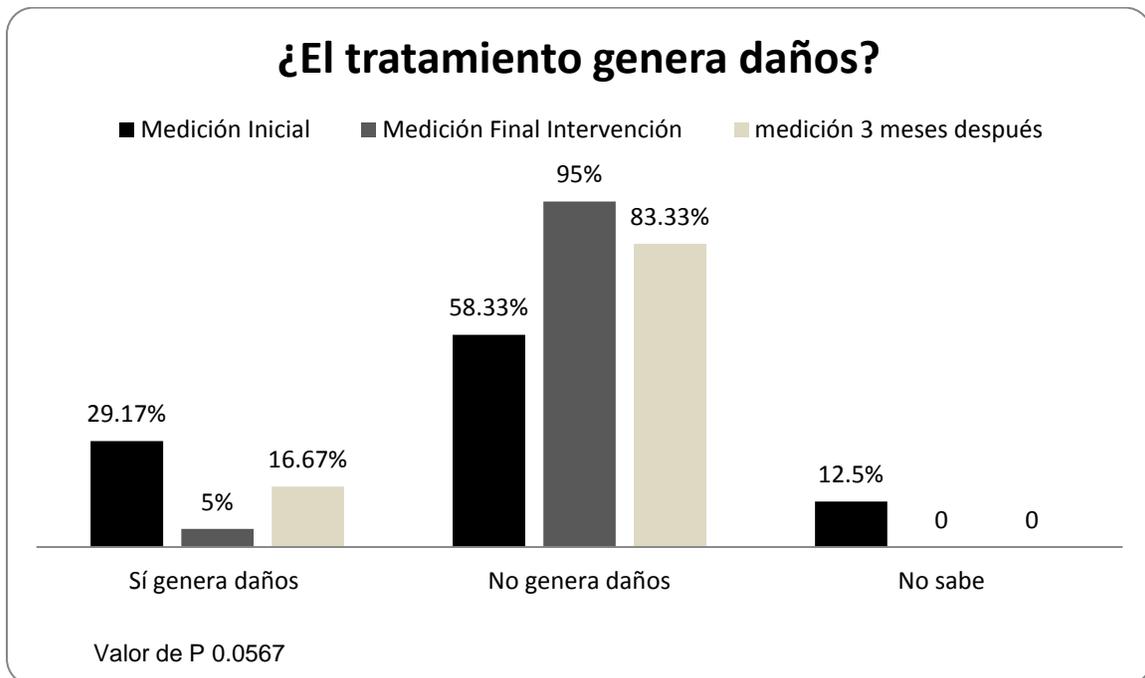
Gráfica 10. Conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes inicialmente, al final de la intervención y 3 meses después. Altavista, 2012.



### Actitudes y percepciones

Con respecto al tema de actitudes se preguntó a los participantes sobre la percepción que se tenía acerca del tratamiento médico que es recomendado para el control de la diabetes, obteniendo los siguientes resultados: 83% consideró 3 meses después que el tratamiento no genera daños, existiendo un aumento del 25% de buena percepción ante el tratamiento con respecto a la medición que se realizó al inicio de la intervención como se puede observar en la gráfica 11.

Gráfica 11. Percepción de daño del tratamiento de la diabetes al inicio, al final de la intervención y 3 meses después. Altavista 2012.



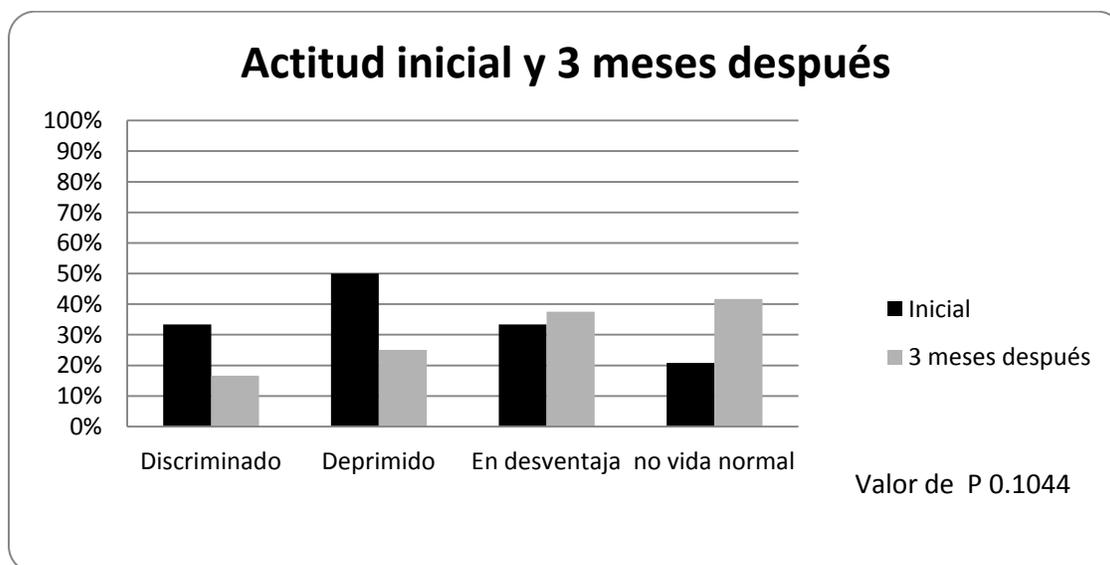
Dentro del tema de las actitudes y percepciones se preguntó también sobre los estados de ánimo de los participantes con respecto a la enfermedad de la diabetes, tomando como base las categorías de discriminación, depresión, en desventaja y no llevar una vida cotidianamente normal, y se hizo una comparación con los resultados obtenidos al inicio de la intervención obteniendo los siguientes resultados:

Con lo que respecta a la categoría de discriminación, al inicio de la intervención 33% de los participantes se sentía discriminado por el hecho de tener diabetes y 3 meses después sólo el 17% mencionaron sentirse discriminados por tener diabetes, lo que nos dice que 3 meses después disminuyó 16% la población que decía sentirse discriminada. En la categoría de depresión, al inicio de la intervención el 50% de los participantes se sentían deprimidos por el hecho de tener diabetes, 3 meses después sólo el 25% de los participantes manifestó sentirse deprimido por tener diabetes, lo que nos dice que 3 meses después de la

intervención 25% de la población participante dejó de sentirse deprimida, según su auto percepción. (Ver gráfica 12).

Con respecto a la categoría de sentirse en desventaja, al inicio de la intervención 33% de la población participante se sentía en desventaja por tener diabetes con respecto a los que no la tienen, 3 meses después de la intervención 37% de la población participante se sentía en desventaja por tener diabetes con respecto a los que no la tienen, aumentando 4% la percepción de sentirse en desventaja; con lo que respecta a la categoría de percepción de no llevar una vida cotidianamente normal, al inicio de la intervención el 21% de los participantes sentía que no tenía una vida cotidianamente normal, y 3 meses después el 42% de la población participante sentía que no llevaba una vida cotidianamente normal, asiendo referencia de que una vida cotidiana consistía en no cuidarse y comer lo que uno quisiera pero al ser diabéticos ya no lo podían hacer, aumentando 21% de la población participante total, diferencia no estadísticamente significativa, como se puede apreciar en la gráfica 12.

Gráfica 12. Actitudes al inicio y 3 meses después de la intervención. Altavista, 2012.

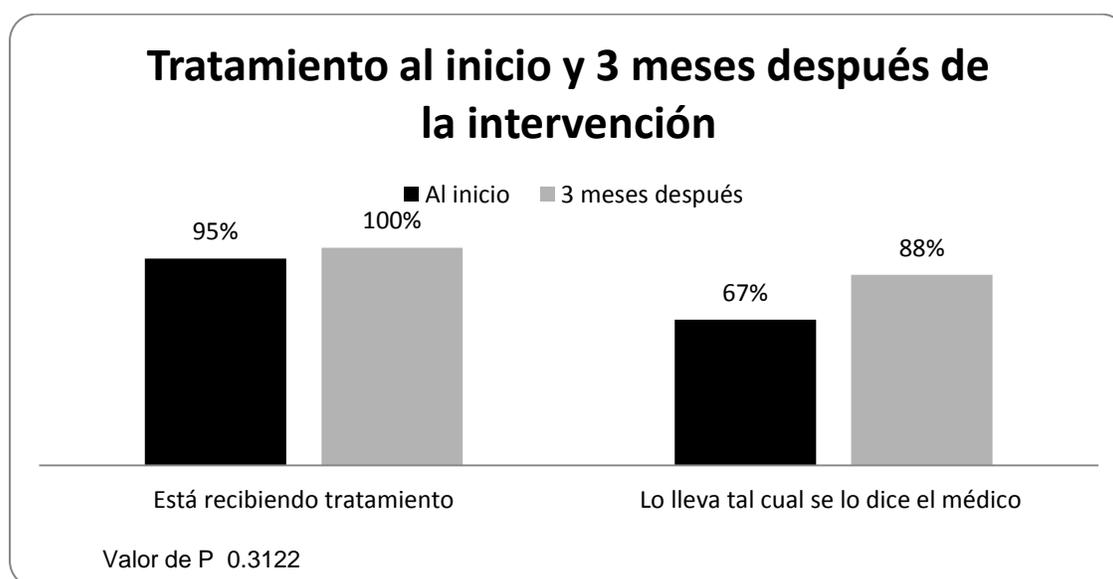


## Prácticas

El tema de prácticas fue abordado analizando las categorías de 1).- tratamiento médico, 2).- consumo de frutas y/o verduras, 3) actividad física y/o ejercicio, 4).- frecuencia de exámenes de glucosa y 5).- asistencia a consulta médica especializada.

