



Instituto Nacional de Salud Pública

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
AREA DE CONCENTRACIÓN: EPIDEMIOLOGÍA
SEDE TLALPAN**

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CONTROLADOS, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD “DAVID FRAGOSO” BASADA EN UN MODELO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRÁCTICAS.

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

Jenny León Cuellar

Número de Matrícula: 2009120208

Director:

Dr. Manuel Palacios Martínez

Asesor:

Dr. Noé Guarneros Soto

Julio 2013

ÍNDICE

Contenido

1	Introducción	4
2	Antecedentes/ Diagnóstico integral de salud en la unidad territorial San Pedro Mártir, delegación Tlalpan .	7
2.1	Situación de salud	7
2.2	Recursos para la salud	9
2.3	Daños a la salud.....	10
3	Ejercicio de priorización por el método de HANLON	11
4	Resultado final	16
5	Planteamiento del problema	17
6	Justificación	22
7	Marco teórico	24
7.1	Diabetes mellitus tipo 2.....	24
7.2	Factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus tipo 2.....	24
7.3	Plan y metas de control para la diabetes mellitus tipo 2.....	25
7.4	Encuestas CACP	27
7.5	Modelos de comportamiento en salud	31
7.6	Siete tesis sobre educación para la participación en salud	36
8	Aplicación de encuesta tipo CACP	40
8.1	Objetivos.....	40
8.1.1	General.....	40
8.1.2	Específicos	40
8.2	Métodos.....	41
8.3	Resultados.....	44
8.4	Conclusiones	55
9	Propuesta de intervención	60
9.1	Identificación de causas del problema	62
10	Descripción de la propuesta de intervención.....	63
10.1	Identificación de alternativas de mejora	65
11	Objetivos de la propuesta de intervención	67
11.1	General.....	67
11.2	Específicos	67

11.3	Metas.....	67
11.4	Límites.....	68
12	Plan detallado de ejecución.....	68
13	Estimación de recursos.....	75
13.1	Recursos humanos.....	75
13.2	Recursos materiales.....	76
13.3	Recursos financieros estimados.....	76
14	Estudio de factibilidad.....	77
14.1	Factibilidad Financiera.....	77
14.2	Factibilidad Técnica.....	77
14.3	Factibilidad Administrativa.....	78
14.4	Factibilidad de Mercado.....	78
14.5	Factibilidad Política, Social y Legal.....	79
15	Diseño del sistema de control.....	80
16	Componentes del Programa.....	82
17	Organización interna para la ejecución.....	82
18	Cronograma de actividades.....	83
19	Diseño del sistema de evaluación.....	84
19.1	Evaluación de impacto.....	88
20	Productos e impacto esperado.....	89
21	Conclusiones.....	91
22	Recomendaciones y limitaciones.....	92
23	Referencias.....	93
24	Bibliografía.....	95
25	Anexos.....	97

1 Introducción

En las últimas dos décadas, en nuestro país se han incrementado los padecimientos crónico-degenerativos no transmisibles, en especial la diabetes y la obesidad.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT 2012), de la población nacional 9.2% tiene diabetes mellitus diagnosticada, dos puntos porcentuales más que en 2006, esto constituye un importante problema de salud pública si tomamos en consideración que por cada diabético conocido, existe uno que no ha sido diagnosticado por lo que el porcentaje de personas adultas con diabetes podría ser incluso el doble. A su vez, constituye un enorme reto para el Sistema Nacional de Salud ya que de acuerdo a la ENSANUT 2012, uno de cada cuatro pacientes estaba en control metabólico al momento de ésta y 49.8% está en riesgo muy alto (HbA1c >9%) de padecer las complicaciones de esta enfermedad.

Ante este panorama y estando relacionada la diabetes mellitus y sus complicaciones con las primeras causas de muerte a nivel nacional, local (delegación Tlalpan) y regional (San Pedro Mártir), se consideró necesaria la realización del presente proyecto dado que dicha situación hace imperativo replantear el modelo de atención curativo actual para ofrecer una atención médica integral, oportuna y con calidad en los establecimientos de salud, focalizándose el Centro de Salud David Fragoso Lizalde en la comunidad de San Pedro Mártir para diseñar el actual proyecto de intervención.

El Centro de Salud “David Fragoso Lizalde” cuenta con una Clínica de Diabetes que tiene registrados a 284 personas, de los cuales aproximadamente 28% acuden de manera regular a sus citas médicas. En una revisión realizada a 71 expedientes clínicos de los usuarios de la Clínica, se detectó que 53 de ellos están en riesgo alto y muy alto (HbA1c >7) de presentar las complicaciones de la diabetes y 39 presentan glucemia en ayunas mayor a 131 mg/dl.

