



Instituto Nacional  
de Salud Pública

*Generación de conocimiento  
para el desarrollo de políticas de salud*

---

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA/  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO  
2009-2011

**TITULO DEL PTP:**

REFORZAMIENTO DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
DIABÉTES MELLITUS, A TRAVÉS DE ASPECTOS PSICOSOCIALES EN EL  
CENTRO DE SALUD DE PETO, YUCATÁN 2012

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL  
GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA PRESENTA

ALUMNO Jorge Francisco Gómez Pech

[draxonos@hotmail.com](mailto:draxonos@hotmail.com)

CUERNAVACA, MORELOS; A JUNIO DE 2013.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

Generación de conocimiento  
para el desarrollo de políticas de salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA/  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO  
2009-2011

**TITULO DEL PTP:**

REFORZAMIENTO DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
DIABÉTES MELLITUS, A TRAVÉS DE ASPECTOS PSICOSOCIALES EN EL  
CENTRO DE SALUD DE PETO, YUCATÁN 2012

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL  
GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA PRESENTA

ALUMNO Jorge Francisco Gómez Pech

[draxonos@hotmail.com](mailto:draxonos@hotmail.com)

**COMITÉ DEL PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL:**

**DIRECTOR:** MSP Doris Pool Heredia  
Responsable Estatal del Programa de Atención  
a la Salud del Adulto Servicios de Salud de Yucatán

**ASESOR:** MSP Beatriz Eugenia Navedo Ávila  
Hospital Psiquiátrico Yucatán  
Servicios de Salud de Yucatán

CUERNAVACA, MORELOS; A JUNIO DE 2013.

## Índice

• <b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
• <b>Antecedentes</b> .....	<b>5</b>
• <b>Marco teórico o Conceptual</b> .....	<b>9</b>
• <b>Planteamiento del Problema</b> .....	<b>14</b>
• <b>Justificación</b> .....	<b>15</b>
• <b>Objetivos</b> .....	<b>17</b>
• <b>Material y Métodos</b> .....	<b>18</b>
• <b>Consideraciones éticas</b> .....	<b>21</b>
• <b>Resultados</b> .....	<b>23</b>
• <b>Discusión y Conclusiones</b> .....	<b>27</b>
• <b>Recomendaciones</b> .....	<b>29</b>
• <b>Limitaciones del estudio</b> .....	<b>30</b>
• <b>Bibliografía</b> .....	<b>31</b>
• <b>Anexos</b> .....	<b>33</b>
<b>Mapas</b> .....	<b>34</b>
<b>Gráficos</b> .....	<b>34</b>
<b>Tablas</b> .....	<b>36</b>
<b>Instrumentos</b> .....	<b>37</b>
<b>Cartas descriptivas</b> .....	<b>40</b>
<b>Carta de Consentimiento informado</b> .....	<b>51</b>

## **Introducción.**

El presente documento es la integración y reporte de la realización del proyecto para el reforzamiento de la adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la incorporación de aspectos psicosociales, en el centro de salud de Peto, Yucatán. El municipio de Peto, Yucatán se encuentra en el cono sur del estado, esta región se caracteriza por concentrar a poblaciones con una alta marginación y un bajo índice de desarrollo humano, de igual manera concentra un población importante de personas indígenas mayas. Por otro lado la diabetes mellitus se ha convertido al igual que en la mayor parte del país en un reto de salud pública que hay que abordar.

El presente estudio tuvo como objetivo Implementar una intervención educativa que incorpore aspectos psicosociales que favorezcan la adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes mellitus, usuarios del Centro de Salud de Peto Yucatán de abril a junio de 2012. En el estudio participaron 30 mujeres, diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, que no se encontraban con adherencia a tratamiento. La adherencia a tratamiento es definida como como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (Martín Alonzo, 2004). Para medir la adherencia a tratamiento se usó la escala de adherencia a tratamiento en personas viviendo con diabetes mellitus tipo 2, versión III, con formada por 55 items, distribuidos en 7 dimensiones. Los resultados obtenidos indican que de las 7 dimensiones: apoyo familiar, organización familiar y comunitaria, ejercicio físico, control médico, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición física, mostraron una diferencia estadísticamente significativa al final de la intervención. Entre los factores que se vieron fortalecidos se encuentran aquellos que se relacionan con aspectos psicosociales como son el apoyo familiar, la organización familiar y comunitaria y la valoración de la condición física.

## **Antecedentes**

### **El municipio de Peto, Yucatán.**

El escenario para realizar la intervención es el municipio de Peto. Este municipio se encuentra en la región del cono sur del estado de Yucatán. Limita al norte con los municipios de Yaxcabá y Tahdziú; al sur con el estado de Quintana Roo, al este con el municipio de Chikindzonot y al Oeste con el municipio de Tzucacab. Dicho municipio pertenece a la jurisdicción sanitaria No. 3 de los Servicios de Salud de Yucatán. Esta zona del estado está caracterizada por su pobreza y su bajo índice de desarrollo humano. Ver Mapa 1.

La cabecera municipal se puede considerar un desarrollo urbano, en contraste las localidades que integran el municipio tienen un acentuado aspecto rural. Este municipio se caracteriza por ser un lugar de tránsito para el vecino estado de Quintana Roo. Las demás localidades sobresalen por ser tierras de cultivo. Entre la actividad económica que se desarrolla en el municipio está la elaboración de calzado, la alfarería, la agricultura y la albañilería. Existe un fenómeno migratorio interno y externo tanto a la capital del municipio, como hacia el estado de Quintana Roo, también se da migración hacia los Estados Unidos.

La pirámide poblacional es de tipo progresivo, cuenta con gran contingente de población joven en la base, que va desapareciendo rápidamente según avanzan los grupos etarios, este tipo de pirámide se caracteriza por mostrar poblaciones muy jóvenes, y con un alto crecimiento. La pirámide poblacional de Peto, muestra una concentración en las edades de 17 a 33 años, lo cual habla de una población joven y económicamente activa. Por otro lado se puede observar que la actividad económica del municipio está orientada a dos sectores el primario y el terciario, esto es a la agricultura y a los servicios. Sin embargo cuando se comparan los datos relacionados con la derechohabiencia el 67.8% de las jefaturas está afiliado al Seguro Popular, mientras que el 7.8 y el 5.8% se encuentran afiliados al IMSS y al ISSSTE, y el 18.6% no cuenta con derechohabiencia a ningún sistema de atención a la salud.

Con respecto a la condición de Maya hablante al menos el 27.8% de las jefaturas de familia hablan maya, de estos el 7.2% habla exclusivamente la lengua Maya. Esto supone un reto al momento de realizar acciones de promoción y prevención de la salud que permitan el acceso de toda la población y que la lengua no se convierta en un obstáculo

Las principales causas de enfermedad son las Infecciones Respiratorias Agudas (511.59 tasa por 1,000 hbs), Infecciones Intestinales por otros (35.19 tasa por 1,000 hbs.), la infección de vías urinarias (28.49, tasa por 1,000 hbs.), ver tabla 1. Con respecto a las principales causas de muerte se tienen en primer lugar a las enfermedades cerebrovasculares (0.43, tasa por 1,000 hbs.), en segundo lugar las enfermedades del corazón (0.43, tasa por 1,000 hbs.), y los tumores Malignos (0.43, tasa por 1,000 hbs.), la Diabetes Mellitus (.39, tasa por 1,000 hbs) Ver tabla 2.

Las principales causas de enfermedad se relacionan con condiciones de pobreza, sin embargo cuando se explora las condiciones de servicios y vivienda (agua potable, luz eléctrica, disposición de excretas), estas no concuerdan con el panorama presentado en la comunidad, que conserva aún rasgos rurales en la mayor parte de su territorio.

Las principales causas de muerte presentan un panorama relacionado con la falta de hábitos de vida saludables, la mayoría de estas causas de muerte pueden ser evitables si se modifica el estilo de vida de la comunidad. Se encuentran conviviendo en la población enfermedades infecciosas y las crónico degenerativas, que nos habla también del proceso de transición epidemiológica.

Con respecto a la respuesta social organizada alrededor de la salud, se puede mencionar que el municipio tiene en la cabecera municipal un centro de salud urbano, un hospital comunitario, y de igual manera existe oferta privada para la atención de la salud y no hay registros de atención de medicina tradicional en la región. Dentro de la estructura de la administración municipal existe una Regiduría de Salud y una Dirección de Salud que coordina acciones a nivel municipal para la atención, traslado, otorgamiento de medicamentos a la población según sea la solicitud y necesidad de la población.

En cuanto a la labor institucional el municipio ve su rol en el cuidado de la salud de la comunidad desde una perspectiva asistencialista. Las personas perciben el cuidado y la atención de la salud como una obligación de las personas que reciben algún apoyo de algún programa de gobierno como oportunidades.

## **La Diabetes Mellitus tipo 2.**

### PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO A NIVEL MUNDIAL.

Los reportes mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se ha constituido en un grave problema de salud pública. A nivel mundial la International Diabetes Federation reporta que en 2008 existían 246 millones de diabéticos y que esta cifra podría seguir aumentando con el incremento de la Obesidad.<sup>1</sup>

En Latino América se constituye en una problemática de relevancia, el número de personas que padecen esta enfermedad, se estima en alrededor de 35 millones, de las cuales 19 millones (54%) viven en América Latina y el caribe, las proyecciones realizada para el 2025 indican que el número de personas viviendo con diabetes mellitus tipo 2, ascenderá a unos 64 millones. Esta condición de salud incrementa el riesgo de muerte prematura porque está asociada a un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. Una persona viviendo con diabetes mellitus tipo 2, presenta un riesgo mayor para la aparición de trastornos visuales enfermedad renal y amputaciones de miembros inferiores.<sup>1</sup>

De manera indirecta la DM2, se considera una causa subyacente de alrededor de 45,000 muertes cada año en América Latina y el Caribe. Debido a problemas específicos de sub registro, se considera que la diabetes podría estar ocasionando una mortalidad mucho mayor que la notificada en las estadísticas vitales. Es posible que el número total de muertes anuales relacionadas con la diabetes en América Latina y el Caribe ascienda aproximadamente a 300,000. México no escapa a esta situación, en el año 2002 se estimó una prevalencia de esta patología de alrededor del 9% para las regiones urbanas y del 3.2% en comunidades rurales.<sup>2</sup>

## PANORAMA EPIDEMIOLOGICO EN MEXICO

Haciendo un recorrido histórico en torno al tema de la diabetes, se puede identificar que es a partir de la década de los 60 que la diabetes hace su aparición en los registros epidemiológicos situándose entre las primeras 20 causas de mortalidad general y desde hace dos décadas dentro de las primeras diez, para situarse en esta década entre las primeras tres causas de muerte.<sup>3</sup>

En cuanto a la morbilidad esta se incrementó de manera constante hasta 1998, ubicándose entre las diez primeras causas de morbilidad, a partir del año 2000, la diabetes se registra en el sistema único de vigilancia epidemiológica en diabetes insulino-dependiente y diabetes mellitus no insulino-dependiente (tipo 2).