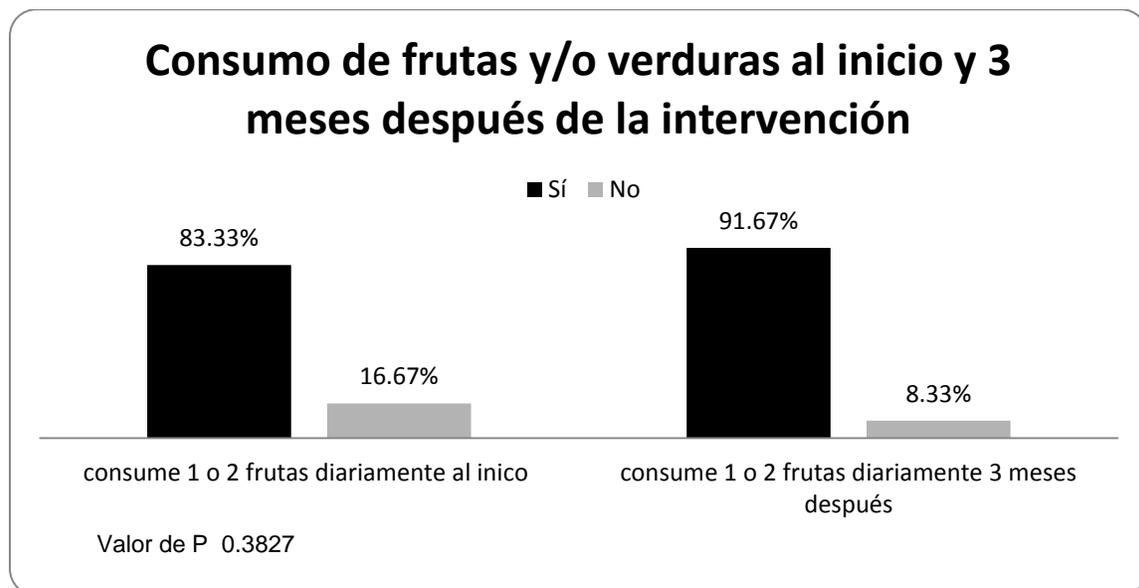
Con lo que respecta a la categoría tratamiento médico se preguntó si el participante estaba recibiendo tratamiento médico para el control adecuado de la diabetes y si el tratamiento lo estaba llevando a cabo tal cual se le fue indicado, y se comparó con los resultados obtenidos al inicio de la intervención, con lo que se pudo observar que existió un incremento del 5% en la práctica de recibir el tratamiento médico para el control de la diabetes, ya que al inicio 95% de la población participante estaba recibiendo tratamiento en comparación con el 100% observado 3 meses después de la intervención: también existió un incremento de 21% en la población que lleva el tratamiento médico tal cual se lo indica el médico, ya que al inicio de la intervención sólo el 67% de la población participante lo llevaba adecuadamente en comparación con el 88% observado 3 meses después de la intervención, como se puede observar en la siguiente gráfica. (Gráfica 13)

Gráfica 13. Apego al tratamiento médico al inicio y 3 meses después de la intervención. Altavista, 2012.



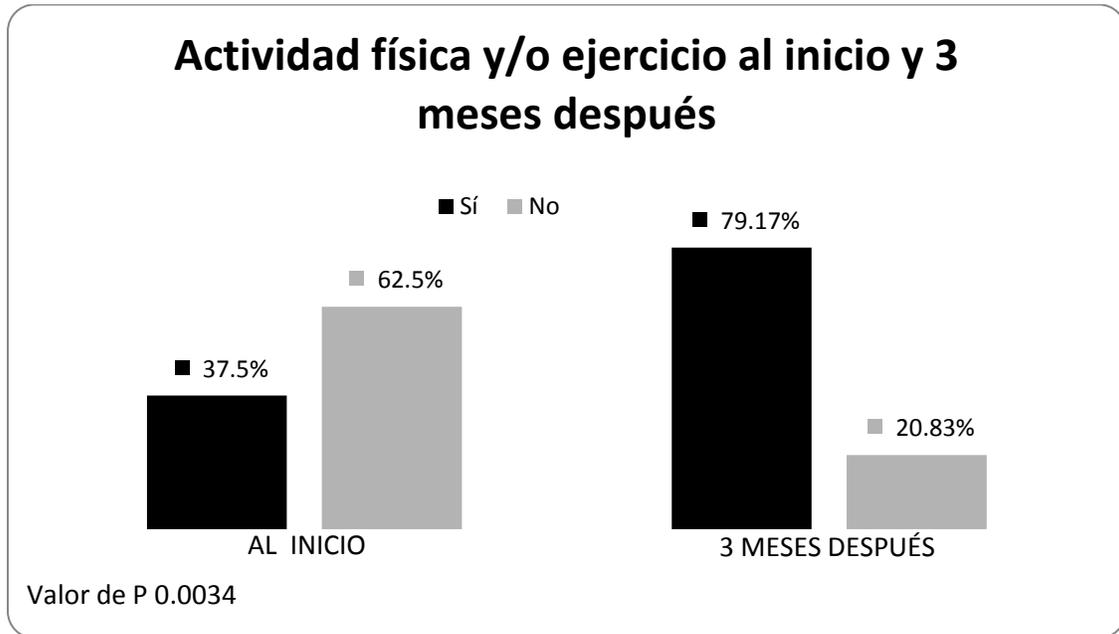
Con lo que respecta a la variable consumo de frutas y/o verduras, se hizo una comparación del consumo al inicio y 3 meses después de la intervención, donde se reportó un incremento del 8.3% en el consumo de frutas y/o vegetales, ya que 3 meses después el 91.6% dijo consumir 1 o 2 frutas y/o vegetales diariamente en comparación con el 83.3% de la población total participante al inicio de la intervención, como se puede apreciar en la gráfica 14.

Gráfica 14. Práctica en el consumo de frutas y verduras al inicio y 3 meses después de la intervención. Altavista, 2012.



En la variable “práctica de actividad física y/o ejercicio”, se realizó una comparación de los resultados obtenidos al inicio de la intervención con los resultados obtenidos 3 meses después, donde se pudo observar que existió un aumento de 41.5% en la realización de actividad física o ejercicio al menos 30 minutos diarios, ya que al inicio de la intervención sólo el 37.5% realizaba alguna actividad física o ejercicio en comparación con el 97.1% que se observó 3 meses después de la intervención, como se observa en la siguiente gráfica. (Gráfica 15)

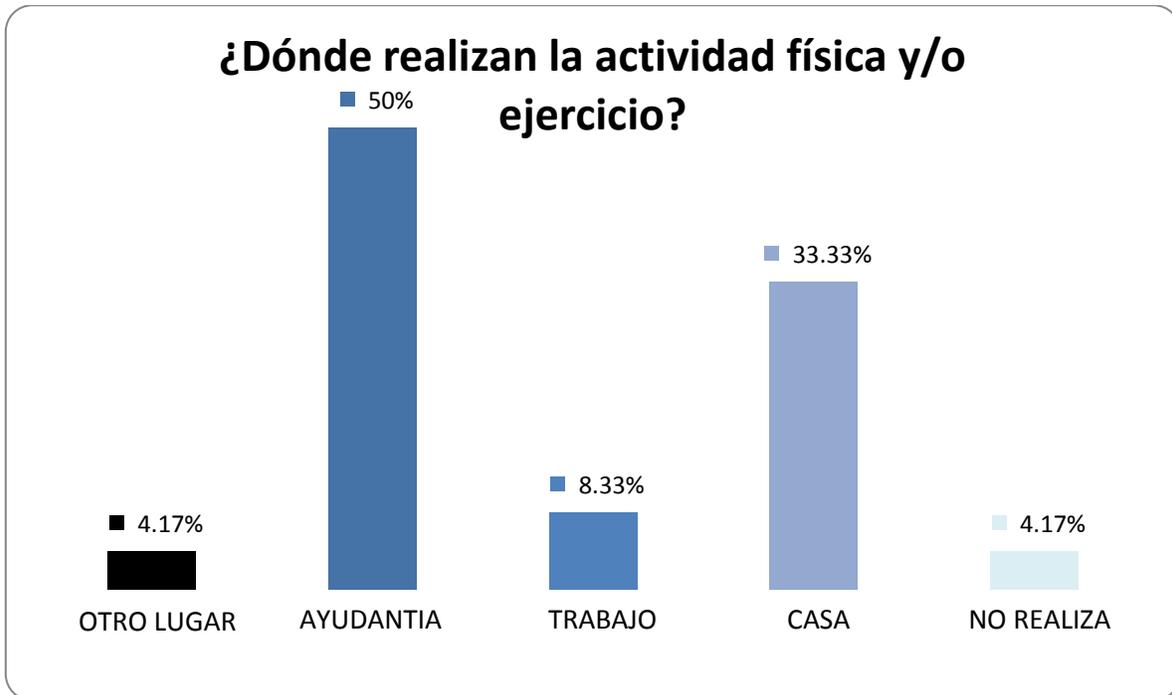
Gráfica 15. Práctica del ejercicio y/o actividad física antes y 3 meses después de la intervención. Altavista, 2012.



Dentro de la variable de actividad física y/o ejercicio se preguntó a los tres meses dónde realizaban la actividad y/o el ejercicio, para analizar si utilizaban el espacio en la ayudantía de la comunidad de Altavista, donde se realizó la intervención. Se pudo observar que 50% de los participantes acuden a la ayudantía a realizar la actividad física, mientras que 33% lo realiza en su casa, 8.3% en su trabajo y 4.1% en otro lugar, dando un total del 95.4% de participantes que se encuentran realizando alguna actividad física y/o ejercicio. (Gráfica 16)

El aumento de la actividad física en los participantes se debe a que contaron con un plan de actividades que se basaba en la auto motivación y en el apoyo en el grupo lo que fortalecía sus redes de apoyo en el momento en que el participante necesitaba de algún estímulo o contención para la realización de las actividades físicas.