Realizar una propuesta de intervención para mejorar el estado de salud de la población sin explorar el sistema de creencias de las personas, su nivel de conocimientos y prácticas en torno a la enfermedad, resultaba impensable si lo que se pretende es articular una intervención acorde a las circunstancias y necesidades de la población, que impacte positivamente en su calidad de vida y así disminuir costos de atención tanto para el sistema de salud como para el individuo al prevenir o retardar la aparición de complicaciones.

Es así que este Proyecto Terminal Profesional estuvo integrado por dos etapas o fases: la primera fase estuvo definida por la realización de un estudio transversal basado en la aplicación de una encuesta tipo CACP (Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas) durante el periodo comprendido

de enero a marzo del año 2012 a los usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud T III “David Fragoso Lizalde”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan de los Servicios de Salud Pública del D.F. lo cual permitió realizar una caracterización de la población de estudio y un análisis descriptivo del nivel de conocimientos adecuados, actitudes positivas, magnitud de mitos, creencias y prácticas de riesgo en base a los resultados obtenidos. La segunda fase es propiamente el diseño y plan detallado de la propuesta de intervención sustentada en el análisis de resultados.

Toda intervención que se propone para atender un problema de salud pública busca mejorar las condiciones de salud de una población, en este proyecto “*Propuesta de intervención para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no controlados, atendidos en el Centro de Salud David Fragoso basada en un modelo de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas*” los beneficiarios directos serán los propios usuarios, sus familiares y/o cuidadores así como el personal de salud adscrito a la Clínica. A través de la capacitación del personal de salud en estrategias de información, educación y comunicación se espera el fortalecimiento de las relaciones interpersonales *equipo de salud-paciente-familiares* para estar en posibilidades de ofertar una atención médica con un enfoque centrado en el paciente. Una atención integral centrada en el paciente permitirá al personal de salud adscrito a la Clínica de Diabetes y a los usuarios establecer una comunicación participativa, con plena equidad de los interlocutores, cuya finalidad será proporcionar estrategias de afrontamiento, clarificar mitos o creencias erróneas construidas en torno a la diabetes, así como prácticas de riesgo, para transformar sus saberes e incrementar su nivel de conocimientos de los usuarios con respecto a la enfermedad.

Sumado a ello estará la estrategia de “aprender haciendo” cuya finalidad es garantizar el aprendizaje práctico y desarrollar estrategias para el cumplimiento de actividad física y alimentación saludable, pilares del tratamiento integral para el control de la diabetes.

Por último, en este proyecto se apuesta por incentivar el proceso autogestivo de los usuarios integrados en el Grupo de Ayuda Mutua o bien, en un Club de Diabéticos; todo ello dependerá de las necesidades y objetivos del grupo.

El documento está integrado por: un breve resumen de los aspectos preponderantes en la comunidad de San Pedro Mártir detectados a partir de la ejecución del Diagnóstico Integral de Salud en el año 2010 a manera de antecedentes; el planteamiento del problema así como la justificación del proyecto; el marco teórico que respalda científicamente el mismo; la descripción de la primera fase (método, resultados, conclusiones), y, finalmente, la descripción detallada de la propuesta de intervención (estudio de factibilidad, plan detallado de ejecución, sistema de evaluación, conclusiones, recomendaciones y limitaciones).

Es así como en este ejercicio académico, se presenta una propuesta de intervención coherente con las necesidades detectadas, dando respuesta a las demandas sociales de atención médica efectiva haciendo uso de los principales objetivos de la investigación epidemiológica.

2 Antecedentes/ Diagnóstico integral de salud en la unidad territorial San Pedro Mártir, delegación Tlalpan

2.1 Situación de salud

En el año 2010, un grupo de estudiantes como parte de la práctica comunitaria de la Maestría en Salud Pública realizamos un Diagnóstico Integral de Salud (DIS) en la delegación Tlalpan del Distrito Federal, específicamente en el poblado de San Pedro Mártir, seleccionándose el AGEB 117-6 perteneciente al área de influencia del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde”.