En relación a la prevalencia esta se ha incrementado, como indican los resultados de la encuesta nacional de enfermedades crónicas. Dicha encuesta reveló que en el año 1993 se registró que una prevalencia de 8.2% en personas que tenían entre 20 y 69 años. Por su parte en el año 2000 la ENSA, registró una prevalencia de 10.9% en individuos mayores de 20 años. Estas cifras permiten estimar la existencia de alrededor de 6 millones de personas viviendo con diabetes mellitus y de las cuales se desconoce el tipo y la frecuencia de las complicaciones.<sup>3</sup>

Diversos estudios han estimado que los costos de la diabetes en México oscilan entre los 430 millones de dólares, 100 millones de tipo directo (15 millones correspondientes al control metabólico y 84 a servicios adicionales) y 330 millones de dólares por costos indirectos, cabe señalar que el costo global de esta condición de salud ascendió a 600 millones de dólares. Se ha estimado que del 10 al 18% de los costos directos de atención de la diabetes mellitus corresponden a fármacos y el 62% a hospitalizaciones. Se puede asegurar que el prevenir, posponer o disminuir la presentación de complicaciones puede reducir en forma considerable los costos de la enfermedad.<sup>3</sup>

En síntesis se puede observar que existe un incremento en la incidencia, prevalencia y mortalidad ocasionadas por la diabetes mellitus. La enfermedad ha disminuido la edad en la que puede presentarse en el individuo y también se puede observar que ha habido un cambio en los factores de riesgo asociados a ella. Se puede identificar la necesidad de contar con elementos que orienten las acciones de prevención y control de las complicaciones en todos los niveles de atención haciendo un especial énfasis en el primer nivel.

## PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA DIABETES EN YUCATAN Y PETO

En el estado de Yucatán, se observa un panorama epidemiológico similar a lo que ocurre a nivel nacional, con el incremento en la Incidencia y Prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, y en donde la mortalidad desde el año de 1990, se caracteriza por el hecho de que las enfermedades del corazón ocupan el 1er. lugar por defunción. En la ENSA 2000, Yucatán presenta una Prevalencia para DM del 11.8%, la hipertensión arterial del 32.4%, y para obesidad del 29.9%. Se observa que en el año de 2004 la diabetes ocupó la 3ª causa de mortalidad con una tasa de 51.7 x 100,000 habitantes y la enfermedad cerebro vascular ocupó la 5ª causa de muerte con una tasa de 34.5 x 100,000 habitantes. Para el año 2008 la diabetes presentó una tasa de mortalidad de 58.0 x 100,000 hbt ocupando esta patología la 3º causa de defunciones.<sup>4</sup>

En referencia a los casos nuevos de diabetes esta se encuentra dentro de las primeras 16 causas de morbilidad en el estado, ocupando la diabetes en 2005 el 15 ° lugar como causa de enfermedad con una tasa de 253.6 x 100,000 habitantes, y en el 2009 la 13º causa de enfermedad con una tasa de 491.68 x 100,000 hbts. La obesidad, las dislipidemias, la hipertensión y la diabetes mellitus que son factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades del corazón y de los accidentes cerebro-vasculares, son frecuentes en la población adulta de Yucatán. Un factor más que puede favorecer el desarrollo de las enfermedades que se comentaron es la influencia genética, en donde pudieran existir factores coadyuvantes en la estructura genética de nuestra población<sup>4</sup>

En el municipio de Peto la diabetes mellitus se encontró en 2008 como la séptima causa de muerte, para el 2010 pasó a ser la cuarta causa de muerte. En el tema de la morbilidad para el 2008 no se identificaba en entre las principales causas, mientras que para el 2010 se hizo presente como la décima causa de enfermedad en el municipio con una tasa de 3.03 por cada mil habitantes.

Las formas actuales de producción de alimentos tienen consecuencia sobre la salud humana. Al incrementarse el sobrepeso y la obesidad, se incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión y dislipidemias (síndrome metabólico). La occidentalización de la dieta y el aumento del sobrepeso y la obesidad, la transformación de la agricultura de subsistencia a agricultura comercial, la sustitución de la dieta tradicional por alimentos baratos de bajo consumo nutricional y alto contenido calórico aunados a las diversas transformaciones producto de la transición demográfica afectan vuelven complejo el panorama de la diabetes mellitus en el municipio de peto. El grado de pobreza y marginación aderezan la complejidad y el perfil de esta condición de salud.<sup>5</sup>

## Marco teórico

Abordar el tema de la diabetes resulta un tema complejo a continuación se plantea la historia natural, posteriormente de la dimensión e impacto en la salud poblacional para finalizar con la relación estrecha entre la educación en salud y los factores psicosociales que se relacionan con la adherencia a tratamiento.

En el periodo prepatogénico, se pueden identificar como factores de riesgo el componente genético, la presencia de antecedentes familiares en primer grado, el ambiente, la dieta, la distribución de grasa corporal, la inactividad física, la presencia de obesidad, tabaquismo y el consumo de ciertos medicamentos y hormonas, sobre peso mayor a un  $IMC > 30 = a 25 \text{ kg/m}^2$ , Edad superior a 45 años, parto de un producto de más de 4.5 kg, en el caso de las mujeres; hipertensión, son antecedentes que se han identificado que pueden estar relacionados en la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en la población.<sup>6</sup>

En el periodo patogénico, la alteración fisiopatológica inicial en el desarrollo de la DM2 es la resistencia insulínica. En un principio el páncreas contrarresta esta situación, aumentando la secreción de insulina para conservar la glucemia. Conforme pasa el tiempo la célula beta va fracasando en su función, observándose primero una hipoinsulinemia relativa en relación a los niveles glucémicos, para finalmente concluir en una evidente insulinopenia. Paralelamente, y de manera sucesiva, se asiste primero a la presencia de una alteración hiperglicemia basal.

La diabetes mellitus tipo 2 no evoluciona aisladamente, sino que suele acompañarse de otras manifestaciones clínico-bioquímicas. Primero por él denominado "síndrome X" y posteriormente "síndrome metabólico". En su base se encuentra la insulinorresistencia y/o hiperinsulinismo subsiguiente, y en sentido amplio parece agrupar múltiples manifestaciones: diabetes o intolerancia glucídica, hipertensión arterial, obesidad abdominal o visceral, hipertrigliceridemia, disminución de HDL colesterol, aumento partículas LDL pequeñas densas, hiperlipemia posprandial, hiperleptinemia (resistencia a leptina), microalbuminuria, aumento PAI-1 ("plasminogen activator inhibitor"), hiperfibrinogenemia e hiperuricemia.

En el Horizonte clínico, las manifestaciones clínicas son: la presencia de sintomatología denominada cardinal diabética (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso), la aparición de un cuadro de descompensación metabólica aguda (situación hiperglucémica, hiperosmolar no cetósica), puede presentarse complicaciones microangiopáticas como retinopatía o neuropatía, de igual manera se pueden presentar complicaciones macroangiopáticas (cardiopatía isquémica, accidentes vasculocerebrales u vasculopatía periférica); Existencia de patologías sugestivas del acompañamiento de diabetes (obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, antecedentes de macosomía).<sup>6</sup>

Se pueden presentar complicaciones médicas agudas, como la presencia de dos cuadros clínicos fundamentales, coma diabético hiperosmolar no cetósico (CDHNC) e hipoglucemias secundarias a tratamiento de la diabetes con drogas insulinosecretogogas y/o insulina.

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico que se caracteriza por la existencia de una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Es la causa más importante de amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal, y un factor de riesgo cardiovascular. Los costos económicos que se asocian a esta problemática de salud representan una carga significativa para los servicios de salud, para los pacientes y sus familias. De tal manera que el impacto de la Diabetes Mellitus puede palpase no sólo en el individuo que la padece, sino también en la familia y en el sistema de salud que lo atiende.<sup>7</sup>

En la actualidad existen estudios que han expuesto los beneficios que se obtienen de la implementación de programas educativos en diabetes, se ha constatado a través de los mismos que la educación no solo mejora los conocimientos y la capacidad para la toma de decisiones, sino que además reduce el costo sanitario y social asociado a la atención de esta condición de salud. Intervenciones complejas presentan una mayor probabilidad de tener efectos positivos en el tratamiento y en los resultados clínicos.<sup>8</sup>

Desde esta perspectiva se entiende la educación para la salud como el grupo de acciones dirigidas a que las y los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad del cuidado de la salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños y hacer uso adecuado de los servicios de atención médica y participar en el manejo de las alteraciones producidas a su salud. Un tema ligado a la educación para la salud es la percepción personal que tiene un individuo de su situación de vida, dentro del contexto psicosocial en el que vive y con el que se relaciona.<sup>8</sup>

La educación es un fenómeno característico de la vida del hombre, es una realidad social permanente, una función vital de la sociedad que ha acompañado al ser humano en el trascurso de su historia. De igual manera salud-enfermedad constituyen un proceso vital humano, de carácter histórico, socialmente determinado y económicamente, condicionado por los procesos de trabajo y consumo, traducido esto en las diferentes formas de inserción y participación en el funcionamiento general de la sociedad, en la apropiación del espacio, del tiempo, de los bienes y servicios que la sociedad produce.<sup>9</sup>

La educación y la salud se desarrollaron durante mucho tiempo como dos disciplinas paralelas pero aisladas, adoptando distintas formas y prácticas como producto de los requerimientos del desarrollo histórico de una sociedad. Durante el siglo XVIII la medicina empezó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades sobrepasando la barrera de los espíritus malignos conocido como paradigma mítico-mágico, hacia la búsqueda de la causalidad en componentes o resultados de procesos naturales.<sup>10</sup>

El descubrimiento de los microorganismos y las primeras leyes de la genética fueron acontecimientos que orientaron el camino de la casualidad. A finales del siglo XVIII se aceptaron factores externos vinculados a las actividades cotidianas del hombre tales como las características del trabajo y modo de vida, la calidad del agua, las características de la vivienda, el trabajo en las condiciones de las fábricas, el hambre y la mala higiene entre otros factores que constataron afectan el proceso salud-enfermedad-atención en las personas.<sup>11</sup>

Este avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las ciencias médicas, el modelo médico-social que permitió la incorporación de las ciencias sociales a la Medicina. De tal manera que el abordaje social de la enfermedad junto con la epidemiología facilitó el establecimiento de relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo.<sup>11</sup>

En términos generales se ha postulado siempre como pilar fundamental de las políticas de prevención en salud y estas usualmente se montan sobre dispositivos de transmisión y divulgación de ciertos saberes a la comunidad. De esta forma se logra vislumbrar la articulación de la educación con la salud para el bienestar del individuo y de la colectividad.<sup>7</sup>

Históricamente la Educación para la Salud ha pasado por diferentes etapas que han dado diferentes enfoque dependiendo del contexto en el que se ha desarrollado, de principios de siglo a la actualidad se distinguen dos grandes etapas o periodos, los cuales transcurren de manera paralela con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología y de los factores de riesgo, obedeciendo cada uno de ellos a planteamientos epistemológicos que la conforman, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, del aprendizaje, del hombre y de la salud.<sup>12</sup>

En el primer periodo pueden identificarse dos enfoques de la Educación para la Salud, el primero identificado como informativo prescriptivo, que se caracteriza por ser un proceso de transmisión de información con una intención preceptiva. Se trata de la forma más convencional de orientar actividades educativas. Desde este enfoque los profesionales de la salud son los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud y los individuos deben estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión sus indicaciones. El segundo enfoque se encuentra basado en el comportamiento, se concibe la Educación para la Salud como una serie de intervenciones cuyo destino es facilitar cambios en la conducta y en los estilos de vida. Su objetivo es conseguir comportamientos saludables y proporcionar información como parte del proceso.<sup>13</sup>

Entre los modelos educativos representativos de ese enfoque se encuentra 1.- El Modelo de Creencias en Salud que propone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones que adoptan en relación con la Salud. Este modelo contempla la necesidad de algún tipo de estímulo a la acción, para que la nueva conducta (la conducta saludable) se ponga en marcha. Este estímulo sería la información que proporcionarían las instituciones a través de las intervenciones en salud.

2.- Modelo basado en la comunicación persuasiva o KAP (conocimientos, actitudes y prácticas), por sus siglas en inglés. Este enfoque considera que las actitudes condicionarían los comportamientos. Según este modelo si se proporcionaran a los individuos, grupos y comunidad una información veraz y comprensible con el objetivo de cambiar los conocimientos (no saludables), lo cual iría acompañado de un cambio de actitud, al que a su vez seguiría el cambio de un hábito y la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud).