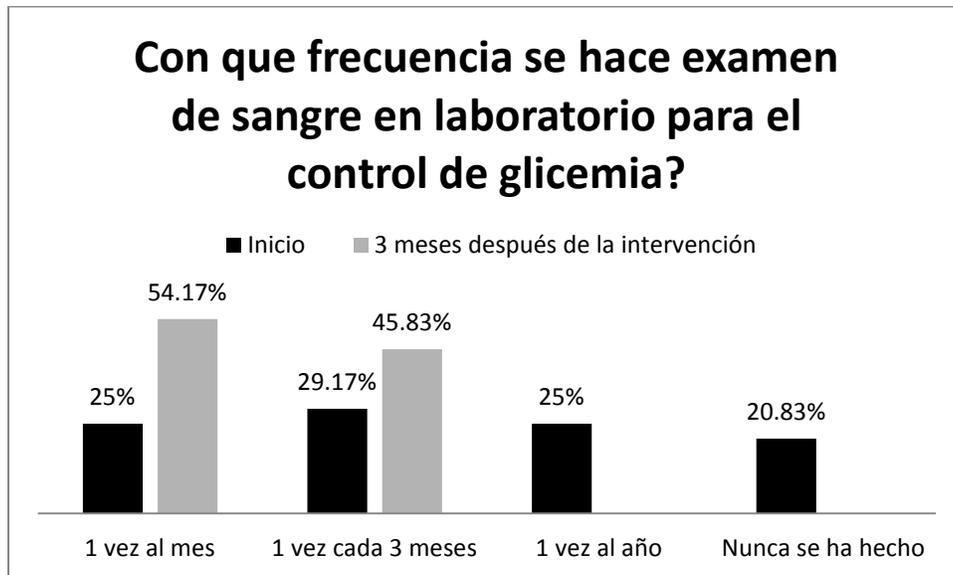
Gráfica 16. Espacios donde se realiza la práctica del ejercicio y/o actividad física 3 meses después de la intervención. Altavista, 2012.



Con lo que respecta a la frecuencia de exámenes de glucosa, se preguntó ¿con qué frecuencia se hace examen de sangre en un laboratorio para el control de la glucosa?; se hizo una comparación de los resultados obtenidos al inicio de la intervención con los resultados encontrados 3 meses después, donde se pudo observar que existió una mejoría en la práctica de la realización del chequeo de glucosa en sangre realizado en un laboratorio, ya que al inicio de la intervención sólo 54% de los participantes tenían una verificación de su glucosa de al menos cada 3 meses, como lo marca la NOM, en comparación con el 100% encontrado 3 meses después de la intervención, lo que marca una diferencia estadísticamente significativa (anexo 6). Desglosando los datos anteriores se observó que al inicio 20.8% de los participantes no se hacía regularmente un examen de glucosa para tener el control de su glucosa; 25% se realizaba el examen una vez al mes y 29% una vez cada 3 meses, como dice la norma, y 25% lo realizaba una vez al año. Tres meses después los resultados mejoraron: 54.2% de la población participante dijo realizarse una vez al mes su examen de glucosa por laboratorio para el control

de su diabetes y el 45.8% restante por lo menos una vez cada 3 meses. (Gráfica 17)

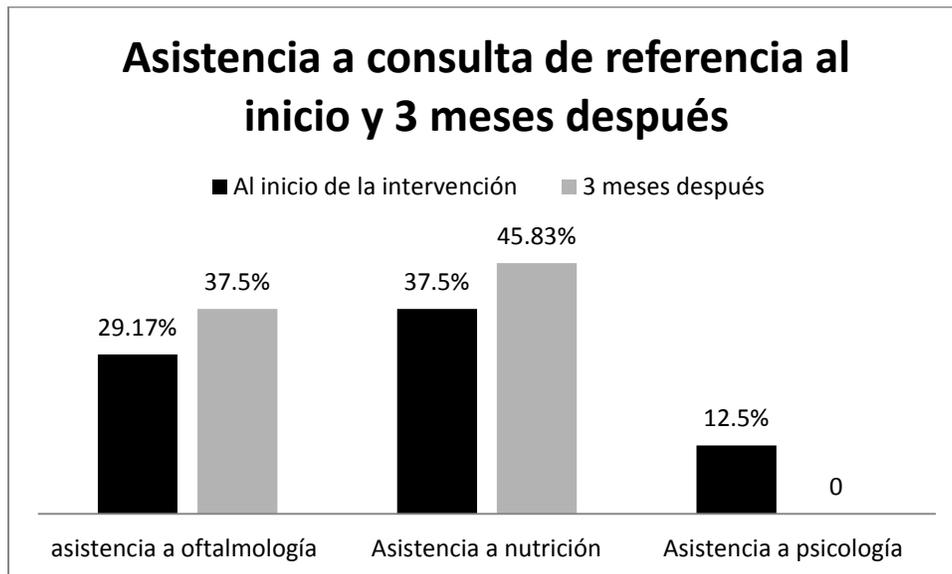
Gráfica 17. Frecuencia de examen de glucosa por laboratorio al inicio y 3 meses después de la intervención. Altavista, 2012.



Con lo que respecta a la variable asistencia a consulta de referencia, se hizo una comparación con los resultados obtenidos al inicio y con los resultados obtenidos 3 meses después y se observó que hubo un aumento de 8.3%, ya que al inicio sólo había asistido 29.17% de los participantes a consulta de oftalmología, en comparación con la asistencia del 37.5%, obtenido 3 meses después de la intervención; respecto a la consulta de nutrición se obtuvo un incremento de asistencia del 8.3%. En relación con la consulta de psicología, al inicio de la intervención sólo 3 personas habían asistido, y 3 meses después ninguno de los participantes contestó afirmativamente; esto se debe a que 2 participantes que contestaron el cuestionario al inicio de la intervención no contestaron el cuestionario a los 3 meses, y otro participante contestó que sí había asistido a consulta psicológica al inicio pero en el cuestionario 3 meses después contestó no haber asistido, posiblemente por una mala comprensión de la pregunta o un mal

planteamiento de la misma. Los datos observados se pueden apreciar en la siguiente gráfica (gráfica 18).

Gráfica 18. Asistencia a consulta de referencia al inicio y 3 meses después de la intervención. Altavista, 2012.



Los participantes expresaron que el personal del Centro de Salud no realiza la canalización de las personas diabéticas a servicios como nutrición, oftalmología, y psicología. Al respecto, el médico encargado del centro de salud comenta que en el caso de nutrición, él es el encargado de llevar a cabo la valoración y dependiendo del grado de control del paciente y del tipo de tratamiento, está capacitado para implementar un plan dietético y/o de ejercicio, con base en lo establecido en el apéndice G de la NOM, pero aún así se canaliza una vez al año a consulta de nutrición en caso de existir sobrepeso en el paciente. En el caso de oftalmología, comentó que también se canaliza una vez al año a todos los pacientes diabéticos, sobre todo aquellos que tengan más de 4 años de evolución de la patología, previa evaluación para identificar el grado de agudeza visual; en ambos casos (nutrición y oftalmología) se tiene un control por medio del sistema de referencia-contrareferencia, en el cuál se le da seguimiento a la canalización de las consultas de especialidad y en el caso de que el paciente no asista a la

consulta, se realiza una visita domiciliaria para conocer las causas; la más frecuente es que las citas las programan con un margen de tiempo muy largo, por lo cual a los pacientes se les olvida asistir. Con lo que respecta a consultas de psicología, el médico encargado comentó que no se hace canalización porque el hospital general al cuál se refiere no cuenta con ese servicio, por lo que el paciente que requiera asistencia lo tiene que hacer por cuenta propia.

## **Discusión**

El cuestionario sobre CAPS utilizado en este estudio permitió un abordaje exploratorio y descriptivo de algunas características de las personas diabéticas de esta comunidad permitiendo identificar conocimientos, vivencias y prácticas respecto a la enfermedad y comprender los aspectos que sirven de barrera para llevar a cabo un adecuado tratamiento de la diabetes, como lo son: creencias, actitudes y percepciones de la población. También nos pudimos dar cuenta de que a pesar de que la mayoría de las personas habían sido diagnosticadas con diabetes hace más de cinco años (70%), existe un alto desconocimiento de lo que es la enfermedad, lo que constituye una limitación para llevar a cabo prácticas adecuadas que prevengan las complicaciones de esta patología. El dato es de alta relevancia, ya que después de los 5 años de diagnóstico con diabetes es cuando con mayor frecuencia empiezan a presentarse las complicaciones.

Esta situación debería preocupar a la Secretaría de Salud, porque revela problemas de comunicación con la población diabética, por lo que una de las propuestas va encaminada a la modificación de estrategias educativas con los pacientes para involucrarlos aún más en acciones que vayan dirigidas a su autocuidado.

Por ello es necesario, como argumenta Péres D., que la promoción de la salud en diabetes no se restrinja sólo a la transmisión de conocimientos sino que englobe aspectos emocionales, sociales y culturales que influyan en el seguimiento del tratamiento adecuado que prevenga complicaciones.<sup>25</sup> Sería recomendable analizar en futuros estudios cómo se está llevando el control y tratamiento de las

personas diabéticas en los centros de salud, por ejemplo si se apega a la norma oficial, si las y los pacientes entienden las instrucciones que el personal de salud les da, las razones por la cuales no hay referencia a oftalmología y a nutrición, entre otros aspectos.