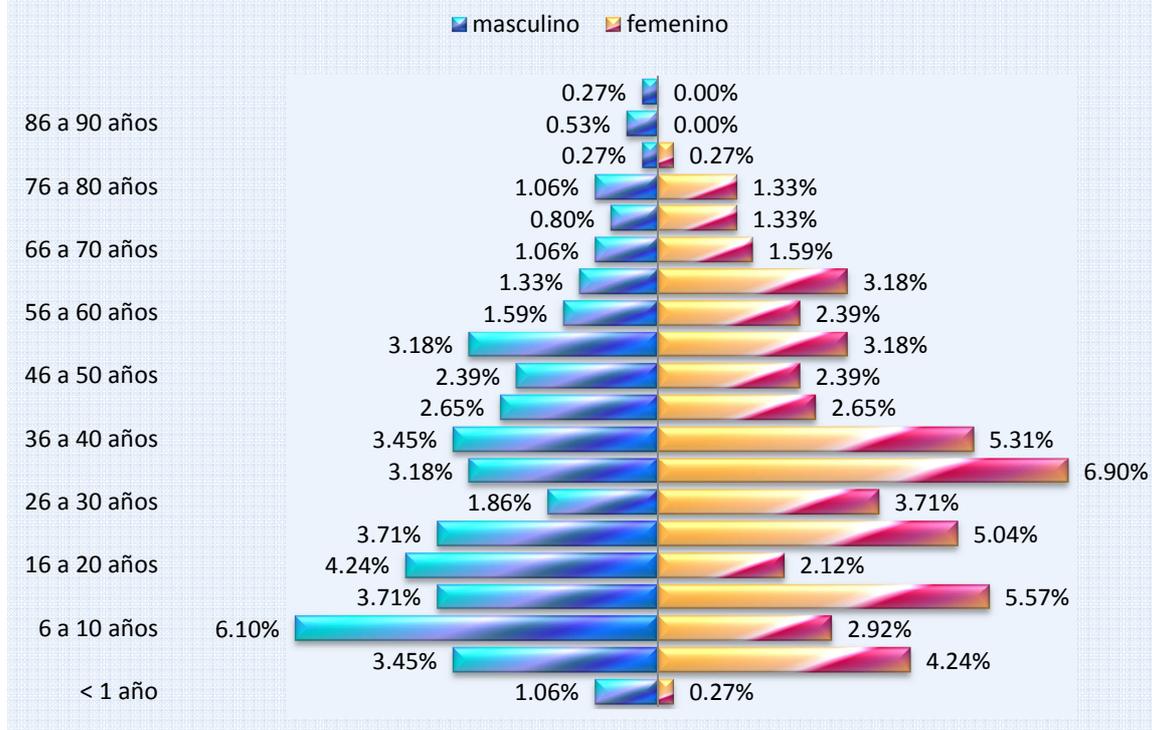
San Pedro Mártir se encuentra colindando al norte con Chimalcoyotl, al sur con San Andrés Totaltepec, al oeste con los volcanes y al este con el Colegio Militar ⁽¹⁾. Limita al oriente con la carretera federal a Cuernavaca y el cauce del arroyo San Buenaventura, al sur con las calles Flor Silvestre y Prolongación 5 de Mayo, al norponiente con las calles de Jacarandas y Barranca Chimalcoyotl, cuenta con una superficie de 116 hectáreas ⁽²⁾.

El territorio de la delegación Tlalpan tiene un relieve predominantemente montañoso y de origen volcánico. El clima de San Pedro Mártir es templado ⁽³⁾.

La Coordinación de Planeación de Desarrollo Territorial del D.F. Unidad Territorial 12-115-1, con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 INEGI, reporto una población total de 14,579 habitantes en la Comunidad de San Pedro Mártir, 7,034 hombres y 7,512 mujeres.

De acuerdo a los resultados del Diagnóstico Integral de Salud, la pirámide poblacional realizada muestra que la población femenina representa 54% (predominando el grupo de 31 a 40 años) y la población masculina 46% (predominando el grupo de 6 a 10 años). ⁽⁴⁾

Piramide Poblacional AGEB 117-6, de San Pedro Martir, 2010.



Diagnóstico de salud, San Pedro Mártir 2010.