3.- El Modelo Precede, este es un modelo para planificar intervenciones en salud y consiste en una guía para la realización de un diagnóstico epidemiológico y social, que permita identificar necesidades prioritarias en salud, distinguir factores internos y externos que predisponen al individuo, factores que lo hacen posible, factores de refuerzo que influye en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar. Este diagnóstico da

lugar a una serie de objetivos educacionales que en el supuesto de lograrse tienen impacto en los objetivos del comportamiento.

El segundo periodo plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud de las clases sociales. Desde esta perspectiva la educación para la salud no se limita al proceso educativo de la transmisión de un saber, sino de situarlo en el desarrollo de la conciencia, de ubicarlo en el marco de su propio descubrimiento respecto a su contexto de vida, colocándolo en el espacio de las prácticas de las personas en relación con las distintas esferas en que desenvuelve en su vida.<sup>14</sup>

Los modelos representativos de este segundo periodo lo constituye la educación popular, que se refiere al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores populares desde su práctica cotidiana, dentro de una perspectiva de clase. La educación para la Salud es un instrumento pedagógico que se vincula con dos movimientos la investigación acción participativa y la organización popular. No sólo se preocupa de los conocimientos ni de los efectos en términos de comportamiento, como de la interacción dialéctica (dialógica) entre las personas y su realidad, así como del desarrollo de una conciencia social. Este modelo se encuentra abordado epistemológicamente desde una visión crítica y socioconstructivista, fundamentado en una concepción holístico-dialéctica de la realidad y del proceso salud-enfermedad, como fenómenos que conforman un proceso histórico, superando lo meramente biológico.

En la actualidad puede palpase el desarrollo de un planteamiento que se caracteriza por el abordaje y la visibilización del impacto psicológico en las personas de una determinada condición de salud. De igual manera la integración multidisciplinaria de la salud pública y de acuerdo a las aportaciones de la evaluación de la salud de Lalonde, se puede entender el fortalecimiento de una línea más psicológica en la atención a los complejos problemas de los determinantes de la salud pública en nuestra sociedad. A pesar de las propuestas de los diferentes estudios en este campo, la escasez de intervenciones multidisciplinarias y multimetodológicas es evidente. Winett, King y Altman destacan 4 niveles diferentes de análisis de la salud pública: personal, interpersonal, organizacional o medioambiental e institucional o social. Diekstra fue uno de los primeros psicólogos que usaron por primera vez el término psicología de la salud pública.

Desde la perspectiva de Diekstra considera que es imprescindible la aproximación psicosocial y conductual al estudio de la enfermedad, puesto que el modelo biomédico en la actualidad no puede solucionar, ni desde el punto de vista etiológico, ni desde el tratamiento, las diversas manifestaciones de la misma.

Más recientemente, Schmidt realiza también un análisis de la salud pública desde el punto de vista de la psicología de la salud. Entre otros aspectos, critica la estrechez de los sistemas de cuidado de la salud en relación a la atención a la enfermedad y a los aspectos curativos que se contemplan en ella. Propone el desarrollo, en niveles metodológicos, de la epidemiología social y especialmente de la psicoepidemiología a nivel descriptivo, de modo que se puedan recoger datos más precisos relacionados con la calidad de vida, así como las aspiraciones de los individuos en la comunidad. Así mismo, considera fundamental el estudio de los estilos de vida, pero especialmente los aspectos psicológicos y los significados de las conductas en la vida de las personas, la incorporación de medidas de la calidad de vida y otras evaluaciones subjetivas en los

estudios epidemiológicos, analizando si esas medidas pueden hacer contribuciones importantes.

El mismo autor promulga la necesidad de realizar la evaluación de las intervenciones en salud, especialmente las que se realizan desde la psicología. Del mismo modo, propone que la intervención en salud pública, normalmente a nivel de prevención primaria y secundaria, debe orientarse hacia diferentes aspectos de la totalidad de condiciones que son importantes en la salud y en la enfermedad

Basado en estas premisas, Schmidt (1994) considera que desde la salud pública se debe realizar una intervención psicológica tanto a nivel de contextos, como de individuos que comprenda diferentes acciones. Entre otras, señala las siguientes: a) creación de entornos de protección de la salud a través del desarrollo de sistemas potenciales de autoayuda; b) motivación de conductas saludables individuales y colectivas; c) implementación de sistemas de apoyo colectivos; d) acciones específicas en el medio para parar el desarrollo de determinadas enfermedades; e) evaluación de las influencias medioambientales; f) acciones específicas para reducir determinados factores de riesgo en los individuos y en la comunidad; g) incremento de recursos, de factores protectores y de apoyos individuales<sup>15</sup>

La consideración de realizar un abordaje psicosocial de la diabetes apareció cuando pasó de ser una enfermedad mortal a un desorden crónico. La importancia de los factores de riesgo psicosociales en la diabetes se había reconocido incluso antes de la plena comprensión de la enfermedad. En la actualidad no se pone en duda, que por su condición de cronicidad, características idiosincrásicas de su tratamiento, la aparición en determinados momentos del ciclo de la vida, la dependencia continua del sistema sanitario para su control, la implicación familiar que supone cuando se presenta en la infancia y adolescencia especialmente, los cambios de estilos de vida que conlleva, las implicaciones escolares y laborales, y la posibilidad de causar diversos tipos de discapacidad cuando aparecen las complicaciones, La Diabetes Mellitus, produce consecuencias psicológicas y sociales .

La importancia de los factores psicosociales, es indiscutible cuando se habla del control de la diabetes mellitus. Su estudio puede ser abordado, al menos, desde dos perspectivas. Una de ellas es que el estatus psicosocial de la persona con diabetes, antes del diagnóstico de la enfermedad, puede afectar a cómo se enfrenta ésta a la misma y al tratamiento. Por otra parte, el diagnóstico de la enfermedad puede provocar un determinado impacto psicosocial en la persona.

## Planteamiento del Problema

En el periodo que comprende el año 2005 a 2007, la Diabetes Mellitus ocupó el tercer lugar entre las primeras 10 causas de muerte en el municipio de Peto, ocupando el séptimo y el quinto lugar en 2008 y 2009, respectivamente, siendo el grupo de población en edad productiva y postproductiva quienes se han visto mayormente más afectados por esta problemática de salud. Por su parte en cuanto a la morbilidad aparece entre las 10 principales causas de enfermedad en el año 2005 a 2010. De igual manera fue identificada en el proceso de priorización como una problemática en salud que se debe abordar.

Por tratarse de un padecimiento incurable, los pacientes diabéticos deben recibir tratamiento durante toda su vida. Esto determina que una gran parte de ellos con el transcurso del tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y el 40% tienen un control metabólico de la enfermedad.<sup>16</sup>

De acuerdo con los datos proporcionados por la unidad de salud, de 352 personas diagnosticadas con diabetes mellitus, 160 se encontraban en control, mientras que 192 se consideraron como no controlados. Esto significa que el 54.5% de los pacientes que se encuentran diagnosticados y que son atendidos en la unidad no cuentan con un control. El 28% de los pacientes diagnosticados son hombres y el 72% son mujeres. Del total de hombres diagnosticados el 51% se encuentra en control, mientras que en las mujeres sólo el 43% de ellas se encuentra en control. Este dato proporciona un contraste ya que a pesar de haber diagnosticado a más mujeres estas son la que en proporción se encuentran con un mejor control. Se ha documentado que existe también una relación entre el género y la caracterización del perfil de salud de hombres y mujeres, en este sentido, el grupo de ayuda mutua con el que cuenta la unidad de salud está conformado por mujeres, el grupo de ayuda mutua es conocido por el nombre de: las estrellas de Peto.

Esta enfermedad crónica desarrolla una serie de complicaciones, que determinan un alto grado de morbilidad y mortalidad. Representa un importante número de consultas médicas, hospitalizaciones, pensiones de invalidez y muerte, que expresan un alto costo social y económico en los países. Una de las estrategias para el facilitar el control de las personas que viven con diabetes mellitus son los grupos de ayuda mutua, a través de estos grupos se busca estimular la participación activa e informada de las personas que viven con DM T2, como un elemento indispensable para el autocuidado, sin embargo las personas que se encuentran desarrollando esta estrategia no cuentan con las herramientas de trabajo didácticas, de abordaje grupal, que permitan favorecer la adherencia a tratamiento. Por otro lado la incorporación de aspectos psicosociales si bien es contemplado como un elemento que permite y facilita la adherencia a tratamiento este no esta contemplado dentro del desarrollo de las sesiones de los grupos de ayuda mutua. De tal manera que se tiene en la unidad la atención y el desarrollo de la estrategia, pero de acuerdo a los datos proporcionados en la unidad un poco control.<sup>16</sup>

## Justificación

La prevención y control de la diabetes representa un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo. Éstos, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad.<sup>17</sup>

Debido a la situación descrita, se estableció 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. En el que se fortalece la prevención primaria, teniendo como base el control de los factores de riesgo a saber obesidad, inactividad física, exceso de consumo de grasas de origen animal principalmente. Está demostrado que si se controlan estos factores, la diabetes puede prevenirse o en su defecto retardar su aparición.<sup>3</sup>

El cuidado de las personas con diabetes necesita de múltiples profesionales de la salud a través de diferentes escenarios, como la práctica general, la comunidad, los hospitales, instituciones privadas. Se requiere trabajar en forma individual con el paciente para modificar los comportamientos, orientar y educar de una manera más estrecha y personalizada, lo que hace necesario que se incremente el número de profesionales de la salud como son los educadores en diabetes especialmente en el primer nivel de atención.

Para las personas que ya padecen la enfermedad la educación estructurada debe ser parte integral del control de todas las personas con enfermedades crónicas no transmisibles desde el momento del diagnóstico, se debe impartir por el equipo multidisciplinario, la promoción del autocontrol debe ser el objetivo principal. Para el profesional de la salud, respaldar el autocontrol consiste en ofrecer información práctica y eficiente a las personas con diabetes.<sup>3,7,17</sup>

De acuerdo al trabajo realizado en el análisis bibliográfico, se puede apreciar que las creencias en torno a la Diabetes Mellitus tienen un peso importante en la adherencia al tratamiento en las personas que son diagnosticadas. De igual manera los estilos de vida es uno de los componentes que hay que abordar mediante la intervención en salud.

Desde esta perspectiva los factores determinantes de la conducta relacionada con el control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus supone un profundo análisis y entendimiento desde la psicología social que permita comprender las reacciones y creencias que tienen los pacientes una vez que conocen su diagnóstico.

De igual manera es importante analizar el grado de conocimiento que se tienen sobre el padecimiento, el acceso y el control que pueden percibir y tener las y los usuarios de los servicios en torno a esta problemática de salud. En algunas experiencias a nivel internacional se ha observado que las personas diagnosticadas con diabetes mellitus son atendidos a nivel biológico y muy superficialmente en aspectos psicosociales y familiares, este tipo de intervenciones por lo general no logran modificar la conducta cotidiana de las personas diabéticas y, por ende el curso de su enfermedad.<sup>14</sup>

De tal manera que para lograr un buen control glicémico se requiere, no solamente la ingesta de medicamentos, sino ajustes importantes en la alimentación habitual, control de peso y una actividad física adecuada, todos aspectos relacionados directamente con el estilo de vida. Por tanto los objetivos que se propongan para la elaboración de un programa o intervención en torno al tema de la Diabetes Mellitus deberían considerar la exploración y abordaje de estos determinantes de la conducta, de igual manera se debe incorporar a estas acciones la perspectiva de género y en el caso de Yucatán por su alta composición de población indígena maya, la interculturalidad como herramientas que permitan hacer las intervenciones más cercanas, eficientes y eficaces en torno a esta problemática de salud.