Corbacho nos dice que existe alta relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida de las personas con diabetes: a mayor nivel de conocimiento, mejor estilo de vida.<sup>26</sup> Sin embargo, se ha demostrado también la importancia de otros determinantes sociales sobre la salud como las condiciones físicas y sociales del vecindario, las redes sociales, el poder adquisitivo, entre otros.<sup>27</sup> En el presente estudio se pudo constatar que los talleres mejoraron los conocimientos, pero la adquisición del conocimiento por sí sola no se traduce en un cambio de comportamiento, ya que es necesario basarse en un modelo de cambio de comportamiento para reforzar el trabajo que se realice; con el MCS pudimos analizar las amenazas percibidas por la población de estudio y pudimos generar estrategias para sensibilizarlos con respecto a los beneficios en su salud que se obtendrían al realizar acciones de autocuidado. Considerando los elementos que presenta el MCS, la prevención de complicaciones de la diabetes es el resultado de que las personas consideren su salud como un elemento importante en sus vidas, creen que son vulnerables a tener complicaciones y la gravedad de las mismas, perciban los beneficios obtenidos de un estado de salud favorable, y que se consideren capaces de poder llevar a cabo comportamientos saludables que garanticen la conservación de su salud y el logro de su objetivo para evitar complicaciones.

Se evaluaron los conocimientos después de la intervención y se pudo observar un incremento en los mismos, tanto en la medición inmediata (al término de los talleres) como a mediano plazo (3 meses después de la intervención). Los cambios que resultaron estadísticamente significativos fueron en los conocimientos sobre la diabetes y sus complicaciones y en la práctica de la actividad física, lo cual evidencia la utilidad de los talleres

El aspecto emocional es muy importante dentro de los programas o intervenciones dirigidas a un cambio de conducta en el paciente diabético; es alarmante el hallazgo encontrado en este estudio ya que 50% de los participantes se sentían deprimidos al inicio de la intervención; por tal motivo, es importante que los profesionales de la salud exploren conjuntamente con los pacientes y su núcleo de apoyo su estado emocional y se busquen estrategias para que haya disponibilidad profesionales de la psicología que den apoyo a quien lo requiera, por ejemplo a través de convenios con universidades para que sus estudiantes de psicología hagan su servicio social en las unidades de salud. Para la evaluación del comportamiento se deben analizar aspectos sicosociales de la persona que sirvan de motivación o como facilitadores para realizarlos, como lo es el acompañamiento familiar en las actividades del paciente diabético tales como la actividad física y la alimentación.

Las prácticas saludables al inicio de la intervención eran escasas. Perés<sup>25</sup> nos dice que el paciente en el transcurso de su tratamiento experimenta sentimientos y comportamientos de aceptación de su condición crónica de salud y dependiendo del modo en que el paciente los vivencia, va a dirigir sus comportamientos de salud, una escasa autoestima genera comportamientos poco saludables, es así que, a una mayor comprensión de los sentimientos y comportamientos de la población diabética, se podrá redirigir el modelo de atención de salud para esta población. Se espera que al fomentar el apoyo del grupo para realizar actividades comunes se mejore la percepción que tenía cada uno de ellos con relación a la enfermedad, logrando un compromiso para tener un mejor control de su diabetes, ya que como explica Torres H, de Carvalho, la educación en salud realizada en grupo genera mejores resultados de control glicémico en comparación con la individual.<sup>28</sup>

Teniendo en cuenta que algunas personas diabéticas no cuentan con el apoyo anímico de sus familiares, se sugiere realizar una futura intervención dirigida a familiares y/o allegados, con el objetivo de sensibilizarlos en la búsqueda de estrategias en conjunto que mejoren la calidad del vida de las personas diabéticas.

Leonel G.M. propone la realización de una intervención educativa en familiares allegados al paciente diabético para elevar la cultura sanitaria del contexto familiar y de esta forma modificar las conductas.<sup>29</sup>

El centro de salud no cuenta con un promotor de salud que le de seguimiento al club de diabéticos y garantice su funcionamiento como tal, aunque el personal médico cita grupalmente a las personas diabéticas para su control, refiriéndose baja asistencia. A pesar de que existe evidencia científica de la utilidad de estos grupos para las enfermedades crónicas como la diabetes y de que su funcionamiento es responsabilidad del personal de salud según lo establece la NOM, no funciona. Su incumplimiento priva a las personas diabéticas de las ventajas de este tipo de redes de apoyo social, lo cual debe alertar a los Servicios de Salud de Morelos para que garantice los recursos humanos necesarios para que estos grupos funcionen adecuadamente.

El estudio aporta instrumentos de diagnóstico de CAP y el diseño de talleres que pueden ser útiles para otras intervenciones sobre el tema en poblaciones similares. Los resultados de esta intervención refuerzan y demuestran la efectividad de las intervenciones educativas para mejorar prácticas saludables.

## **Limitaciones**

- La base de datos de los pacientes diabéticos del centro de salud no estaba actualizada lo que dificultó la búsqueda de los pacientes y pudieron quedar personas diabéticas fuera de la intervención. La segunda limitación es falta de apropiación de la problemática por parte del personal de salud de la localidad lo cual no garantiza la sostenibilidad de la intervención.
- Las características del sitio de reunión, que estaba sobre la calle con muchos sonidos distractores del exterior.
- El tiempo de la intervención fue corto para poder examinar más a fondo la problemática que se vive en la población diabética de la comunidad de Altavista, impidiendo que se llevara a cabo una evaluación a largo plazo en

los cambios de las actitudes y las prácticas y si se llegaron a prevenir complicaciones.

## Bibliografía

- 1.- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2007.
- 2.- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- 3.- Rull JA, Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Ríos-Torres JM, Gómez-Pérez FJ, Olaiz G. Epidemiology of type 2 diabetes en México. Arch Med Res 2005; 36:188-196.
- 4.- Medina-Lopez OM, Díaz-Pinzón AD, Barrientos-González E, Peña-Martínez DE. Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. Av Enfer 2009; 27:13-18.
- 5.- Secretaría de Salud. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. México, D.F.: Secretaria de salud, 2001.
- 6.- Secretaría de Salud. Programa de Acción: Diabetes Mellitus. México D.F.: Secretaría de salud, 2001.
- 7.- Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Washington D.C.: OPS, 2004.
- 8.- Tuomilehto J et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New England Journal of Medicine, 2001, 344:1343–1350.
- 9.- Córdova-Villalobos JÁ, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública de México 2008; 50:419-427.
- 10.- Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana para la prevención tratamiento y control de la diabetes Mellitus en la atención primaria NOM-015-SSA2-1994. México, D.F.: Secretaria de Salud, 2007.
- 11.- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington D.C.: OPS, 2007.
- 12.- Reyes-Morales H, Gómez-Dantés H, Torres-Arreola LP, Tomé-Sandoval P, Galván-Flores G, González-Unzaga MA, et al. Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(4):328-36.
- 13.- Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save?. Lancet 2005; 366 (9496):1578-82.

- 14.- Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2007.
- 15.- Alquicira J. Flores Y. García K, Natoli L, Neciosup L. Velázquez C. Diagnóstico Integral de Salud Pública, Col. Altavista Cuernavaca, Morelos México, 2011. Escuela de Salud Pública de México, INSP. 2011.
- 16.- Borroto-Chao R, Álvarez ML. Diagnóstico comunitario de la situación de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(3)
- 17.- Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(2): 231-237
- 18.- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá. 1986
- 19.- Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. Global Health Promotion 2012; 4(18):42-48.
- 20.- Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2001; 19 (1): 91- 101.
- 21.- Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly, 1988; 15(2): 175-183.
- 22.- Becker M, (Introduction) The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):234-508.
- 23.- Cabrera G. El modelo Transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000; 18 (2): 129-138.
- 24.- Moreno E, Gil J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2003; 391-109. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56030105>. Consultado el 19 de marzo de 2012.
- 25.- Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. Rev Latino-am Enfermagem 2007 noviembre-diciembre; 15(6). En línea: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- 26.- Corbacho AK, Palacios GN, Vaiz BR. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. Rev enferm Herediana. 2009;2(1):26-31.
- 27.- Organización mundial de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe final. OMS.2009.

[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf).

28.- Torres E de C, Franco-Laercio J, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Evaluación estratégica de educación en grupo e individual en el programa educativo en diabetes. Rev. Saúde Pública, 2009; 43(2): 291-298.

29.- García-Martínez L, Aguilar-Pérez M. Evaluación sobre cultura sanitaria en familiares de niños diabéticos. MEDICIEGO 2010; 16(1) En internet: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=63137&id\\_seccion=3715&id\\_ejemplar=6341&id\\_revista=226](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=63137&id_seccion=3715&id_ejemplar=6341&id_revista=226).