Aunque las mujeres predominan en número, los hombres son más longevos en esta comunidad. Al observar la pirámide poblacional se confirma el fenómeno de transición demográfica, con el descenso en el número de nacimientos e incremento de adultos mayores

La mayoría, 88% de la población tiene alguna clase de instrucción formal (primaria, secundaria, medio superior o licenciatura) y solo 3% no tiene ninguna pero se ignora si sabe leer y escribir. ⁽⁴⁾

Casi la mitad, 48% de la población cuenta con un trabajo remunerado representada por comerciantes, empleados, obreros y pensionados. 31% se encuentra desempleado y 21% restante son estudiantes y personas que se dedican al hogar. En cada familia existe al menos un integrante que tiene un ingreso económico. La cuarta parte, 25% tiene un ingreso mensual mayor a \$5000 pesos, mientras que 24% y 22%, tienen un ingreso de \$2000 a \$3500 y de \$3000 a \$3500 respectivamente, por último 19% tiene un ingreso económico mensual menor a \$2000.

En cuanto a la tenencia de la propiedad 65% de los hogares habitan viviendas propias. Se documentó hacinamiento en 21% de los hogares encuestados ya que se encuentran compartiendo la

misma habitación de 3 a 4 personas, lo que facilita la transmisión de enfermedades, en especial de origen infeccioso. ⁽⁴⁾

Toda la población cuenta con energía eléctrica, gas LP y agua potable, 98% cuenta con servicio de recolección de basura y de éste, 25% la quema. La eliminación de excretas se hace por drenaje público en 92% de las viviendas y solo 8% tiene fosa séptica.

La mayoría, 81% de las viviendas encuestadas tienen abastecimiento diario de agua, 15% en forma semanal y 4% quincenalmente. La forma de abastecimiento del agua es en 87% de las viviendas intradomiciliaria y el resto tiene conexión extradomiciliaria.

De los hogares encuestados 38% no señalan fauna nociva perceptible, de 62% que detectaron fauna nociva, 33% menciona que predominan las ratas y ratones, 15% moscas y mosquitos y 8% cucarachas. ⁽⁴⁾

2.2 Recursos para la salud

De 100 familias encuestadas, 34 de ellas no cuentan con ningún tipo de seguro en salud, 30 están afiliados al IMSS, 18 al ISSSTE, 13 al Seguro Popular en Salud y cinco a otras instituciones como puede ser SEDENA, SEMAR. Sin embargo, de ese porcentaje de la población que si cuenta con algún tipo de seguro en salud, aproximadamente solo la mitad de las familias hace uso de ellos.

De la población encuestada, 33 familias prefieren acudir al médico particular como primer medida para dar atención a algún evento en salud, 26 de ellas optan por la automedicación, 20 prefieren utilizar un remedio casero, 19 acuden al Centro de Salud y solo dos familias van a la farmacia

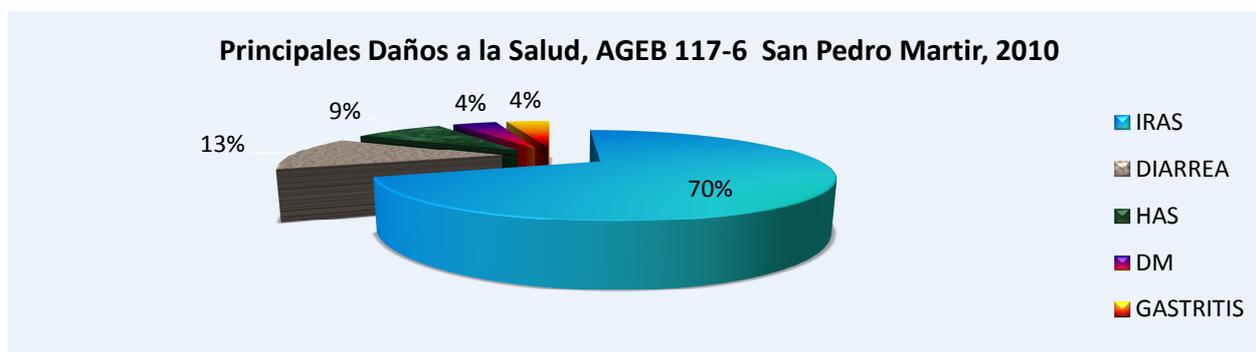
De los informantes encuestados 57 de ellos sí acuden al Centro de Salud "David Fragoso Lizalde" y 43 prefieren acudir a otros servicios o instituciones de salud. ⁽⁴⁾

Respecto a los gastos en salud 47% de las personas encuestadas refirieron gastar menos de \$500 al mes al presentárseles algún evento en salud (pudiendo ser en consulta, medicamentos, etc.), 28% de ellas llegan a gastar de \$500 a \$1000 y un poco más de una décima parte (13%), de \$1000 a \$1500 por evento en salud. Esto significa que más del 90% de la familias encuestadas, independientemente de que cuenten con algún tipo de seguro en salud o no, todas ellas en algún momento llegan a generar un gasto de bolsillo para atender un evento en salud, pudiendo convertirse de acuerdo al ingreso familiar en un gasto catastrófico. ⁽⁴⁾

2.3 Daños a la salud

En los datos recolectados sobre antecedentes familiares en la población encuestada, se obtuvo que 40% refirió antecedentes familiares de obesidad, 33% antecedentes de hipertensión y 21% antecedentes familiares de diabetes.