## Objetivos

### Objetivo General

Implementar una intervención educativa que incorpore aspectos psicosociales que favorezcan la adherencia a tratamiento en pacientes diabéticos usuarios del Centro de Salud de Peto Yucatán de abril a junio de 2012.

### Objetivos Específicos

- 1.- Realizar un Diagnostico Psicosocial, en pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2, para identificar los elementos prioritarios de abordaje en la intervención educativa.
- 2.- Diseñar una intervención educativa que incorpore el abordaje de aspectos psicosociales que favorezcan la adherencia a tratamiento en pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2, usuarios del Centro de Salud de Peto, Yucatán.
- 3.- Realizar una intervención educativa que incorpore el abordaje de aspectos psicosociales que faciliten la adherencia a tratamiento en pacientes que viven con diabetes mellitus tipo2, usuarios del Centro de Salud de Peto, Yucatán.
- 4.- Evaluar la implementación de la intervención educativa en pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2, usuarios del Centro de Salud de Peto Yucatán
- 5.- Analizar los Resultados de la Intervención.

## **Material y Métodos**

### **Planteamiento de hipótesis:**

H Alterna: Existe una diferencia en la adherencia a tratamiento entre pacientes diabéticos que participan en una intervención educativa de tipo psicosocial.

H Nula: No existe una diferencia en la adherencia a tratamiento entre pacientes diabéticos que participan en una intervención educativa de tipo psicosocial.

### **Tipo de estudio:**

Transversal, Prospectivo, Cuasi experimental.

### **Universo.**

Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus y que son atendidos en el Centro de Salud de Peto.

### **Tamaño de la muestra.**

30 personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus que son atendidos en el Centro de Salud de Peto. El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.

### **Límites:**

#### **Área geográfica.**

Municipio de Peto, Peto, Yucatán.

#### **Temporalidad.**

Abril a Junio de 2012.

#### **Criterios de Inclusión.**

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, atendidos en el centro de salud de Peto.

Pacientes que no tengan adherencia a tratamiento

Pacientes que participan en el grupo de ayuda Mutua del Centro de Salud de Peto, Yucatán.

#### **Criterios de exclusión.**

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, no den su aprobación para participar en el estudio.

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, que tengan alguna complicación

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, que no forman parte del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud Urbano de Peto.

Criterios de eliminación.

Que no continúen como participantes de la intervención.

Que el instrumento presente inconsistencias

## **INSTRUMENTOS:**

### **1.- IMEVID**

Para llevar a cabo la medición diagnóstica y la priorización de temas a desarrollar durante la iniciativa educativa se aplicó el instrumento que permite medir el estilo de vida en diabéticos. IMEVID.<sup>18</sup> El cual es un instrumento de medición específico para personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, este instrumento está constituido por 25 preguntas cerradas agrupadas en siete dimensiones:

- 1.- Nutrición. Se encuentra conformado por 9 ítems. Este dominio hace referencia al tipo de nutrición y dieta que debe seguir una persona viviendo con diabetes mellitus tipo 2
- 2.- Actividad Física. Se encuentra conformado por 3 ítems. Este dominio hace referencia a la práctica de actividad física.
- 3.- Consumo de Tabaco. Se encuentra conformado por 2 ítems. Mide la frecuencia y la cantidad del consumo de tabaco.
- 4.- Consumo de Alcohol. Se encuentra conformado por 2 ítems. Mide la frecuencia y la cantidad del consumo de alcohol.
- 5.- Información sobre diabetes. Se encuentra conformado por 2 ítems. Este dominio mide la participación en actividades informativas relacionadas con la diabetes mellitus.
- 6.- Manejo de emociones. Se encuentra conformado por 3 ítems. Este dominio hace referencia
- 7.- Cumplimiento de tratamiento. Se encuentra conformado por 4 ítems.

### **2.- Guía de Entrevista.**

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada, la cual se aplicó en una sesión de grupo con el propósito de conocer la percepción de las participantes respecto al concepto de la diabetes mellitus tipo 2, cual es la severidad y susceptibilidad percibida, el apoyo familiar y las necesidades de abordaje temático, con el propósito de establecer un diagnóstico de necesidades. La guía estuvo conformada por las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué es la Diabetes Mellitus?
- 2.- ¿Qué es lo Más difícil de Vivir Con Diabetes Mellitus?
- 3.- ¿Sienten que la Familia les apoya? ¿De que manera?
- 4.-Temas que les gustaría Abordar

### 3.- EAT III.

Para medir la intervención se utilizó la escala para medir la adherencia a tratamiento en personas viviendo con diabetes mellitus tipo 2 versión III, la cual se describe a continuación.

El cuestionario tipo Likert de 5 opciones, incluye cincuenta y cinco oraciones que tratan sobre factores comportamentales, vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus II. Incluye cuatro variables sociodemográficas (Sexo, Edad, Escolaridad y Estado Civil).<sup>19</sup> El instrumento, está orientado a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente con Diabetes Mellitus II, todo ello con el objetivo terapéutico de establecer estrategias preventivas de seguimiento de los cuidados médicos correspondiente y entrenar en una serie de habilidades sociales y emocionales importantes para que se mantenga la adherencia a lo largo del tiempo.

Factores que la componen

1. Apoyo familiar: Se encuentra conformado por 12 reactivos, los cuales indican la relación de la familia, sobre la condición médica de la persona con Diabetes Mellitus II.
2. Organización y Apoyo Comunal: Está conformado por 10 reactivos. El factor aborda el tipo de apoyo que la comunidad le brinda a la persona con Diabetes Mellitus II, también hace referencia a la participación de esas personas en las actividades que organiza la comunidad.
3. Ejercicio Físico: Está integrado por 9 reactivos. Este factor mide la emisión de comportamientos vinculados con actividad física: ejercicio, mantenimiento de horarios para realizarlo y la percepción que se tiene del cuerpo al desarrollar el ejercicio y su relación con el tratamiento médico.
4. Control Médico: Lo integran 7 reactivos, el factor mide el tipo, lugar y las conductas relacionadas con el control médico y preventivo de la Diabetes Mellitus II.
5. Higiene y Autocuidado: Aborda en los 6 reactivos que lo conforman, conductas vinculadas al mantenimiento de la dieta y conductas de autocuidado específico (lavarse los pies, utilizar los medicamentos apropiados).
6. Dieta: A través de los 9 reactivos que conforman esta factor, se miden conductas que giran sobre la dieta que deben consumir las personas con Diabetes Mellitus II.
7. Valoración de la Condición Física: Aborda a través de 2 reactivos, conductas que describen la relación entre ejercicio físico y percepción sobre la condición física.

## Protocolo de aplicación de la EAT III

1. La escala es de carácter autoaplicado, su relleno puede tardar unos 20-30 minutos.
2. Los ítems de cada factor se indiza, se suma el total de puntos de cada escalamiento, se le divide por el máximo de opciones Likert que tiene la variable y se multiplica por 100. Ejemplo para la variable Valoración de la condición física, si alguien marcó en los ítems 18 y 19, las opciones 3 y 4 la suma es de 7 y si el Likert máximo para cada uno es de 4, entonces el máximo que se puede alcanzar es de 8. Se divide 7 entre 8, (0,875) y se le multiplica por 100, el resultado es 87,5. El índice arroja un valor entre 0 y 100.
3. Puntajes próximos a 100 indican un autoreporte más cercano a pautas de adherencia esperadas, para una vida saludable en personas con DMII.

### **Consideraciones éticas:**

Los participantes en la intervención tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la intervención, se les dio a conocer su derecho a negarse a participar o poder abandonar la intervención en el momento que lo decidieran, sin importar la fase en la que se encontrase el estudio.

Estas disposiciones se plasmaron en un documento denominado consentimiento informado . ver anexos.

### **Plan detallado de la ejecución**

La intervención se llevó a cabo en cuatro etapas, la primera de ellas consistió en un diagnóstico que exploró las creencias acerca de la diabetes mellitus entre las personas que forman parte del grupo de ayuda mutua del centro de salud de Peto; así como conocer cuáles eran los estilos de vida asociados a la diabetes mellitus que se presentaban en las personas que integraban el grupo de ayuda mutua. Para llevar a cabo esta primera etapa se procedió a llevar a cabo visitas a la comunidad especialmente los días que se reunía el grupo de ayuda mutua, el nombre de este grupo es el de: Las estrellas de Peto, este grupo se caracteriza por estar conformado por mujeres. Se tuvieron dos visitas previas para informar en qué consistiría la intervención, cuáles serían los criterios de inclusión y exclusión para participar en la misma. En una tercera visita se procedió a llevar a cabo el llenado del consentimiento informado, la realización de un trabajo grupal para explorar las creencias acerca de la diabetes, orígenes, causas, que permitiera conocer la percepción de las participantes acerca del tema, y también se procedió a realizar la aplicación del cuestionario denominado IMEVID. Posterior a la

realización de esta sesión grupal y la aplicación de la escala se procedió a seleccionar los temas que serían abordados en la iniciativa educativa.

La segunda etapa contempló la planeación de una iniciativa educativa con la información obtenida por las personas que se encuentran viviendo esta problemática de salud a través de la sesión grupal y los resultados de la IMEVID. Haciendo una revisión bibliográfica en torno a los diversos manuales y herramientas didácticas para abordar con personas que se encuentran viviendo con diabetes mellitus tipo 2, se identificó el "Manual para educadores en diabetes mellitus. Programa de educación en diabetes".<sup>20</sup> En este documento se contempla la realización de 13 sesiones de las cuales fueron seleccionados 5 sesiones y la sexta fue diseñada tomando en cuenta la necesidad de las participantes:

- 1.- Aspectos generales de la diabetes.
- 2.- Autocontrol en la diabetes.
- 3.- La alimentación en la diabetes.
- 4.- Higiene y autocuidado.
- 5.- Actividad física y diabetes.
- 6.- Redes de Apoyo Familiar y Social en diabetes.

En la tercera etapa se llevará a cabo la realización de una iniciativa educativa. Para llevar a cabo la iniciativa educativa se procedió a llevar a cabo la integración de un equipo que estuvo conformado por una nutrióloga, una enfermera y un psicólogo. La coordinadora del grupo era la enfermera, para llevar a cabo las sesiones se procedió a dividir las funciones, la coordinadora se encargaba de convocar y dar seguimiento a las participantes en las sesiones, la nutrióloga se encargó de desarrollar las rutinas de activación física y en coordinación con la enfermera se llevó a cabo un seguimiento del componente de nutrición de las participantes, por su parte el psicólogo llevó a cabo la facilitación de la parte expositiva e informativa durante la sesiones.

Posteriormente se procederá a realizar la evaluación de la intervención, con el propósito de establecer el cumplimiento de los objetivos del proyecto y de la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas en el estudio. La duración de las sesiones fue de 180 minutos, de los cuales 45 minutos se dedicaron al trabajo de activación física y los 45 restantes a la exposición de la información y al desarrollo de los temas propuestos.