# Anexos

## Anexo 1

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA</b> <b>ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO</b>		
<b>CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS</b> <b>PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES TIPO II</b> <b>(Folio: _____)</b>		
<b>Nombre:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>Sexo:</b> F / M _____ <b>¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron la diabetes?</b> _____ años <b>Ocupación :</b> _____		1 2 3
<b>Último año de estudios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno _____</li> <li>• Primaria (años) _____</li> <li>• Secundaria (años) _____</li> <li>• Preparatoria (años) _____</li> <li>• Universidad (años) _____</li> <li>• Otros _____</li> </ul>		1 2 1 2 3
<b>CONOCIMIENTOS</b>		
<b>1. ¿Cuál es el nombre de su enfermedad?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2
<b>2. ¿Cuál es la causa o las causas de la diabetes?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2
<b>3. ¿Sabe por qué le dio diabetes a usted?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿por qué? _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2
<b>4. ¿Sabe usted qué es la diabetes? / ¿En qué consiste?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2
<b>5. ¿La diabetes se cura?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2 3
<b>6. ¿Qué factores descompensan su enfermedad o provocan recaídas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2
<b>7. ¿Qué daños puede producir la diabetes en su organismo?/ ¿Qué órganos afecta?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daños u órganos que afecta _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2
<b>8. ¿Sabe si usted tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí sabe _____ ¿Cuál? _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2
<b>9. ¿La falta de tratamiento de la diabetes puede causarle daños a la salud?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Cuáles? _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2 3
<b>10. ¿Sabe cuál es la cifra normal de azúcar en sangre que debe tener una persona en ayunas (al levantarse)?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cifra _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>		1 2

11. ¿Dónde adquirió los conocimientos sobre su enfermedad?	1 2
12. ¿Además de la diabetes tiene alguna otra enfermedad?	1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Cuál(es)? _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>	
<b>ACTITUDES /PERCEPCIONES</b>	
13. ¿Cree que el tratamiento que le dan para la diabetes le hace algún daño a su organismo?	1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Cuáles daños? _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>	
14. ¿Se ha sentido discriminado, aislado o diferenciado por tener diabetes?	1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ Explique _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>	
15. ¿Se siente deprimido o triste por tener diabetes?	1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Por qué? _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>	
16. ¿Tener diabetes lo pone en desventaja (se siente diferente) con respecto a los que no la tienen?	1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Por qué? _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>	
17. ¿Tener diabetes le impide llevar a cabo su vida cotidiana como los demás?	1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Por qué? _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>	
18. ¿Tiene apoyo de su familia o de amigos (as) para el control adecuado de su diabetes?	1 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Cómo lo apoyan? _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué no lo apoyan? _____</li> </ul>	
19. ¿Le parece importante que sus familiares reciban pláticas o información sobre la diabetes?	1 2 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Por qué? _____</li> <li>• No _____</li> <li>• No sabe _____</li> </ul>	
20. ¿Siente o ha sentido que por su enfermedad es una carga para su familia?	1 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Por qué? _____</li> <li>• No _____</li> </ul>	
<b>PRÁCTICAS</b>	
21. ¿Está recibiendo tratamiento para la diabetes?	1 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	
22. ¿Lleva el tratamiento tal cuál como se lo dice el doctor o la doctora?	1 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	
23. ¿Ha asistido con sus familiares a talleres informativos sobre la diabetes?	1 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	
	1 2

<p><b>24. ¿Consumes al menos de 1 ó 2 frutas y/o vegetales cada día?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>25. ¿Realiza por lo menos 30 minutos de alguna actividad física o ejercicio diariamente?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____ ¿Cuál actividad? _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué no? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>26. ¿Se revisa periódicamente los pies para detectar lesiones en la piel?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>27. ¿Con que frecuencia se hace examen de sangre en un laboratorio para saber si su glicemia está bien?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 vez al mes _____</li> <li>• 1 vez cada 3 meses _____</li> <li>• Más de 3 meses _____</li> <li>• Nunca _____</li> </ul>	<p>1 2 3 4</p>
<p><b>28. ¿Usted tiene glucómetro en su casa para medir el azúcar en la sangre?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>29. ¿Cada cuánto se mide el azúcar en la sangre?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>30. ¿Ha asistido a consulta de oftalmología?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>31. ¿Ha asistido a consulta con un Nutriólogo?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>32. ¿Ha asistido a consulta de Psicología?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí _____</li> <li>• No _____ ¿Por qué? _____</li> </ul>	<p>1 2</p>
<p><b>33. ¿Qué otras medidas además de la dieta, los medicamentos y el ejercicio realiza para ayudar a controlar su diabetes?</b></p> <p>_____</p>	<p>1 2</p>
<p>Le agradezco el tiempo prestado para esta encuesta. En las próximas semanas lo(la) estaremos invitando a unas sesiones educativas que se realizarán en la colonia.</p>	

## Anexo 2

### Ficha de calificación de las respuestas

#### CONOCIMIENTOS

**P6** Sobre la pregunta 1 ¿Cuál es el nombre de su enfermedad?

- (A) Adecuado: Que conozca como mínimo que se llama Diabetes.  
(I) Inadecuado: Que no sepa el nombre (azúcar o alguna otra enfermedad)

**P7** Sobre la pregunta 2 ¿Cuál es la causa o las causas de la diabetes?

- (A) Adecuado: si menciona al menos dos de las siguientes opciones:

Obesidad (estilos de vida, sedentarismo, mala alimentación),  
Hereditario (diabetes gestacional)  
Biopsicosociales (Alteraciones emocionales, estrés psicológico, conducta, emocional).

- (I) Inadecuado: Que crea que se contagió. O que es un virus o que de cualquier otra explicación que involucra otra etiopatogenia. (NS) no sabe.

**P8** Sobre la pregunta 3 ¿Sabe porque le dio diabetes a usted?

- (A) adecuado: si menciona al menos un de las siguientes opciones (listado de los factores de riesgo sobre los cuales haya evidencia científica) (I) Inadecuado: Otra: contagio, infección, maleficio, etc (NS) no sabe

**P9** Sobre la pregunta 4 ¿Sabe usted qué es la diabetes? / ¿En qué consiste?

- (A) Adecuado: Que sepa que es una enfermedad donde ocurre **UNA ALTERACIÓN METABÓLICA**, que produce elevación de la glucosa en la sangre (azúcar en sangre). Mal funcionamiento del páncreas en la producción de la insulina.  
(I) Inadecuado: Otra distinta (NS) no sabe

**P10** Sobre la pregunta 5 ¿La diabetes se cura?

- (A) Adecuado: Que sepa que no se cura, que se controla  
(I) Inadecuado: Crea que es una enfermedad curable a largo o corto tiempo. (NS) no sabe

**P11** Sobre la pregunta 6 sabe ¿qué factores descompensan su enfermedad o provocan recaídas?

- (A) Adecuado: Identifique que factores descompensan su enfermedad:

- Dejar medicación
- No seguir una dieta
- Sedentarismo
- Alteraciones emocionales
- Tener infecciones sobre agregadas

- (I) Inadecuado: otra  
(NS) no sabe

**P12** Sobre la pregunta 7 ¿Qué daños puede producir la diabetes en su organismo?/ ¿Qué órganos afecta?

- (A) Adecuado: Que conozca al menos 3 de las siguientes complicaciones:

1. Complicaciones oculares. (Ojo)
2. Complicaciones renales. (Riñón)
3. Pie diabético.
4. Neuropatía diabética y daño nervioso (Sistema nervioso)
5. Complicaciones vasculares.
6. 6. Complicaciones cardio vasculares .

- (I) Inadecuado: Que no conozca ninguna o sólo una de las complicaciones mencionadas. (NS) no sabe

**P 13** Sobre la pregunta 8 ¿Sabe si usted tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes? (Contrastado con la historia clínica)

- (A) Adecuado: Que conozca qué complicación presenta y que esta sea derivada de la diabetes.  
(I) Inadecuado: otro  
(NS) no sabe

**P14** Sobre la pregunta 9 ¿La falta de tratamiento de la diabetes puede causarle daños a la salud?

- (A) Adecuado: si sabe de las complicaciones de la falta de tratamiento  
(I) Inadecuado: Que no les pasa nada (NS) no sabe

**P15** Sobre la pregunta 10 ¿Sabe cuál es la cifra normal de azúcar en sangre que debe tener una persona en ayunas (al levantarse)?

- (A) Adecuado: Menor a 110
- (I) Inadecuado: mayor a 110
- (NS) no sabe

Sobre la pregunta 11 ¿Dónde adquirió los conocimientos sobre su enfermedad?

Pregunta para comparar de donde proviene la información y qué tipo de información es la que reciben

1. Grupo de diabetes
  2. Personal de Salud: médicos, enfermeras
  3. Medios de comunicación masiva: internet, revistas, TV, radio
  4. Amigos, otros pacientes, familiares
  5. Otros medios: farmacia, vendedores ambulantes, tiendas naturistas
- (NS) no sabe

Sobre la pregunta 12 ¿Además de la diabetes tiene alguna otra enfermedad?

Conocer qué otras patologías tiene la persona para planear las actividades educativas

- 0.- No tiene otra enfermedad
  - 1.- Sí tiene otra enfermedad
- (NS) no sabe

### ACTITUDES

**P16** Sobre la pregunta 13 ¿Cree que el tratamiento que le dan para la diabetes le hace algún daño a su organismo?

- Sí
- No
- No Sabe

**P17** Sobre la pregunta 14 ¿Se ha sentido discriminado, aislado o diferenciado por tener diabetes?

- Sí
- No
- No Sabe

**P18** Sobre la pregunta 15 ¿Se siente deprimido o triste por tener diabetes?

- Sí
- No
- No Sabe

**P19** Sobre la pregunta 16 ¿Tener diabetes lo pone en desventaja (se siente diferente) con respecto a los que no la tienen?