Los principales daños a la salud que percibe la población son cinco, las dos primeras son infecciosas, la más representativa es la Infección Respiratoria Aguda (IRAS), con 70%, luego mencionan a las diarreas, con 13%; las dos siguientes son crónico degenerativas, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) con 9% y la Diabetes Mellitus (DM) con 4%, finalmente la gastritis también con 4%.



Diagnóstico de Salud, San Pedro Mártir 2010

Las primeras causas de morbilidad en la población general hasta la semana epidemiológica 51 del 2009 según datos del SUAVE, son de tipo infeccioso (respiratorias, gastrointestinales, urinarias) y crónico degenerativas (HAS y DM), no obstante, cabe resaltar que a diferencia del panorama a nivel nacional, en el Centro de Salud “David Fragozo Lizalde”, las enfermedades crónico degenerativas no forman parte de las principales causas de morbilidad.

Estadísticas de Morbilidad, C.S. David Fragozo Lizalde 2009		
Diagnóstico	Casos	Tasa
Infecciones vías respiratorias agudas	5590	0.57
Caries dental	891	0.15
Infección de vías urinarias	616	0.06
Amenorrea	404	0.04
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	374	0.03
Enteritis y colitis no infecciosa	323	0.03
Ulceras, gastritis y duodenitis	318	0.03
Dermatitis	281	0.03
Conjuntivitis Mucopurulenta	264	0.02
Enfermedades de la pulpa y otros tejidos periapicales	240	0.02
Otras helmintiasis, obesidad y enf. Inflamatorias del cuello uterino	625	

Se identificaron como principales problemas sociales a través de métodos cualitativos (entrevistas semiestructuradas) al embarazo en adolescentes, drogadicción, alcoholismo y delincuencia.

La cuarta parte de los hogares (26%) al menos uno de los integrantes práctica un deporte o hace ejercicio de modo regular, en el resto (74%) no realizan ninguna actividad física. ⁽⁴⁾

3 Ejercicio de priorización por el método de HANLON

Para poder diseñar y realizar acciones encaminadas a mejorar alguno de los aspectos negativos o fomentar los aspectos positivos encontrados, se requiere de analizar sistemáticamente la información obtenida, a través de un ejercicio de priorización.

La priorización en salud es el elemento clave para la toma de decisiones en el proceso de planeación de servicios de salud.

Existen dos modalidades de priorización, la de investigación y la de acción. Dados los resultados obtenidos en el DIS, respecto a la morbilidad y mortalidad de la población de estudio, fue posible realizar una priorización de acción.

Para priorizar, fue indispensable considerar los siguientes aspectos:

- Importancia del problema (medición de la magnitud de los problemas de salud detectados, así como sus determinantes involucrados).
- Capacidad de los servicios de salud para resolverlo.
- Factibilidad para intervenir sobre los problemas de salud detectados.

En el caso de la comunidad citada, utilizamos el método de priorización de HANLON, que es un método cuantitativo basado en una fórmula, que considera:

A.- MAGNITUD DEL PROBLEMA

B.- SEVERIDAD/GRAVEDAD DEL PROBLEMA

C.- EFICACIA DE LA SOLUCIÓN

D.- FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN

FORMULA: **INDICE DE HANLON= (A+B) (C x D)**

Aplicando este método de priorización al DIS, obtuvimos lo siguiente:

A. MAGNITUD

La magnitud se basa en los principales daños a la salud. Hanlon definió este componente como el número de personas afectadas por el problema en relación con la población total.

Para llevar a cabo la priorización de los problemas de salud que se presentan en la localidad de San Pedro Mártir, se consideraron los 10 principales daños a la salud detectados a través de la encuesta realizada. Se asignan valores tomando como referencia el valor máximo de 10 al principal daño de salud reportado en el DIS.