### **Análisis estadístico**

Se llevó a cabo a través del programa estadístico SPSS V. 18; el tratamiento estadístico para cada variable según su nivel de medición, que en este caso fueron de tipo intervalar. De igual manera se realizaron tablas y gráficas que permitieron ilustrar los resultados obtenidos. Para analizar las diferencias se procesaron los datos a través de la prueba t de student para muestras relacionadas

## Resultados

Los participantes en la intervención fueron 30 mujeres cuyas edades fluctuaron de los 40 hasta los 65 años de edad, usuarias de los servicios del centro de salud de Peto. Para realizar una priorización y establecer cual sería los temas a tratar con las participantes se procedió a realizar una sesión grupal, en esta sesión grupal se llevó a cabo el desarrollo de 4 preguntas generadoras. Los resultados de esta sesión se presentan a continuación

Tabla 3. Resultados de las respuestas del guion de la sesión grupal previa a la iniciativa educativa

Pregunta	Respuesta:
¿Qué es la Diabetes Mellitus?	Es una enfermedad que no se cura, solo se controla, A través de Medicina; Alimentos.- es difícil pero uno se acostumbra, es difícil cuando inicia; Ejercicios.- es difícil por el tiempo que hay que dedicarle; Cuando vienes a tu consulta te dice, si quieres tu vida entonces cumple, si no entonces no cumplas.
¿Qué es lo Más difícil de Vivir Con Diabetes Mellitus?	No poder comer lo que quisiera comer ejemplo: cochinita y la coca-cola; tomar mis medicamentos diarios; preparar mis comidas especiales; porque amanecemos sin energía; porque no puedo aceptar que tengo esa enfermedad.; No comer todas las cosas y uno se queda triste; No poder convivir como por ejemplo en una fiesta (reunión familiar); Es difícil pero uno trata de hacerlo (seguir la dieta).
Sienten que la Familia les apoya	Si se percibe que la familia ayuda, recordando la toma de medicamentos, nos dicen que preparemos nuestros alimentos aparte, eso a veces nos hace sentir bien y otras mal porque nos dicen que comemos más simple y que ellos no están enfermos.
Temas que les gustaría Abordar	Quisiera saber como alimentarnos bien sin tener que tragar pastillas; Como podemos bajar las calorías. ¿ que es la diabetes? ¿Por qué se enferma la gente de eso?

La matriz nos muestra los resultados de las respuestas que resultaron con una mayor cantidad de repeticiones. En cuanto a la definición de la diabetes mellitus, se identifica que tienen el concepto de que es una enfermedad crónica, se tiene el conocimiento de que no es curable y de las principales formas de control: la atención médica, alimentación y ejercicio. En cuanto a las dificultades que se perciben de por ser una persona viviendo con DM 2, las participantes identifican que el cuidado de la dieta, el sentirse sin energía y la participación en reuniones sociales en donde no pueden consumir los alimentos que los demás, por lo que no participan tanto en ellas. En cuanto al apoyo familiar reconocen que la familia les apoya recordando los horarios y las fechas de visita al médico y la toma de sus medicamentos, así como el cuidado de la dieta. Por otra parte en cuanto a los temas que manifestaron necesarios abordar durante la intervención se encuentran alimentación, e información sobre la Diabetes Mellitus.

De igual manera se llevó a cabo la aplicación del instrumento para medir estilos de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, IMEVID. Esta es una escala auto-aplicable, en este caso de acuerdo a la población en la que se llevó a cabo la iniciativa educativa, se realizó tipo entrevista al haber personas con una baja escolaridad y con dificultades para leer y escribir. El instrumento explora 7 dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia a tratamiento. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Tabla 4. Resultados de las Medias de los dominios del IMEVID

Dominios	N	Media	Media del dominio	Puntos posibles	Desv. típ.
Nutrición	30	12.53	18	36	3.68
Actividad Física	30	4.40	6	12	1.88
Consumo de Tabaco	30	.13	4	8	.51
Consumo de Alcohol	30	.80	4	8	1.47
Información sobre Diabetes	30	3.06	2	4	2.49
Emociones	30	4.40	3	6	3.94
Adherencia a Tratamiento	30	4.13	7	14	3.33
Calificación Total de la Escala	30	30.80	50	100	10.89

Los resultados indican que el dominio más alto lo obtuvo Nutrición y la calificación más baja el dominio consumo de tabaco. En cuanto a la calificación total del inventario los media de puntos posibles era de 50 y los puntos obtenidos por las participantes alcanzaron una media de 30.80.

En la sesión grupal como en la aplicación del IMEVID, se puede identificar que el grupo si bien tiene un conocimiento básico sobre la diabetes mellitus, existen temas que necesitan ser reforzados. Entre estos se encuentra la información sobre la diabetes, el consumo de alcohol y tabaco, explorar la relación entre las emociones y la adherencia a tratamiento. Posteriormente a la sesión grupal se llevaron a cabo la realización de 6 sesiones grupales, las cuales se llevaron a cabo una vez por semana los días jueves, los temas a abordar fueron: Aspectos generales de la diabetes; Autocontrol en la diabetes; La alimentación en la diabetes; Higiene y autocuidado; Actividad física y diabetes; Redes de Apoyo Familiar y Social en diabetes.

Previo a la intervención y con los datos obtenidos se procedió a llevar a cabo la aplicación del pre-test con el que se evaluaría la intervención, se aplicó la Escala de Adherencia a Tratamiento en Pacientes con diabetes mellitus 2, EAT III. A continuación se presentan los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

Tabla 5. Resultados de las medias del Pre-Test y Post-Test de la Escala de Adherencia a Tratamiento de los participantes en la intervención

Dimensión			x	x	N
			Intervención	Post-intervención	
Apoyo Familiar			52.36	73.40	30
Organización	Familiar	y	45.33	60.33	30
Comunitaria					
Ejercicio Físico			55.92	63.79	30
Control Médico			60.83	77.26	30
Higiene y Autocuidado			47.36	66.94	30
Dieta			40.00	53.24	30
Valoración de la Condición Física			49.58	74.58	30

Los resultados obtenidos en la aplicación de la EAT III, previo a la intervención fueron los siguientes la dimensión con una mayor calificación fue la de control médico con una media de 60.83, mientras que la dimensión con la menor calificación fue la de dieta con un media de 40 puntos. Cinco dimensiones ( organización familiar y comunitaria, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición física) obtuvieron calificaciones por debajo de la media y 3 (apoyo familiar, ejercicio físico y control médico) ligeramente por arriba de la media (50 puntos).

Los resultados obtenidos en posterior a la intervención presentan un mismo comportamiento: la dimensión con una mayor calificación fue la del control médico con una media de 77.26, mientras que la dimensión con un menor puntaje fue la de dieta con una media de 53.24. Todas las siete dimensiones mostraron calificaciones arriba de la media.

Para establecer la comprobación de la hipótesis del estudio, en la cual se planteó la existencia una diferencia estadísticamente significativa en la adherencia a tratamiento en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y que participan en una iniciativa educativa que incorpora aspectos psicosociales, se procedió a realizar un análisis de medias. Este análisis se llevó a cabo a través de la prueba t de estudent para muestras relacionadas, con un nivel de significancia de .05. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Tabla 6. Resultados de las medias del Pre-Test y Post-Test de la Escala de Adherencia a Tratamiento de los participantes en la intervención

Dimensión	x	x	T	GI	P
	Pre-Intervención	Post-intervención			
Apoyo Familiar	52.36	73.40	4.02	29	.000
Organización Familiar y Comunitaria	45.33	60.33	3.51	29	.001
Ejercicio Físico	55.92	63.79	1.90	29	.067
Control Médico	60.83	77.26	2.24	29	.031
Higiene y Autocuidado	47.36	66.94	3.74	29	.001
Dieta	40.00	53.24	2.12	29	.042
Valoración de la Condición Física	49.58	74.58	4.42	29	.000

Nivel de Significancia= .05

Los resultados obtenidos indican que existe diferencias estadísticamente significativa en la dimensión Apoyo Familiar con una  $t(29)=4.02;p=000$ . Lo mismo en la dimensión Organización Familiar y Comunitaria  $t(29)=3.51;p=001$ . En la dimensión Control Médico  $t(29)=1.90;p=031$ ; en la Dimensión Higiene y Autocuidado  $t(29)=3.74;p=001$ . En la dimensión Higiene y Autocuidado  $t(29)=3.74;p=001$ . En la dimensión de Dieta se obtuvo una  $t(29)=2.12;p=.042$ . Para finalizar la dimensión de valoración física obtuvo una  $t(29)= 4.42 ;p=.000$ .

De acuerdo a los datos obtenidos en el análisis estadístico se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas en seis de las siete las dimensiones que conforman la escala, menos en la dimensión de ejercicio físico.

## Discusión y Conclusiones

Los resultados de la aplicación del IMEVID, muestran como en todos los dominios que mide la escala las participantes estuvieron por debajo de la media, únicamente en el apartado de información sobre Diabetes Mellitus se encuentran por arriba de la media. La información referente a la Diabetes Mellitus tipo 2, apunta a que es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. Entre los componentes que conforman el Estilo de vida son el tipo de alimentación, la actividad física, la presencia de obesidad, el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, estos factores, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y un mal control de la enfermedad.<sup>21</sup> De acuerdo con los resultados obtenidos en la escala se puede observar que todas las participantes pueden agruparse en la categoría de un mal estilo de vida en relación con la Diabetes Mellitus, ya que un puntaje mayor a 75 puntos se puede considerar como un buen estilo de vida, mientras que la media presentada en cuando al porcentaje total de puntos obtenidos en la escala fue de 30 puntos (ver tabla 4). Sin embargo los datos obtenidos en las dimensiones que presentan mayor puntaje, son consistentes con los datos obtenidos por López Carmona.<sup>21</sup>

Previo a la intervención el grupo de mujeres que integran el grupo de ayuda mutua denominado “Las Estrellas de Peto”, se encontraban transitando un periodo de estabilización, cabe señalar que durante un periodo de aproximadamente un año previo a la intervención, las participantes habían buscado “acreditar” el grupo como un espacio que promueve la atención y control de personas que viven con Diabetes Mellitus, sin embargo esto no había sido posible. De igual manera la participación constante y nutrida del grupo era un reto para el personal de salud encargado de facilitar el grupo. El Personal de Salud que integró el grupo que llevó a cabo la iniciativa educativa se conformó por una Enfermera, una Nutrióloga y un Psicólogo, cada uno se encargó de actividades específicas. Las sesiones de trabajo se llevaron a cabo con una duración de aproximadamente de unos 180 minutos, durante los cuales los primeros 45 se destinaron para realizar activación física y para la parte expositiva-informativa se destinaron los siguientes 45 minutos, se llegó a un acuerdo con las participantes ya que la mayoría era ama de casa y por las múltiples responsabilidades era necesario cubrir los temas en 45 minutos después de la activación física.

Por una parte desde la teoría se indica que la diabetes es una enfermedad con un desgaste y deterioro graduales; los síntomas propios de la enfermedad no se observan de manera inmediata y contundente, por lo que el mismo paciente tiene dificultad para apegarse a las indicaciones terapéuticas dadas por el profesional de la salud, dificultando su éxito y por otra, pueden existir algunas variables que también expliquen este estilo de vida desordenado, centradas en la mala comunicación o en el mínimo de atención y seguimiento por parte del profesional que atiende al paciente y por otra, ligada a creencias y mitos relacionados con la enfermedad y con una falta de compromiso personal para la atención del padecimiento por parte del paciente.<sup>14,21,22</sup>

Los resultados obtenidos a través de la EAT III; indican que en el pre test, solamente dos dimensiones se encontraban ligeramente arriba de la media del instrumento, apoyo familiar y ejercicio físico, estas dimensiones hacen referencia a la percepción acerca de la relación que se tienen en la familia y la condición de las personas que viven con DM II, así como la importancia de la actividad física. Las demás dimensiones presentaron calificaciones por debajo de la media. Al finalizar la intervención todas las siete

dimensiones que conforman la escala se encontraron con calificaciones arriba de la media.

Al finalizar la intervención 3 dimensiones sobresalen con el incremento de sus calificaciones, apoyo familiar, Control Médico y Valoración de la condición física. Estas hacen referencia a un incremento en la percepción de las participantes en la importancia de acciones y actividades relacionadas la participación de la familia y la comunidad, acciones de atención y prevención de la D.M. II y la valoración de la actividad física.