- Sí
- No
- No Sabe

**P20** Sobre la pregunta 17 ¿Tener diabetes le impide llevar a cabo su vida cotidiana como los demás?

- Sí
- No
- No Sabe

**P21** Sobre la pregunta 18 ¿Tiene apoyo de su familia o de amigos (as) para el control adecuado de su diabetes?

- Sí
- No
- No Sabe

**P22** Sobre la pregunta 19 ¿Le parece importante que sus familiares reciban pláticas o información sobre la diabetes?

- Sí
- No
- No Sabe

**P23** Sobre la pregunta 20 ¿Siente o ha sentido que por su enfermedad es una carga para su familia?

- Sí
- No
- No Sabe

### PRÁCTICAS

**P24** Sobre la pregunta 21 ¿Está recibiendo tratamiento para la diabetes?

- (A) Sí está recibiendo tratamiento
- (I) No está recibiendo tratamiento

**P25** Sobre la pregunta 22 ¿Lleva el tratamiento tal cuál como se lo dice el doctor o la doctora?

- (A) Sí lo lleva tal cual como se lo dice el doctor
- (I) No tal cual se lo recomendaron

**P26** Sobre la pregunta 23 ¿Ha asistido con sus familiares a talleres informativos sobre la diabetes?

- (A) Sí ha asistido con sus familiares a talleres informativos
- (I) No ha asistido con sus familiares a talleres informativos

**P27** Sobre la pregunta 24 ¿Consume al menos de 1 ó 2 frutas y/o vegetales cada día?

- (A) Sí consume por lo menos de 1 a 2 frutas y/o vegetales durante el día
- (I) No consume por lo menos de 1 a 2 frutas y/o vegetales durante el día

**P28** Sobre la pregunta 25 ¿Realiza por lo menos 30 minutos de alguna actividad física o ejercicio diariamente?

- (A) Sí realiza por lo menos 30 minutos de alguna actividad física diariamente
- (I) No realiza por lo menos 30 minutos de alguna actividad física diariamente

**P29** Sobre la pregunta 26 ¿Se revisa periódicamente los pies para detectar lesiones en la piel?

- (A) Sí se revisa periódicamente los pies para detectar lesiones en la piel
- (I) No se revisa periódicamente los pies para detectar lesiones en la piel

**P30** Sobre la pregunta 27 ¿Con qué frecuencia se hace examen de sangre en un laboratorio para saber si su glicemia está bien?

- (A) Una vez al mes o cada 3 meses
- (I) Más de 3 meses o nunca

**P31** Sobre la pregunta 28 ¿Usted tiene glucómetro en su casa para medir el azúcar en sangre?

- (A) si, si tiene glucómetro en casa
- (I) no, no tiene glucómetro en casa

**P33** Sobre la pregunta 30 ¿ha asistido a consulta de oftalmología?

- (A) Si ha asistido a consulta de oftalmología
- (I) No ha asistido a consulta de oftalmología

**P34** sobre la pregunta 31 ¿ha asistido a consulta con un nutriólogo/a?

- (A) Si ha asistido a consulta de nutrición
- (I) No ha asistido a consulta de nutrición

**P35** Sobre la pregunta 32 ¿ha asistido a consulta de psicología?

- (A) Si ha asistido a consulta de psicología
- (I) No ha asistido a consulta de psicología

¿Qué otras medidas realiza para ayudar a controlar su diabetes?  
Pregunta indagatoria

### Anexo 3

#### Taller 1

##### Conocimientos

**Objetivo general.** Que el grupo de diabéticos conozca qué es la diabetes y sus factores de riesgo, las complicaciones de la diabetes y la importancia de llevar un tratamiento adecuado de la diabetes y reflexione sobre los factores de riesgo que tiene cada uno de los asistentes.

**Justificación:** 33% no sabe qué es la diabetes, 37% no conocen los factores de riesgo de la diabetes ni los factores de riesgo propios, 33% cree que el medicamento que le recetan la hace daño.

Tiempo aproximado: 2 horas

Fecha y Hora:

Lugar: Instalaciones del Centro de salud de Altavista

Refrigerio: fruta picada, jugos, agua embotellada

Dinámica	Objetivo	Metodología	Duración	Recursos
Presentación del proyecto	Que el grupo de diabéticos conozca al grupo de trabajo y la importancia del trabajo sobre los conocimientos de la diabetes, para generar la empatía necesaria y el compromiso por parte del grupo de diabéticos.	El encargado principal del grupo de trabajo se presentará y dará a conocer los objetivos del proyecto.	5 minutos	Espacio amplio Sillas Papelógrafo Etiquetas Plumones
Presentación del grupo	Que los integrantes del grupo de diabéticos se integren y se reconozcan como parte del grupo y remarcar la importancia	Se hará un círculo, de tal forma que todos se vean, el encargado de la dinámica comienza con la bola de estambre en la mano y explica que se	10 minutos	Bola de estambre Etiquetas Plumones Papelógrafo

	del grupo de diabéticos para el apoyo en el control de la enfermedad.	presenten cuando les caiga la bola de estambre, diciendo su nombre y ¿por qué consideran importante trabajar con el grupo de diabéticos? El primero en presentarse es el encargado de la dinámica, y tira la bola de estambre a un integrante del grupo quedándose con el extremo, quien reciba la bola se presenta deteniendo una parte de estambre en su mano y tira la bola a otro compañero y así sucesivamente de tal forma que al final quede armada una gran telaraña. (Mientras el grupo se presenta un encargado de grupo se encargará de colocarles etiquetas con su nombre después de que se vayan presentando y otro integrante del equipo de trabajo colocará en un papelógrafo lo que se vaya contestando a la pregunta ¿Por qué consideran importante trabajar con el grupo de diabéticos?). Al término de la presentación de todos, el encargado de la dinámica hará una reflexión retomando lo que se contestó en la pregunta inicial de forma simbólica con la red que se construyo, remarcando la importancia de todos para esa red, donde si alguno suelta su extremo de estambre la red dejará de funcionar.		Cinta adhesiva
Ejercicios de	Remarcar la importancia que el	El encargado explicará la importancia	10 minutos	Experto en educación

calentamiento	ejercicio y la actividad física es una actividad diaria para todos. Crear un ambiente relajado	de la actividad física como parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y dará una serie de movimientos de estiramiento para que los sujetos puedan realizarlos en ese momento y en cualquier otra ocasión.		física Espacio amplio
Evaluación pretest	Conocer la información con la que cuentan antes de recibir la información que se les dará en taller.	El encargado con ayuda de la enfermera y la pasante de enfermería aplicaran un test.	5 minutos	Evaluación pretest Plumas
¿Qué es la diabetes?	Reforzar la información sobre lo que es la diabetes.	-Preguntar a las personas asistentes qué es la diabetes. Promover la participación de todas. -Reforzar la ideas positivas y comentar las que se consideren erróneas -Hacer un resumen por medio de una exposición visual llevada a cabo por un médico experto en diabetes.	10 minutos	Video de la diabetes Computadora Proyector
¿Cuáles son los factores de riesgo?	Reforzar la información sobre los factores de riesgo de la diabetes y los factores de riesgo propios.	Preguntar a las personas asistentes sobre las “causas de la diabetes “o los factores de riesgo. -Reforzar la ideas positivas y comentar las que se consideren erróneas Por medio de una exposición visual se explicará cuales son los factores de riesgo numerando los FR y tratando de que queden entendibles y fáciles de recordar. 1. Herencia 2. Falta de ejercicio 3. Sobrepeso	20 minutos	Video sobre los factores de riesgo de la diabetes Computadora Proyector Hojas Plumas

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Dieta con muchos azúcares y grasas</li> <li>5. Embarazo</li> <li>6. Alteraciones emocionales</li> </ol> <p>Solicitar a cada uno de los asistentes que reflexione sobre los factores de riesgo a los que estuvieron o están expuestos se les pedirá que coloquen los números en una hoja de papel. Al termino el encargado explicará que puede haber más de un factor al que estuvieron expuestos y resaltará la importancia de reconocer que la mayoría de dichos factores de riesgo son prevenibles y modificables y que depende de uno mismo el reducirlos.</p>		
Complicaciones.	Reforzar la información sobre las posibles complicaciones de la diabetes.	<p>Preguntar a las personas asistentes sobre las “complicaciones de la diabetes “.</p> <p>-Reforzar la ideas positivas y comentar las que se consideren erróneas</p> <p>--Hacer un resumen por medio de una exposición visual llevada a cabo por un médico experto en diabetes sobre las principales complicaciones de la diabetes y la importancia de un tratamiento adecuado para que éstas se reduzcan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complicaciones oculares. (Ojo)</li> <li>2. Complicaciones renales. (Riñón)</li> <li>3. Pie diabético.</li> </ol>	15 minutos	<p>Video de las complicaciones de la diabetes</p> <p>Computadora</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas</p> <p>Plumas</p>

		<p>4. Neuropatía diabética y daño nervioso (Sistema nervioso)</p> <p>5. Complicaciones vasculares.</p> <p>6. Complicaciones cardio vasculares .</p> <p>Reforzar la importancia de las visitas médicas periódicas para detectar tempranamente las complicaciones.</p> <p>Solicitar a cada uno de los asistentes que identifique si tiene o no complicaciones.</p>		
Daño del medicamento: efectos secundarios vs. Beneficios del tratamiento adecuado.	Informar sobre la importancia de llevar un tratamiento adecuado para la prevención de las complicaciones de la diabetes.	<p>Se hará una lluvia de ideas, donde contestaran a la pregunta ¿los medicamentos que reciben para el tratamiento para la diabetes les generan algún daño al organismo? ¿Qué daños genera?</p> <p>Se hará un grupo de discusión en base a lo observado en la lluvia de ideas y se pondrá una balanza donde se muestren algunos efectos secundarios de los medicamentos vs. Los beneficios de llevar un tratamiento adecuado para evitar las complicaciones que se vieron en el video.</p>	20 minutos	Plumones Cinta adhesiva Papelógrafo.
Ejercicio de estiramiento	Recordar los ejercicios que se hicieron al inicio de la sesión para que los participantes los realicen posteriormente.	Se les pedirá a los participantes que repitan los ejercicios que se realizaron al principio de la sesión como técnica de relajación y para observar si se aprendieron bien.	5 minutos	Experto en educación física Espacio amplio

Evaluación postest.	Conocer la información que adquirieron después de recibir la información en el taller.	El encargado con ayuda de la enfermera y la pasante de enfermería, aplicaran el test.	5 minutos	Evaluación postest Plumas
Cierre	Que el grupo de diabéticos se sienta comprometido para asistir a las siguientes sesiones, sintiéndose como miembro de un grupo.	Al término de la sesión se les dará una carta compromiso, se les leerá invitándoles a seguir asistiendo a los siguientes talleres, la firmarán y se programará la siguiente sesión.	5 minutos	Carta compromiso Plumas

## Taller 2.

### Prácticas

**Objetivo general.** Que el grupo de diabéticos genere estrategias para la realización de actividad física con base en el grupo de apoyo.