Porcentajes reportados	Valor asignado
80-100	10
60-79	8
40-59	6
20-39	4
0-19	2

Se tiene como resultado:

PRINCIPALES DAÑOS A LA SALUD	%	MAGNITUD
1.- ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	70%	8
2.- DIARREAS	13%	2
3.- HAS	9%	2
4.- DIABETES MELLITUS	4%	2
5.- GASTRITIS	4%	2
6.- TABAQUISMO	41%	6
7.- ALCOHOLISMO	37%	4
8.- SOBREPESO	12%	2
9.- ENFERMEDAD HEPATICA	1.5%	2
10.- SEDENTARISMO	74%	8

B. GRAVEDAD

Se pueden tomar como referencia, las tasas de mortalidad, de morbilidad y de incapacidad, así como los costos asociados al problema. Estos son los datos registrados en la Delegación Tlalpan, a la que pertenece la comunidad en estudio.

Se otorgaron valores de 0 a 10, donde el valor más alto es la principal causa de muerte y así sucesivamente.

Principales causas de mortalidad general Tlalpan 2007

No. de orden	C a u s a	Defunciones	Tasa
		Total 2,757	447.0
1	Enfermedades del corazón	513	83.2
2	Diabetes mellitus	458	74.3
3	Tumores malignos	425	68.9
4	Enfermedades cerebrovasculares	156	25.3
5	Enfermedades del Hígado	142	23.0
6	Accidentes	133	21.6
7	Influenza y Neumonía	81	13.1
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	76	12.3
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	62	10.1
10	Malformaciones congénitas , deformidades y anomalías cromosómicas	43	7.0

Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)
1/ Tasa por 100,000 habitantes de la delegación, en base a proyecciones del CONAPO

Cabe señalar que algunos de los principales problemas de salud detectados en el DIS impactan de manera secundaria en la causa de mortalidad, quizá no es causa directa de muerte, tal es el caso de la mortalidad por enfermedades del hígado, que en la mayoría de causas generadoras de esta mortalidad es por daños directos del consumo de alcohol; otro ejemplo, en causa de mortandad, se registra en enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sabemos que el principal generador de esta condición es el tabaquismo, así sucesivamente se hicieron correlaciones para determinar el nivel de severidad o gravedad en la que incidieron nuestros principales daños a la salud.

Se tiene como resultado:

PRINCIPALES DAÑOS A LA SALUD	%	GRAVEDAD
1.- ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	70%	7
2.- DIARREAS	13%	2
3.- HAS	9%	4
4.- DIABETES MELLITUS	4%	10
5.- GASTRITIS	4%	1
6.- TABAQUISMO	41%	6
7.- ALCOHOLISMO	37%	9
8.- SOBREPESO	12%	3
9.- ENFERMEDAD HEPATICA	1.5%	8
10.- SEDENTARISMO	74%	5

C. EFICACIA

Ésta se refiere a la posibilidad concreta de que con la tecnología y los recursos actuales se pueda mejorar el problema. Se dan valores de 0.5, 1 y 1.5, que expresan con que contamos:

- El valor más bajo, 0.5 indica que el problema de salud no es vulnerable o es muy difícil de solucionar.
- El valor 1 indica que el problema de salud es medianamente vulnerable a ser solucionado.
- El valor 1.5 corresponde a un problema de salud altamente vulnerable de ser solucionado.

Se tiene como resultado:

PRINCIPALES DAÑOS A LA SALUD	%	EFICACIA
1.- ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	70%	1
2.- DIARREAS	13%	1.5
3.- HAS	9%	1
4.- DIABETES MELLITUS	4%	1
5.- GASTRITIS	4%	1.5
6.- TABAQUISMO	41%	1
7.- ALCOHOLISMO	37%	0.5
8.- SOBREPESO	12%	1
9.- ENFERMEDAD HEPATICA	1.5%	0.5
10.- SEDENTARISMO	74%	1

D. FACTIBILIDAD

Son un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicadas.

Dichos factores se denominan con las siglas PEARL, que significa:

- P**= pertinencia
- E**= factibilidad económica
- A**= aceptabilidad
- R**= disponibilidad de recursos
- L**= legalidad

A los cuales se les asigna un sí o un no, dependiendo si es o no viable el rubro citado, donde **SÍ**=1 y **NO**=0.

Para este criterio se parte de los conocimientos personales de los integrantes del grupo acerca de la comunidad obtenidos a través del DIS, de los conocimientos implícitos de la formación profesional y de postgrado, de la experiencia profesional y datos bibliográficos.