Tal y como lo refieren López - Carmona, et. al. (2004), un mayor nivel de conocimientos en relación con la diabetes contribuye a mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, del plan alimentario y la actividad física, además de que un adecuado estado emocional contribuyen a un buen estilo de vida y a la adherencia a tratamiento, que se traduciría en una mejor calidad de vida en el paciente con diabetes tipo 2.<sup>23</sup>

El modelo de creencia en salud al explicar la problemática alrededor del cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes, se encuentran las creencias y expectativas, esas influyen en sus conductas, señala que el seguimiento de las recomendaciones dependerá de factores como: el grado de amenaza de la sintomatología (determinado por el nivel de susceptibilidad o vulnerabilidad percibido por el individuo ante la enfermedad, así como por la aceptación del diagnóstico); el grado de motivación hacia la salud (relacionado con la preocupación del paciente acerca de mejorar su salud y con su intención de cambio de conductas)<sup>24</sup>

Las personas que se encuentran viviendo con Diabetes Mellitus al igual que las personas que se encuentran viviendo con cualquier otro padecimiento, suelen tener ideas y creencias bien definidas, poderosas y en algunos casos irracionales. Estas ideas giran en torno a la explicación de la enfermedad, su origen, sus causas, consecuencias, formas de atenderla y combatirla. Estas ideas se alimentan de la cultura, las creencias familiares, las experiencias anteriores o cercanas con esa condición de salud, cuando estas van en contra del discurso médico, es probable que la adherencia al tratamiento se vea afectado, estas suelen constituir los factores psicosociales asociados a la adherencia a tratamiento.<sup>14,25</sup>

El conocimiento que se tenga sobre las enfermedades que aquejan a la población es un factor importante para saber como manejarla adecuadamente, esto, con apoyo de las instituciones de salud podría ser una herramienta para disminuir la incidencia de las mismas o en su caso, retardar las complicaciones que repercuten en el estado anímico, psicológico y físico del paciente. Aquellos sujetos que mencionaron tener conocimiento sobre la diabetes, refleja un cierto grado de entendimiento de su enfermedad y con ello afirman que tienen cierto compromiso el “tener controlada la azúcar”.<sup>24,26</sup>

Se puede concluir lo siguiente:

- La realización de una iniciativa educativa que aborde aspectos psicosociales mejora la percepción de la importancia de adherencia a tratamiento de las personas que viven con Diabetes Mellitus II.
- La realización de una iniciativa educativa que aborde aspectos psicosociales muestra que las participantes tienen una mejoría en el conocimiento y en la percepción de aspectos relacionados con la adherencia a tratamiento excepto el ejercicio físico.
- En cuanto al ejercicio físico, las mujeres participantes en la intervención son mujeres mayores que a pesar de asistir a las sesiones de activación física, al no formar parte de una actividad cotidiana o no interiorizarlo como una actividad cotidiana, esta no obtiene relevancia aún después de la intervención.

## **Recomendaciones**

Es necesario hacer uso de herramientas de medición que se encuentren validadas en la región, ya que en muchas ocasiones las herramientas contienen elementos en el lenguaje que puede ser de difícil comprensión para las y los participantes en estudios similares.

Es necesario tomar en cuenta que la interculturalidad en salud es una herramienta que puede proporcionar a los desarrolladores del proyecto herramientas que les permita favorecer la adherencia a tratamiento de personas que se encuentran viviendo con diabetes mellitus tipo 2.

Los resultados ponen en evidencia la necesidad del abordaje psicosocial como un elemento para mejorar la adherencia a tratamiento en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, de tal manera que este es un elemento que debe considerarse incorporar en la estrategia de abordaje para esta condición de salud.

## **Limitaciones del estudio**

En contextos de población indígena, es necesario valorar el uso de mediciones de tipo cuantitativo a través de escalas, o cuestionarios, ya que es muy posible que exista una dificultad al traducir la pregunta del castellano a la lengua materna.

Es necesario la incorporación de elementos de evaluación de tipo cualitativo que permita conocer a la par que la información que proporciona el abordaje cuantitativo, las características y las diversas barreras que se construyen alrededor del tratamiento en personas que viven con diabetes mellitus.

Es necesario dar continuidad a la medición para ver si los resultados se mantienen a lo largo del tiempo.

## Referencias bibliográficas.

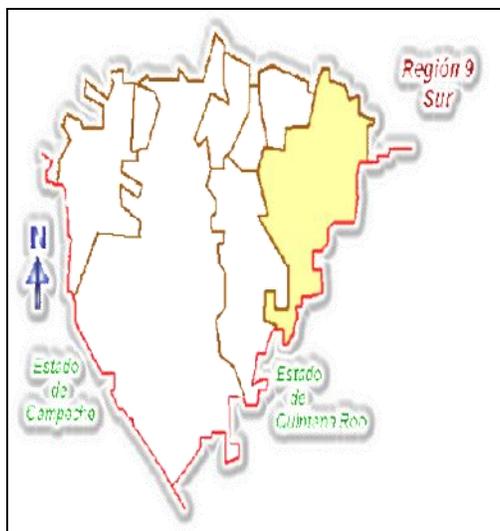
- 1.- Iniciativa de Diabetes para las Américas (DIA): Plan de Acción para América Latina y el Caribe. OPS, 2007.
- 2.- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-DiabetesMellitus.htm>
- 3.- Zárate Herreman, M. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la diabetes mellitus tipo 2; Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. México. 2012
- 4.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. (ENSANUT).
- 5.- Cervera Montejano, M. Salud y Biodiversidad: Reacciones y situaciones epidemiológica. Contexto social y desarrollo económico I; Biodiversidad y Desarrollo en Yucatán. CICY. 2008.
- 6.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Integración básica-clínica. Diabetes Mellitus tipo 2. México. UNAM. 2006.
- 7.- Programa de Acción Especifico Diabetes Mellitus 2007-2012. Secretaría de Salud. 2008.
- 8.- Alpizar A. Guía para el manejo integral del paciente diabético. México: Manual Moderno; 2005.
- 9.- "World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications". Geneva: WHO; 1999.
- 10.- Quintana, A; Merino, J; Cea J. Variables Psicosociales Asociadas a Compensación Metabólica de Pacientes Diabéticos en Revista Medica de Chile. (2008); 136 (1007-1014).
- 11.- Córdova García, R. "Educación sanitaria en las enfermedades crónicas. Atención Primaria. 2003.
- 12.-Oliva Mejía-Rodríguez y Cols. Impacto de una estrategia educativa participativa El estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. ETHOS Educativo Vol. 42, Mayo-Agosto de 2008: 187-196
- 13.- Gladys Aráuz, A; y Cols. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(3), 2001: 145-153.
- 14.-Moreno E. Rosales J. El Modelo de creencias en Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa en Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003; 3 (91-109).
- 15.- Rost K, Schmidt L. Can health education programs improve the metabolic control of NIDDM patients?. Prog Diabetes 1994;3:1-6.

- 16.- Córdova Villalobos, J. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Méx* 2008; Vol. 50(5):419-42
- 17.- Aguilar-Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gomez-Perez FJ, Olaiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diab Rev* 2005;1:145-158.
- 18.- López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex* 2003; 45:259-268.
- 19.- Villalobos, A., Brenes, J. C., Quirós, D. & León, G. (2006). Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II – versión III (EATDM-III ©) en una muestra de pacientes de Costa Rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (2), 31-38.
- 20.- Manual para educadores en diabetes mellitus. Programa de educación en diabetes. OPS/OMS. Chile. 2007
- 21.- López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Ariza-Andraca CR et al. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Aten Primaria* 2004; 33(1): 20-27.
- 22.- Duran B y Cols. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México* 2001, 43 (3): 233-6.
23. Lopez-Amador KH y Ocampo-Barrio, P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*; 2007; 9(2):80-6.
- 24.- Guzmán Carrillo, G. Grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 66 del IMSS y sus creencias sobre el uso de terapias alternativas y complementarias. Tesis no publicada para obtener el título de maestra en Salud Pública. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública; 2012
25. Orozco D, Fernández I, Carratalá C. Diabetes y cumplimiento terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 2):20-4.
- 26.- Villalobos, A. & Araya, C. (2001). Variables que afectan la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II y características poblacionales de una muestra de la zona norte de Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33, 19-37.
- 27.- Freeman J, Loewe R. Barriers to communication about diabetes mellitus. Patients' and physicians' different view of the disease. *Fam Pract* 2000;6:507-12.
- 28.- Dalmau M, García G, Aguilar C et al. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria* 2003; 32(1): 36-41.

## **Anexos**

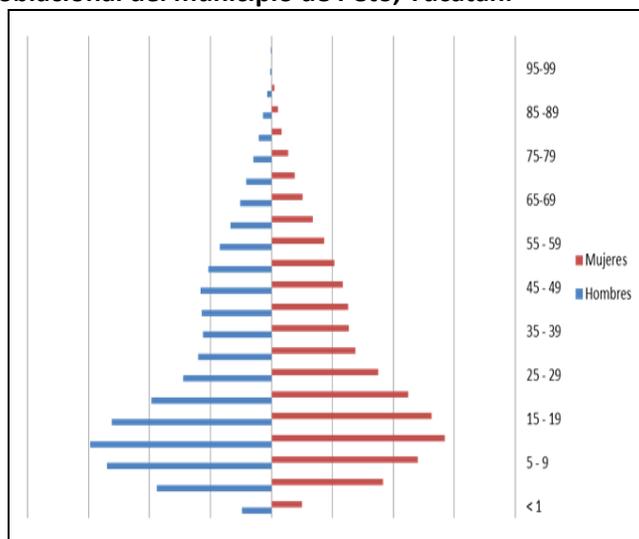
## Mapas.

Mapa 1. Localización del Municipio de Peto, Yucatán.



## Gráficos

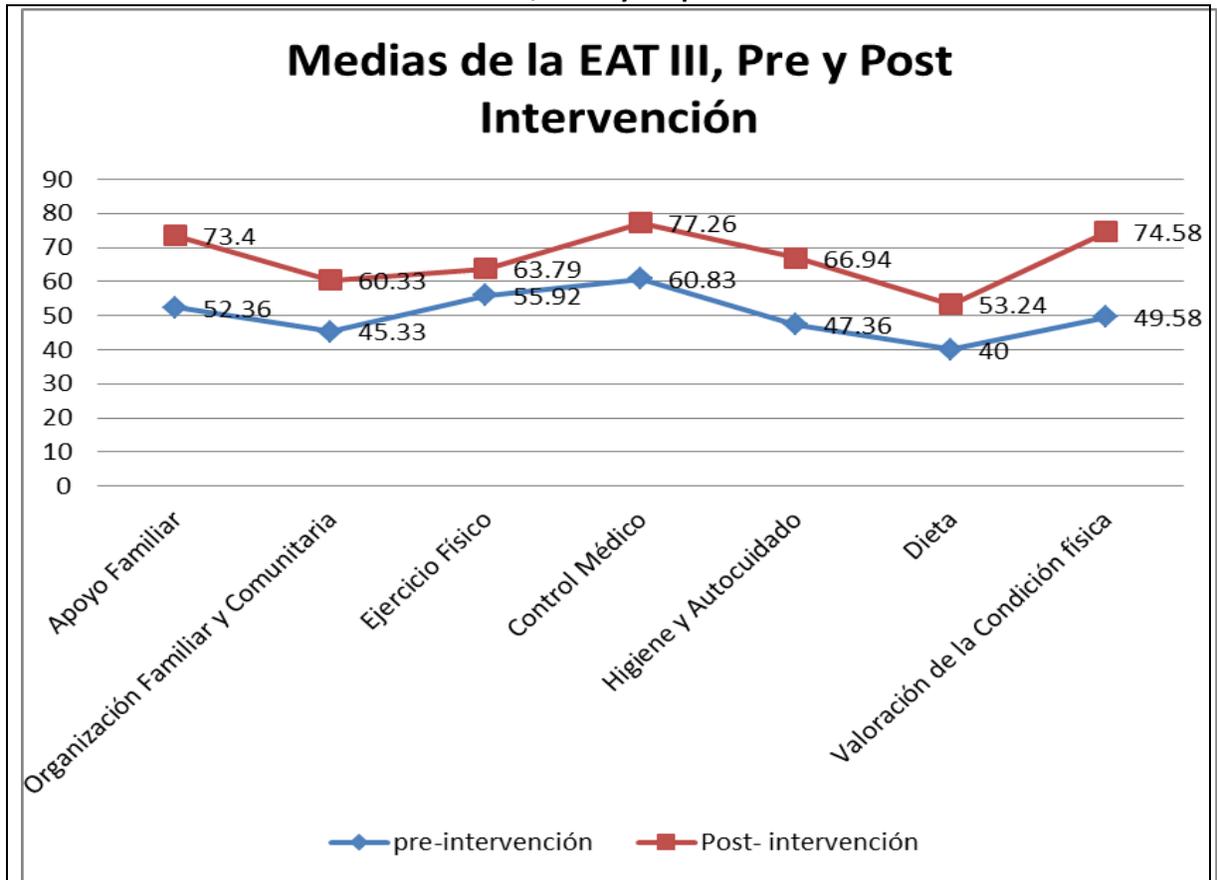
Gráfico 1. Pirámide Poblacional del municipio de Peto, Yucatán.