**Justificación:** 62% de la población no realiza por lo menos 30 minutos de alguna actividad física diariamente.

Tiempo aproximado: hora y media

Fecha y Hora:

Lugar: Instalaciones del Centro de salud de Altavista

Refrigerio: fruta picada, jugos, agua embotellada.

Dinámica	Objetivo	Metodología	Duración	Recursos
La importancia del ejercicio y/o actividad física en la vida diaria.	Remarcar la importancia de que el ejercicio y la actividad física es una actividad diaria para todos.	El encargado explicará la importancia de la actividad física como parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y dará una serie de movimientos de estiramiento para que los sujetos puedan realizarlos en ese momento y en cualquier otra ocasión.	10 minutos	Educador físico Papelógrafo Plumones Cronometro
Ejercicios de estiramiento (pre-calentamiento)	Importancia del ejercicio y/o actividad física en el tratamiento de la diabetes.	Preparar el sistema músculo-esquelético, respiratorio y cardiovascular para las etapas posteriores más intensas previniendo, de esta forma, generar lesiones.	10 minutos	Educador físico Cronómetro
La actividad física como parte de mi vida	Comprender que la actividad física es el elemento central en	Se formaran grupos de 6 personas y se les pedirá que discutan entre ellos los	15 minutos	Educador físico Papelógrafo

	el control de los factores de riesgo para la prevención de la diabetes.	hábitos que tienen con relación a la actividad física, posteriormente compararán sus propios hábitos con las recomendaciones establecidas por los parámetros establecidos por la Norma Oficial Mexicana. Al término el encargado remarcará la importancia del ejercicio y la actividad física en el tratamiento para evitar complicaciones de la diabetes haciendo énfasis en que las actividades pueden resultar fáciles y amenas y que se pueden realizar en cualquier momento del día.		Plumones Cronómetro
Test de marcha 6 minutos (TM6')	Evaluar la capacidad funcional aeróbica, expresada en la distancia que un paciente puede caminar rápidamente durante 6 minutos, en una superficie plana.	El encargado evaluará la respuesta global e integrada de todos los sistemas involucrados durante la marcha de los sujetos. Durante 6 minutos los participantes caminarán ida y vuelta por un circuito varias veces, (en caso que alguno sienta que le falta el aire o se fatigue puede bajar el ritmo o incluso si fuera necesario detenerse, retomando la caminata lo antes posible). El encargado tratará de estimularlos durante la prueba con frases como 2lo están haciendo muy bien solo les falta 1 min, 30 segundos etc. Al finalizar la prueba se marcará el sitio donde quedo cada participante y se le dirá cuantas vueltas dio. Se les felicitará.	15 minutos	Educador físico Enfermeras Cinta métrica Cronómetro monitores de ritmo cardíaco Reloj mural Esfigmomanómetro Estetoscopio.

		<p>Con ayuda de las enfermeras se les medirá la frecuencia cardíaca, y presión arterial, así como checar los síntomas que tenga cada sujeto. Al finalizar se les dará su marcaje y se les estimulará para que puedan mejorarla la próxima vez. (En caso de que el paciente presente alguno de los siguientes síntomas: dolor en el pecho, disnea intensa, calambres en las piernas, mareos/caminar tambaleante, marcada palidez facial o necesidad de detenerse, se le pedirá que de por terminada la actividad y serán canalizados con las enfermeras para un chequeo.</p> <p><b>Clasificación del nivel alcanzado en cada test:</b>  Nivel A, malo: &lt; 350 metros  Nivel B, regular: 350-450 metros  Nivel C, bueno: 450-650 metros  Nivel D, muy bueno: &gt;650 metros.</p>		
¿Cómo me siento con la actividad física	Determinar la percepción subjetiva del nivel de cansancio o fatiga física individual después de la actividad.	<p>El encargado pondrá en un papelógrafo la siguiente tabla: de preferencia con dibujos de cansancio</p> <p>0 Absolutamente nada cansado  1 Muy poco cansado  2 Moderado  4 Pesado  5 Muy cansado</p>	10 minutos	Papelógrafo con tabla. Fichas con nombre de cada participante Pegamento

		<p>6 Demasiado cansado</p> <p>Se le pedirá a cada participante que ponga una fichita con su nombre en la casilla que crea que le corresponde dependiendo a como se siente después de realizar la actividad.</p> <p>El encargado hará mención que el nivel de fatiga está relacionado con la poca actividad física que tenemos pero que si ésta se realiza constantemente el nivel de fatiga disminuye y aumenta el sentirnos bien.</p>		
¿Y por qué no hacer actividad física?	Identificar oportunidades para aumentar el nivel de la actividad física en la vida diaria.	<p>Se formarán grupos de trabajo y se les pedirá que pongan en una hoja:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qué tipo de actividad física pueden realizar</li> <li>2. En dónde podrían hacer ese tipo de actividades</li> <li>3. Qué necesitarían para realizarlas</li> <li>4.- Qué impediría que las realizaran</li> </ol> <p>Al término se hará una lluvia de ideas y se consensará sobre las respuestas obtenidas y se buscarán estrategias grupales para seguir realizando las actividades físicas por ellos mismos.</p>	15 minutos	<p>Papelógrafo</p> <p>Pegamento</p> <p>Plumas</p> <p>Hojas</p>
El factor «tiempo» como una barrera para realizar actividad física.	Disminuir la percepción del factor tiempo como limitante para la realización de actividad física.	<p>Se formaran grupos de trabajo de 6 personas</p> <p>El encargado de la actividad pedirá que en una hoja pongan:</p>	15 minutos	<p>Papelógrafo</p> <p>Pegamento</p> <p>Plumas</p> <p>Hojas</p>

		<p>El o los momentos durante el día para realizar actividad física. (Días, horarios, eventos, etc.)</p> <p>Con quién les gustaría realizar la actividad física.</p> <p>Al término se hará un intercambio de experiencias en base a los testimonios personales, buscando el asignar un tiempo durante el día para realizar actividad física en grupo.</p>		
Cierre	Elaborar un plan individual de actividad física semanal.	<p>Con base en lo que se vio en la dinámica anterior se les pedirá que individualmente elaboren en una hoja un plan de actividad física donde coloquen:</p> <p>Tipo de actividad física que se realizó, la fecha en que se realizó la actividad física, el tiempo (minutos) que se le dedicó y como se sintió al finalizar la actividad física. Al término hacer un compromiso frente al grupo de realizar las actividades por una semana para compartir las experiencias en el próximo taller.</p>	10 minutos	<p>Papelógrafo</p> <p>Pegamento</p> <p>Plumas</p> <p>Hojas</p>

### Taller 3

#### Actitudes y percepciones

#### Motivacional

**Objetivo general:** Generar una mayor autoestima en el grupo de diabéticos.

**Justificación.** 50% se siente deprimido, 33% se siente aislada o diferenciada por tener diabetes y o en desventaja con respecto a los que no tienen la enfermedad.

Tiempo aproximado: 2 horas

Fecha y Hora:

Lugar: Instalaciones del Centro de salud de Altavista

Refrigerio: fruta picada, jugos, agua embotellada

Dinámica	Objetivo	Metodología	Duración	Recursos
Estiramiento	Remarcar la importancia que el ejercicio y la actividad física es una actividad diaria para todos.	El encargado con base al taller anterior explicará la importancia de la actividad física como parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y el compromiso de cada sujeto para prevenir las complicaciones. Se les pedirá que comenten las actividades que realizaron en la semana con relación a su plan de actividades físicas y como se han sentido a la fecha, posteriormente cada sujeto realizará 10 minutos de alguna actividad física que hayan realizado previamente (en caso de que	15 minutos	Papelógrafo Pegamento Plumas Hojas

		alguien no hubiera realizado el plan de actividad física se le pedirá que se una a otro compañero que sí lo hizo y realice los mismos ejercicios).		
Integrándome cantando.	Fortalecer dentro del club de diabéticos las redes de apoyo del paciente con diabetes.	Se le dará a cada integrante una etiqueta con una parte de una canción y se le pedirá que cantando y bailando el pedazo de canción que les tocó busquen a los integrantes que estén cantando y bailando la misma canción que ellos. Cuando estén en grupo se les pedirá que contesten la pregunta ¿Cuáles son las cualidades de cada uno de ellos y que estaría dispuesto a ofrecer al grupo? Cuando finalicen un encargado dirá cuales son las cualidades de su grupo y que están dispuestos a ofrecer al grupo en general.	15 minutos	Papelógrafo Pegamento Plumas Hojas Etiquetas de canciones Grabadora
El estrés y yo.	Identificar situaciones que producen estrés y cómo prevenirlas	Se formaran grupos y se les pedirá que en una hoja enlisten las situaciones que cotidianas que producen estrés y las acciones que ellos propondrían para prevenirlas o erradicarlas. Al término de la actividad se hará una lluvia de ideas y se le hará un consenso sobre las alternativas que cada sujeto tiene para prevenir las situaciones de estrés.	10 minutos	Papelógrafo Pegamento Plumas Hojas
Caminaremos juntos	Fomentar el apoyo del grupo: para acompañarse a salir a	Se formarán dos círculos, uno dentro del otro; los integrantes de adentro	15 minutos	Papelógrafo Pegamento