Se tiene como resultado:

PRINCIPALES DANOS A LA SALUD	PERTINENCIA	FACTIBILIDAD ECONOMICA	ACEPTABILIDAD	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	LEGALIDAD	TOTAL
1.-ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	1	1	1	1	1	5
2.- DIARREAS	1	1	1	1	1	5
3.- HAS	1	0	1	0	1	3
4.-DIABETES MELLITUS	1	1	0	1	1	4
5.- GASTRITIS	1	1	1	1	1	5
6.- TABAQUISMO	1	0	0	0	1	2
7.- ALCOHOLISMO	1	0	0	0	1	2
8.- SOBREPESO	1	1	0	1	1	4
9.-ENFERMEDAD HEPATICA	1	0	1	0	1	3
10.- SEDENTARISMO	1	1	0	1	1	4

4 Resultado final

La aplicación de la fórmula, con los resultados parciales obtenidos, nos presenta el siguiente resultado final de priorización para la comunidad del AGEB 117-6 de San Pedro Mártir, de la delegación Tlalpan.

Daños a la salud	Magnitud A		Gravedad B	Eficacia C	Factibilidad D						Puntuación (A+B) (Cx D)	Total	Priorización	
	%	8			P	E	A	R	L	T				
IRAS	70%	8	7	1	1	1	1	1	1	1	5	(8+7) (1x5)	75	1
EDAS	13%	2	2	1.5	1	1	1	1	1	1	5	(2+2) (1.5x5)	30	5
HAS	9%	2	4	1	1	0	1	0	1	1	3	(2+4) (1x3)	18	8
DM	4%	2	10	1	1	1	0	1	1	1	4	(2+10) (1x4)	48	3
Gastritis	4%	2	1	1.5	1	1	1	1	1	1	5	(2+1) (1.5x5)	22.5	6
Tabaquismo	41%	6	6	1	1	0	0	0	1	1	2	(6+6) (1x2)	36	4
Alcoholismo	37%	4	9	0.5	1	0	0	0	1	1	2	(4+9) (0.5x2)	13	10
Sobrepeso	12%	2	3	1	1	1	0	1	1	1	4	(2+3) (1x4)	20	7
Enfermedad Hepática	1.59%	2	8	0.5	1	0	1	0	1	1	3	(2+8) (0.5x3)	15	9
Sedentarismo	74%	8	5	1	1	1	0	1	1	1	4	(8+5) (1x4)	52	2

Los resultados que se obtuvieron con el método de Hanlon a partir del análisis de la magnitud, gravedad, eficacia y factibilidad de los 10 principales daños a la salud detectados en la comunidad de San Pedro Mártir en orden de importancia son: las IRAS, seguida de Sedentarismo, Diabetes Mellitus, Tabaquismo, Enfermedades Diarreicas Agudas, Gastritis, Sobrepeso, Hipertensión arterial sistémica, Enfermedad Hepática y por último Alcoholismo.

De acuerdo a los resultados del ejercicio de priorización, la **diabetes mellitus** se encuentra dentro de los tres principales daños a la salud en orden de importancia para poder diseñar y realizar una intervención en salud. ⁽⁴⁾ Dado que la diabetes mellitus es una enfermedad que mata y discapacita, empobrece a las familias, impone una enorme carga económica para los sistemas sanitarios y comparte factores de riesgo comunes con otras enfermedades crónicas no trasmisibles, realizar una intervención en salud representa una inmejorable oportunidad con grandes posibilidades de beneficios para que las personas con diabetes puedan llevar una vida larga, sana y productiva.

5 Planteamiento del problema

En los resultados obtenidos del ejercicio de priorización a través del método de Hanlon, la Diabetes es uno de los tres principales daños a la salud que resultaron prioritarios.

De acuerdo con cifras de la Federación Internacional de Diabetes, se estima que unos 366 millones de personas en todo el mundo tenían diabetes en el 2011. Si estas tendencias continúan, para el año 2030, unos 552 millones de personas, o uno de cada 10 adultos, tendrán diabetes. Esto equivale a aproximadamente 3 casos nuevos cada 10 segundos, o casi 10 millones por año. ⁽⁵⁾

En la más reciente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSANUT 2006 (7%). En esta última, la prevalencia de diabetes en nuestro país era de 14.4% en la población mayor de 20 años de edad, es decir, que en el 2006 contábamos con 7.3 millones de diabéticos en México. ⁽⁶⁾

La diabetes es una enfermedad crónica no transmisible, incurable, costosa y responsable cada año de millones de muertes. Cada ocho segundos, en alguna parte del mundo muere alguien por causa de la diabetes. ⁽⁵⁾

A nivel nacional, entre 2001 y 2005, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa en mujeres pasó de 79.9 a 89.9 por cada 100,000 habitantes y de 73.7 a 86.1 en hombres. ⁽⁷⁾ En 2010, 83 000 personas murieron a consecuencia de las complicaciones de la diabetes, con una edad media de 66.7 años.