Fuente: Diagnóstico Integral de salud de Peto, Yucatán 2010.

Gráfico 2.

Calificación de las medias de la EAT-DM III, antes y después de la intervención



## Tablas

**Tabla 1.** Morbilidad del Municipio de Peto 2010

Diagnostico	Total caso	Tasa x 1,000 hb.
1.- Infecciones Respiratorias Agudas	11,834	511.59
2.- Infecciones Intestinales Por Otros	814	35.19
3.- Infección De Vías Urinarias	659	28.49
4.- Amebiasis Intestinal	436	18.85
5.- Asma Y Estado Asmático	323	13.96
6.- Úlceras, Gastritis Y Duodenitis	318	13.75
7.- Otitis Media Aguda	242	10.46
8.- Hipertensión Arterial	91	3.93
9.- Desnutrición Leve	81	3.50
10.- Diabetes Mellitus	70	3.03

Fuente: SUIVE (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica),SSY

**Tabla 2.** Mortalidad del Municipio de Peto 2010

Causas	Tasa x 1,000	
	TOTAL	hb
1 Enfermedades cerebrovasculares	10	0.43
2 Enfermedades del corazon	10	0.43
3 Tumores malignos	10	0.43
4 Diabetes Mellitus	9	0.39
5 Enfermadades del hígado	6	0.26
6 Insuficiencia renal	5	0.22
7 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4	0.17
8 Enfermedades infecciosas intestinales	4	0.17
9 Accidentes	3	0.13
10 Desnutricion y otras deficiencias nutricionales	3	0.13

Fuente: SEED

**Instrumentos:**

**IMEVID**

**Instructivo**

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le solicitamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: F M

Edad: \_\_\_\_\_ años.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

\* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

Gracias por sus respuestas

**Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III  
(EATDM – III ©)**

Autores:

Alfonso Villalobos Pérez

Carlos Araya Cuadra

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. La información recopilada será confidencial.

**I parte**

**Ficha de identificación**

Marque con una X dentro del paréntesis, el ítem correspondiente a su condición actual.

**Sexo**

- Mujer
- Hombre

**Edad en años:**

- menos de 31
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 – 70
- 71 – 80
- más de 80

**Nivel educativo** (Por favor marque el último nivel educativo alcanzado, ya sea que lo haya concluido o no):

- Sin escolaridad
- Primaria
- Secundaria
- Universidad

**Estado civil**

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Viudo (a)
- Unión libre

## II parte. Instrucciones

Abajo se le presentan una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la diabetes mellitus tipo II. Por favor señale para cada situación la cantidad de ocasiones en que se presenta la misma. Las columnas numeradas se deben leer de la siguiente forma:

0: Nunca lo hago

1: Casi nunca lo hago (entre el 1% y el 33% de las ocasiones).

2: Lo hago regularmente (entre el 34% y el 66% de las ocasiones).

3: Casi siempre lo hago (entre el 67% y el 99% de las ocasiones).

4: Siempre lo hago (el 100% de las ocasiones).

Por ejemplo, si para usted el **Evitar consumir pan dulce** ocurre casi siempre, es decir lo hace casi todos los días entonces usted deberá haber marcado de la siguiente forma:

Opciones				
0	1	2	3	4

Sólo debe marcar una opción

0: Nunca lo hago 1: Casi nunca lo hago 2: Lo hago regularmente 3: Casi siempre lo hago 4: Siempre lo hago	Situación	Opciones				
		0	1	2	3	4
	1. Consumo pan dulce	0	1	2	3	4
	2. Consumo postres dulces	0	1	2	3	4
	3. Consumo golosinas o confites dulces	0	1	2	3	4
	4. consumo leche entera o cualquier derivado de los lácteos	0	1	2	3	4
	5. consumo carne con grasa	0	1	2	3	4
	6. cocinar con manteca vegetal o animal	0	1	2	3	4
	7. consumir bebidas alcohólicas	0	1	2	3	4
	8. Utilizo condimentos y salsas al cocinar	0	1	2	3	4
	9. Utilizo sustituto del azúcar	0	1	2	3	4
	10. consumir comidas muy saladas	0	1	2	3	4
	11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio	0	1	2	3	4
	12. Consumo frutas al menos una vez al día	0	1	2	3	4
	13. Consumo ocho vasos de agua diarios	0	1	2	3	4
	14. Camino para sentirme mejor	0	1	2	3	4
	15. Realizo algún juego con mis hijos o nietos	0	1	2	3	4
	16. Consumo alimentos antes de realizar ejercicio	0	1	2	3	4
	17. Tengo un horario fijo para realizar ejercicio	0	1	2	3	4

**Cartas descriptivas:**

**1.- Aspectos generales de la diabetes.**

<b>Actividad</b>	<b>Objetivos de participante</b>	<b>Contenido</b>	<b>Método y Materiales Educativos</b>	<b>responsable</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Bienvenida</b>	-	-	Lista de asistencia	Enfermera	-
<b>Activación Física</b>	-	-	Equipo de Sonido	Nutriologa	-
<b>Exposición de Tema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender el significado de la enfermedad, sus causas, consecuencias y las bases de su tratamiento.</li> <li>Identificar las cifras de glicemia normales y entender su importancia para el control de la diabetes.</li> </ul>	<p>En que consiste la diabetes Tipos de diabetes. Causas, síntomas y características generales del tratamiento.</p> <p>Qué es la glicemia. Valores normales.</p> <p>Factores que afectan la glicemia.</p> <p>Atención de las personas con diabetes en los Centros de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Exposición y discusión de grupo.</li> <li>* Intercambio de experiencias</li> <li>• Cartillas</li> </ul>	Psicologo	Los participantes señalarán las tres principales cosas que aprendieron en esta sesión.
<b>Despedida</b>	-	-	-	-	-

**SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN**

- En esta unidad, el educador debe tratar de confirmar que los participantes en la sesión educativa comprenden y valoran la necesidad de aprender sobre la diabetes y su tratamiento, para mantener la glicemia normal y prevenir las complicaciones. Esto debe manifestarse con un compromiso a participar en las sesiones siguientes.

- Como una forma de evaluar la claridad y pertinencia de los contenidos abordados, se puede consultar al grupo por las tres principales cosas que aprendieron durante la sesión. En las sesiones siguientes se irán incorporando algunos ejemplos de evaluación formativa, para confirmar si se están alcanzando los objetivos de cada unidad y efectuar las correcciones o refuerzos pertinentes.

## DIABETES TIPO 2

En la diabetes tipo 2, el organismo puede producir insulina, pero esta es insuficiente o no puede ser utilizada, porque hay problemas en las entradas especiales que la célula tiene para permitir el ingreso de la insulina. Como el azúcar no puede entrar a la célula, a pesar de la presencia de insulina, aumenta el nivel del azúcar en la sangre y se produce hiperglicemia. En general, las personas con diabetes tipo 2 no necesitan inyectarse insulina para vivir.

### **¿A quiénes afecta con mayor frecuencia?**

Generalmente a adultos mayores de 40 años con sobrepeso.

### **¿Cuáles son sus causas?**

Predisposición hereditaria más obesidad, la que provoca resistencia de las células a la acción de la insulina.

### **¿Cuáles son sus síntomas?**

Mucha sed, apetito excesivo y gran cantidad de orina. En muchas ocasiones, estos síntomas pueden pasar desapercibidos para la persona.

### **¿Cuál es el tratamiento de este tipo de diabetes?**

En la mayoría de los casos se trata con una alimentación ordenada, ejercicios y tabletas hipoglicemiantes (que bajan la glicemia). En una proporción menor es necesario utilizar insulina.



*La diabetes es una enfermedad que dura toda la vida. Aunque no se mejora es posible controlarla si la persona asume la responsabilidad de su propio cuidado. El éxito del tratamiento depende en gran medida de la capacidad y deseo del propio paciente de cumplir las indicaciones de su tratamiento: adherir a un plan de alimentación, realizar ejercicios regularmente y tomar sus medicamentos. En este caso, una persona que tiene diabetes puede llevar una vida normal y prevenir las complicaciones de la enfermedad.*

## 2.- Autocontrol en la diabetes mellitus tipo 2.

Actividad	Objetivos de participante	Contenido	Método y Materiales Educativos	responsable	Evaluación
<b>Bienvenida</b>	-	-	Lista de asistencia	Enfermera	-
<b>Activación Física</b>	-	-	Equipo de Sonido	Nutriologa	-
<b>Exposición de Tema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los métodos de Autocontrol.</li> <li>• Reconocer la importancia del autocontrol para prevenir complicaciones agudas y crónicas.</li> </ul>	<p>Qué es el autocontrol.</p> <p>Materiales para Metas del autocontrol.</p> <p>Identificar los tres pilares básicos para el control de la diabetes.</p>	<p>Explicación sobre los métodos de autocontrol.</p> <p>Discusión de grupo sobre las ventajas y dificultades del autocontrol.</p> <p>Búsqueda de soluciones a las dificultades planteadas.</p>	<p>Psicologo y Enfermera</p>	<p>Lista de beneficios del autocontrol.</p> <p>Lista de dificultades.</p> <p>Lista de soluciones prácticas a las dificultades.</p>
<b>Despedida</b>	-	-	-	-	-

### SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN

El facilitador:

- Hará algunas preguntas a los pacientes, como las siguientes:  
 ¿Cuáles son los valores normales de glicemia en ayunas?  
 ¿Qué cantidad de glucosa contiene la orina de una persona que no tiene diabetes?  
 ¿Cuáles son los tres pilares de para el control de la diabetes mellitus?

En el caso de observar algunos problemas o dificultades durante la exposición de las respuestas, se sugiere realizar sesiones de refuerzo las veces que sea necesario.

**AUTOCONTROL**

**CONTROLAR LA DIABETES ES IMPORTANTE**



Conozca sus propios signos y síntomas

Conozca el nivel normal de azúcar en la sangre: 80-115mg/dl

Solicite a su médico le controle la hemoglobina glicosilada

### 3.- La alimentación en la diabetes.

Actividad	Objetivos de participante	Contenido	Método y Materiales Educativos	responsable	Evaluación
<b>Bienvenida</b>	-	-	Lista de asistencia	Enfermera	-
<b>Activación Física</b>	-	-	Equipo de Sonido	Nutriologa	-
<b>Exposición de Tema</b>	Reconocer la necesidad de adherir a un plan de alimentación específico para mantener la glicemia y los lípidos sanguíneos dentro de rangos normales y lograr un peso adecuado.  Entender el significado del peso normal para el manejo y evolución de la diabetes.	Características del plan de alimentación de las personas con diabetes.  Beneficios del plan de alimentación para el control de la diabetes.	Discusión sobre dificultades para seguir el tratamiento.  Soluciones a los problemas.	Nutriologa Enfermera Psicólogo	Opiniones en el trabajo grupal.
<b>Despedida</b>	-	-	-	-	-

#### SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN

Ejemplos de preguntas con alternativas de respuesta. Solicitar a los participantes que marquen todas las alternativas que consideren correctas.