	<p>caminar, para platicar, para ir fuera de la comunidad a recreación.</p>	<p>viendo a los ojos a los que están afuera, se les pedirá que de manera rápida se contesten entre ellos la siguiente pregunta ¿Yo que hago para no sentirme triste por tener diabetes? Cuando los dos se hayan escuchado los de afuera rotarán a su derecha y responderán la misma pregunta con su nuevo compañero. Cuando hayan pasado todos, el encargado preguntará al grupo cuáles fueron las impresiones que sintieron al escuchar a los otros y resaltaré la importancia de trabajar con personas que con la misma enfermedad tienen estrategias diferentes para sentirse bien.</p>		<p>Plumas Hojas</p>
<p>Conferencia INAPAM</p>	<p>Brindar información sobre los programas que ofrece el INAPAM para el apoyo de las personas adultas mayores.</p>	<p>Conferencia por parte de la trabajadora Social del INAPAM, sobre los servicios que ofrece la institución. Al término de la conferencia de la trabajadora social se repartirán dípticos con la información que se llevo a cabo.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Papelógrafo Pegamento Plumas Hojas Computadora Proyector Extensiones</p>
<p>Conferencia DIF</p>	<p>Brindar información sobre los programas que ofrece el DIF para el apoyo de las personas adultas mayores.</p>	<p>El encargado de la dinámica ofrecerá una plática explicando los beneficios del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor que ofrece el DIF Cuernavaca. Al término de la plática se repartirán dípticos con la información que se ofreció.</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Papelógrafo Pegamento Plumas Hojas Computadora Proyector Extensiones</p>
<p>Conferencia SEDESOL</p>	<p>Brindar información sobre los</p>	<p>El encargado de la dinámica ofrecerá</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Papelógrafo</p>

	programas que ofrece el programa 70 y más de SEDESOL para el apoyo de las personas adultas mayores.	una plática explicando los beneficios del programa 70 y más que ofrece SEDESOL. Al término de la plática se repartirán dípticos con la información que se vio.		Pegamento Plumas Hojas Computadora Proyector Extensiones
Cierre	Evaluar los resultados del taller y dar por concluido los talleres.	El encargado aplicará el cuestionario de evaluación de resultados. Al término se hará la clausura de los talleres agradeciendo a los participantes e invitándolos a un refrigerio.	10 minutos	Plumas Evaluación de resultados

## Anexo 4



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS  
CON DIABETES TIPO II (Folio: \_\_\_\_\_) fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M \_\_\_\_\_

### CONOCIMIENTOS

1. ¿Sabe usted qué es la diabetes? / ¿En qué consiste?

---

---

2. ¿Cuál es la causa o las causas de la diabetes?

---

---

3. ¿Qué daños puede producir la diabetes en su organismo? / ¿Qué órganos afecta?

---

---

4. ¿Cree que el tratamiento que le dan para la diabetes le hace algún daño a su organismo?

---

---

5.- ¿la información que recibió fue importante para usted? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6.- ¿la información fue clara y/o precisa o le dejó con algunas dudas? \_\_\_\_\_

7.- ¿le gustó la forma en que le dieron la información? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8.- ¿la persona que le dio la información lo(a) trato con respeto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9.- ¿recomendaría éste taller a otras personas diabéticas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10.- ¿Recomendaría algunos cambios al taller? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Le agradezco el tiempo prestado para la realización de este cuestionario.

## Anexo 5



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

### CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES TIPO II (Folio: \_\_\_\_\_) fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M \_\_\_\_\_

A qué taller asistió:

1. Conocimientos: \_\_\_\_\_
2. Prácticas (actividad física): \_\_\_\_\_
3. Actitudes (Motivación): \_\_\_\_\_

#### CONOCIMIENTOS

1. ¿Sabe usted qué es la diabetes? / ¿En qué consiste?

---

---

2. ¿Cuál es la causa o las causas de la diabetes?

---

---

3. ¿Qué daños puede producir la diabetes en su organismo? / ¿Qué órganos afecta?

---

---

4. ¿Cree que el tratamiento que le dan para la diabetes le hace algún daño a su organismo?

---

---

#### ACTITUDES /PERCEPCIONES

5. ¿Cree que el tratamiento que le dan para la diabetes le hace algún daño a su organismo?

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles daños? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_

6. ¿Se ha sentido discriminado, aislado o diferenciado por tener diabetes?

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_

7. ¿Se siente deprimido o triste por tener diabetes?

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_

8. ¿Considera que tener diabetes lo pone en desventaja (se siente diferente) con respecto a los que no la tienen?

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_

9. ¿Considera que tener diabetes le impide llevar a cabo su vida cotidiana como los demás?

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

- No sabe \_\_\_\_\_

**10. ¿Tiene apoyo de su familia o de amigos (as) para el control adecuado de su diabetes?**

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Cómo lo apoyan? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué no lo apoyan? \_\_\_\_\_

**11. ¿Siente o ha sentido que por su enfermedad es una carga para su familia?**

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_

**PRÁCTICAS**

**12. ¿Está recibiendo tratamiento para la diabetes?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**13. ¿Lleva el tratamiento tal cuál como se lo dice el doctor o la doctora?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**14. ¿Consume al menos de 1 ó 2 frutas y/o vegetales cada día?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**15. ¿Realiza por lo menos 30 minutos de alguna actividad física o ejercicio diariamente?**

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Cuál actividad? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué no? \_\_\_\_\_

**16. ¿Dónde lo realiza?**

\_\_\_\_\_

**17. ¿Se reúne en grupo para la realización de actividad física o ejercicio?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**18. ¿Ha asistido al grupo que se formó para la realización de actividad física?**

- Sí \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**19. ¿Le sirvieron los talleres para que usted realice más actividad física?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**20. ¿Con que frecuencia se hace examen de sangre en un laboratorio para saber si su glicemia está bien?**

- 1 vez al mes \_\_\_\_\_
- 1 vez cada 3 meses \_\_\_\_\_
- Más de 3 meses \_\_\_\_\_
- Nunca \_\_\_\_\_

**21. ¿Ha asistido a consulta especializada de oftalmología?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**22. ¿Ha asistido a consulta especializada con un Nutriólogo?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**23. ¿Ha asistido a consulta especializada de Psicología?**

- Sí \_\_\_\_\_
- No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Le agradezco el tiempo prestado para la realización de este cuestionario.

Anexo 6

Variables	Antes del taller de conocimientos		Después del taller de conocimientos		3 meses después de la intervención		Valor de p		
	% Adecuado	IC 95%	% Adecuado	IC 95%	% Adecuado	IC 95%	pre-post	post-3 meses después	pre-3 meses después
<b>CONOCIMIENTOS</b>									
Sabe qué es la diabetes	20.83%	.0331571 .3835096	55%	.3111171 .7888829	79.16%	.6164904 .9668429	0.019	0.0866	0.0001
Conoce las causas de la diabetes	12.50%	-.0176539 .2676539	55%	.3111171 .7888829	83.33%	.6725806 .9940861	0.0026	0.0403	0
Conoce las complicaciones de la diabetes	75.00%	.5632222 .9367778	90%	.7559482 1.044052	95.83%	.8721393 1.044527	0.199	0.4446	0.0409
<b>ACTITUDES Y PERCEPCIONES</b>									
El tratamiento no genera daños	58.33%	.3706774 .7959893	95%	.8453488 1.054651	83.33%	.6725806 .9940861			0.0567
No se ha sentido discriminado por tener diabetes	62.50%	.416176 .833824			83.33%	.6725806 .9940861			0.1044
No se siente deprimido por tener diabetes	54.16%	.3267444 .756589			75.00%	.5632222 .9367778			0.1313
No se siente en desventaja por tener diabetes	62.50%	.416176 .833824			62.50%	.416176 .833824			1
La diabetes no le impide llevar su vida cotidiana normal	79.16%	.6164904 .9668429			58.33%	.3706774 .7959893			0.1195
<b>PRÁCTICAS</b>									
Está recibiendo tratamiento para la diabetes	95.83%	.8721393 1.044527			100%	. .			0.3122
Lleva el tratamiento tal cual se lo dice el doctor	66.66%	.4633287 .8700046			87.50%	.7323461 1.017654			0.086
Se hace exámenes en sangre en laboratorio entre 1 a 3 meses para el control de glucosa	54.17%	3267444 .756589			100%				0.0002

<b>Consumo al menos 1 o 2 frutas y/o vegetales al día</b>	83.33%	.6725806 .9940861			91.66%	.7974492 1.035884			0.3827
<b>¿Realiza por lo menos 30 min. de AF o ejercicio diariamente?</b>	37.50%	.166176 .583824			79.16%	.6164904 .9668429			0.0034
<b>Asistencia a consulta de oftalmología</b>	29.16%	.0956076 .4877257			37.50%	.166176 .583824			0.5403
<b>Asistencia a consulta de nutrición</b>	37.50%	.166176 .583824			45.83%	.243411 .6732556			0.5582
<b>Asistencia a consulta de psicología</b>	<b>12.50%</b>	<b>-.0176539 .2676539</b>			<b>0.00%</b>	<b>. .</b>			<b>0.0736</b>