1 Llevar correctamente su plan de alimentación, permite a la persona con diabetes:

- a) Mantener normal el nivel de azúcar en la sangre
- b) Mantener normal el nivel de grasas en la sangre
- c) Mantener el peso dentro de rangos normales
- d) Obtener todas las vitaminas y minerales que necesita
- e) Todas las anteriores

2 ¿Con cuáles de las siguientes medidas se puede prevenir la hipoglicemia?

- a) Tomando medicamentos de acuerdo con los síntomas
- b) Manteniendo el horario de comidas y medicamentos indicado
- c) Comiendo más de lo recomendado
- d) Disminuyendo la dosis de medicamentos
- e) No sabe

3 La persona que tiene diabetes debe consumir alimentos 4 veces al día y agregar dos colaciones, si usa insulina, para:

- a) Mantener normal la concentración de azúcar en la sangre
- b) Mantener un estado nutricional adecuado
- c) Mantener los niveles de azúcar en la orina
- d) Fortificar los músculos del cuerpo
- e) No sabe

Ficha 3. El plato del bien comer.



#### 4.- Higiene y autocuidado en la diabetes.

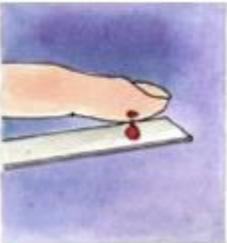
Actividad	Objetivos de participante	Contenido	Método y Materiales Educativos	responsable	Evaluación
<b>Bienvenida</b>	-	-	Lista de asistencia	Enfermera	-
<b>Activación Física</b>	-	-	Equipo de Sonido	Nutrióloga	-
<b>Exposición de Tema</b>	<p>Apreciar la importancia de llevar a cabo acciones de higiene y autocuidado del cuerpo.</p> <p>Comprometerse al autocuidado para prevenir lesiones en los pies o en cualquier otra parte del cuerpo.</p>	<p>Características de un pie sano.</p> <p>Qué es la neuropatía, cómo se presenta, qué la provoca.</p> <p>Complicaciones del pie diabético. Factores que favorecen la aparición de lesiones. Cómo prevenirlas.</p> <p>Tabaquismo y problemas vasculares.</p>	<p>Exposición y discusión.</p> <p>Intercambio de experiencias personales.</p>	Psicólogo	<p>Demostración por uno o más participantes: reconocimiento de signos de neuropatía en sus pies.</p>
<b>Despedida</b>	-	-	-	-	-

#### SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN

1. Hacer una lista de los cuidados que deben tener con sus pies las personas con diabetes.
2. Explicar cómo debe ser un pie sano y que signos y síntomas indicarían que es un pie enfermo.
3. Hacer una demostración de cómo realizar un buen aseo de los pies.
4. ¿Cómo deben ser los zapatos y las medias que debe usar una persona que tiene diabetes?
5. Hacer una demostración de 3 ejercicios apropiados para mejorar la circulación de los pies.

**SIENTASE BIEN Y PREVENGA LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES**

**MANTENGA EL AZUCAR EN LA SANGRE DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES**

			
<p>Siga su plan de alimentación</p>	<p>Realice actividad física regularmente, ojalá todos los días</p>	<p>Tome sus medicamentos o colóquese la insulina según le indicó el médico</p>	<p>Aprenda a medir el azúcar de su sangre</p>

**CONTROLE SU PRESION ARTERIAL**

			
<p>Eche de peso si tiene sobrepeso</p>	<p>Lama con menos sal</p>	<p>Lama comida con menos grasa. Evite comer alimentos ricos en grasa de origen animal</p>	<p> tome los medicamentos en la cantidad y horario indicado</p>

**CUIDESE**

			
<p>No fume</p>	<p>Revise sus pies todos los días</p>	<p>Lleve identificación de diabético</p>	<p>Visite regularmente al médico</p>

## 5.- Actividad física y diabetes.

Actividad	Objetivos de participante	Contenido	Método y Materiales Educativos	Responsable	Evaluación
<b>Bienvenida</b>	-	-	Lista de asistencia	Enfermera	-
<b>Activación Física</b>	-	-	Equipo de Sonido	Nutrióloga	-
<b>Exposición de Tema</b>	Reconocer los beneficios de la actividad física en el control metabólico de la diabetes.	Beneficios de realizar actividad física: para la calidad de vida - para la diabetes. Condiciones y precauciones para efectuar ejercicios.	Intercambio de experiencias Rotafolio Folletos	Psicólogo Nutrióloga	Demostración por uno o dos participantes: como hacer los ejercicios indicados en forma correcta..
<b>Despedida</b>	-	-	-	-	-

### SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN

El facilitador puede organizar un trabajo de grupo, y solicitar a los participantes:

- Que enumeren las ventajas de la actividad física para la salud y el control de diabetes.
- Hacer una lista de los problemas que les impiden realizar más actividad física.
- Hacer una lista de soluciones sencillas y realistas para estas limitaciones.

Los resultados de este trabajo, así como el intercambio de opiniones que se produzca en el trabajo de grupo, permitirán al educador evaluar el logro de los objetivos de la unidad y reforzar los sentimientos de autoestima en los pacientes que se sientan limitados para realizar actividad física.

## ACTIVIDAD FÍSICA Y DIABETES

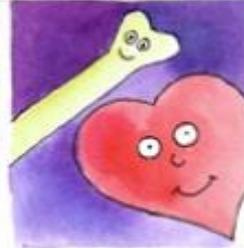
### LA ACTIVIDAD FÍSICA ES BENEFICIOSA PARA USTED



*Ayuda a bajar el azúcar en la sangre*



*También ayuda a bajar de peso y mantenerse bien*

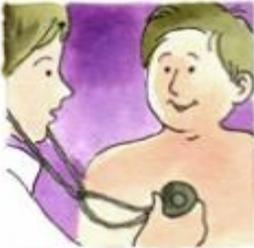


*Sirve para mantener su corazón saludable y sus huesos más firmes*



*Le ayuda a manejar el estrés y sentirse con más energía*

### TENGA EN CUENTA



*Hágase un control médico antes de iniciar su plan de actividad*



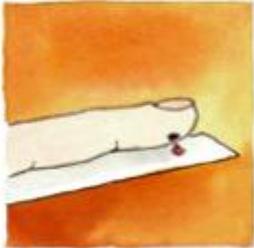
*Comience de a poco*



*Al empezar, estírese por 5 a 10 minutos*



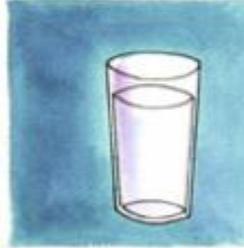
*Realícela regularmente, idealmente todos los días*



*Controle su azúcar antes y después de la actividad física y registre los resultados.*



*Lleve colación. Pregúntele al médico si necesita bajar sus remedios para la diabetes. Analice el registro de auto-control con su médico. Puede ser necesario hacer cambios en el tratamiento*



*Tome mucha agua. Antes, durante y después del ejercicio*



*Use calzado adecuado para la actividad; lleve su identificación*

## 6.- Redes de apoyo familiar y social en la diabetes mellitus.

Actividad	Objetivos de participante	Contenido	Método y Materiales Educativos	responsable	Evaluación
<b>Bienvenida</b>	-	-	Lista de asistencia	Enfermera	-
<b>Activación Física</b>	-	-	Equipo de Sonido	Nutriologa	-
<b>Exposición de Tema</b>	Reconocer e identificar la importancia de las redes de apoyo familiares y sociales como una herramienta para el control de personas que viven con diabetes mellitus tipo 2.	<p>Que es una red de apoyo</p> <p>Cuál es la importancia de generar una red de apoyo familiar y social en torno a las personas que viven con DM2.</p> <p>Como fortalecer y desarrollar una red de apoyo.</p>	<p>Intercambio de experiencias sobre situaciones personales que provocan estrés y formas de superarlas.</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Folleto educativos.</p>	Psicólogo	<p>Hacer una lista de situaciones que producen estrés o malestar relacionado con la DM2.</p> <p>Hacer una lista de actividades que ayuden a reducir el estrés o el malestar.</p> <p>Hacer énfasis en el abordaje grupal, familiar y comunitario.</p>
<b>Despedida</b>	-	-	-	-	-

### SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN

La evaluación se puede efectuar con un juego de roles entre una persona que tiene una diabetes bien tratada desde hace muchos años, y otra persona a quien acaban de diagnosticarle una diabetes, quien se encuentra angustiado, ansioso e impaciente, a punto de caer en una depresión.

¿Cómo se puede ayudar a esta persona a superar su angustia?

Concluyendo; el buen control de la diabetes no solamente depende de llevar adecuadamente el tratamiento, dieta y ejercicios, sino también de los aspectos afectivos, por cuanto de esa forma se estará contribuyendo a lograr una mejor calidad de vida de la persona que padece la enfermedad.

## **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

### **Consentimiento Informado**

**Nombre del Estudio:** Reforzamiento de adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes mellitus, a través de aspectos psicosociales, en el centro de salud de Peto, Yucatán.

**Investigador:** Jorge Francisco Gómez Pech  
Antes de aceptar participar en este estudio, es importante que lea cuidadosamente todo el documento. En este documento se describe el propósito, procedimientos, beneficios, riesgos, malestares y precauciones que debe tener. También se incluye las alternativas que tiene y la posibilidad de poder retirarse en cualquier momento.

### **Explicación de Procedimientos**

Se le invita a participar en este estudio que ayudara a conocer los aspecto relacionados con la adherencia a tratamiento de personas que viven con diabetes mellitus tipo 2. Se le solicitará contestar algunas preguntas y participar en 6 sesiones grupales, donde se abordaran temas relacionados con la adherencia a tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. La duración de las sesiones será de 180 minutos. Los resultados serán entregados en una reunión pública posterior, un mes después de concluido el estudio.

### **Riesgos y Molestias**

No estará en riesgo alguno al responder las preguntas, o al participar en las sesiones grupales.

### **Confidencialidad**

Se mantendrá en anonimato en todo momento. No se revelará el nombre de las personas que contestaron los cuestionarios, ni de las que participaron en las sesiones grupales. Sólo se permitirá acceso a los resultados al personal de los Servicios de Salud de Yucatán.

### **Beneficios**

No recibirá beneficio directo al contestar la encuesta. Sin embargo, la encuesta nos permitirá conocer las características de la comunidad.

### **Retiro sin Prejuicios**

La participación en esta encuesta es totalmente voluntaria. Si niega a participar, no existirá problema alguno. Se encuentra en libertad de retirarse en cualquier momento, a pesar de que haya firmado este consentimiento.

### **Costos o Pagos por su Participación**

No se pagará una cuota por participar en la encuesta. Sin embargo, agradecemos mucho su participación que nos permitirá conocer mejor la comunidad.

**Preguntas**

Puede realizar cualquier pregunta sobre la encuesta y los objetivos de ésta. En caso de tener alguna duda después de que se haya retirado el encuestador, puede comunicarse al teléfono 9303054 con el Psic. Jorge Francisco Gómez Pech de los Servicios de Salud de Yucatán.

**Acuerdo**

Este acuerdo declara que ha recibido una copia de este consentimiento informado. Su firma en el documento indicará que ha aceptado a participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Fecha