En la Delegación Tlalpan es la segunda causa de mortalidad general y de acuerdo a los certificados de defunción del área del Centro de Salud "David Fragoso Lizalde" de Enero del 2008 a Diciembre del 2009, la tercera y cuarta causa de muerte en la población de San Pedro Mártir están relacionadas con la Diabetes Mellitus Tipo 2 y sus complicaciones ⁽⁴⁾.

El impacto de esta enfermedad no sólo es en la mortalidad sino de manera muy importante en la morbilidad y en la calidad de vida, representando una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general. ⁽⁸⁾

El C.S. T III "Dr. David Fragoso Lizalde" es uno de los Centros de Salud circunscrito a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan No. XII de los Servicios de Salud Pública del D.F. y es la instancia

responsable de brindar atención médica de primer nivel a la población de San Pedro Mártir que no tiene ningún seguro de salud.

En respuesta a la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012 para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular, en el Centro de Salud opera en el turno matutino un consultorio médico específico “Clínica de Diabetes” para la atención de pacientes con diabetes y un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) que realiza actividades y pláticas educativas, de ejercicio y nutrición sesionando dos veces al mes en un horario de 10 a 12 de la mañana.

De acuerdo a datos obtenidos del Sistema de Información en Salud (SIS) de Enero a Noviembre del 2010⁽⁹⁾, se encontraban en tratamiento en el C.S. David Fragozo Lizalde 284 personas; 188 mujeres y 96 hombres de las que se reportaron en control 36 y 18% respectivamente, aunque se desconoce si este control alude a casos en control o casos en control metabólico acorde a la definición de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO		057 Diabetes mellitus			
		< 20 años	20 a 59 años	60 y más	TOTAL
Ingresos	Mujeres	ADM01	ADM02	ADM03	
			5	3	8
	Hombres	ADM04	ADM05	ADM06	
			10	2	12
En tratamiento	Mujeres	ADM07	ADM08	ADM09	
			108	80	188
	Hombres	ADM10	ADM11	ADM12	
			63	33	96
Controlados	Mujeres	ADM13	ADM14	ADM15	
			38	30	68
	Hombres	ADM16	ADM17	ADM18	
			10	7	17

Fuente: Informe Mensual de Actividades realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H

Año: 2010/ Mes inicial: Enero/ Mes final: Noviembre

Personal adscrito a la Clínica menciona que del total de personas registradas en ésta, acuden de manera regular aproximadamente 60 personas, máximo 80, ya sea porque algunas deciden ser tratadas por otros médicos del mismo Centro de Salud o bien, vienen a consulta en el turno vespertino por inadecuación entre sus horarios de trabajo y el horario de operación de la Clínica de Diabetes. Asimismo, muchos de los que no asisten de manera frecuente están afiliados al IMSS o al ISSSTE (en su minoría) y prefieren ser atendidos en estas Instituciones de Salud y solo acuden cuando dejan de ser derechohabientes o presentan algún molestar ya que en la Clínica de Diabetes se les atiende sin previa cita.

Es importante destacar que el personal de salud de la Clínica de Diabetes que opera en el Centro de Salud es un equipo multidisciplinario, sin embargo, el servicio de nutrición se proporciona solo un día a la semana y la necesidad de atención psicológica es valorada únicamente por la Trabajadora Social quien les provee las citas a los pacientes.

El control de esta enfermedad es difícil tanto para los que brindan el servicio como para los pacientes. La medicación, las inyecciones de insulina y el monitoreo de la glucemia son complejos y molestos; los gastos asociados a la enfermedad no son despreciables, y el apoyo familiar y social que requieren estos enfermos son considerables ⁽¹⁰⁾ La presencia de enfermedades concomitantes y/o complicaciones de la misma diabetes puede afectar la adhesión del paciente al tratamiento.

En una revisión realizada a 70 expedientes clínicos de usuarios de la Clínica de Diabetes 13 personas tienen registro de complicaciones: cuatro presentan retinopatía diabética, seis neuropatía diabética, dos ceguera, tres pie diabético, amputación de miembro pélvico e IRC uno respectivamente. Cirrosis, Artritis, Parkinson, Depresión y secuelas de Poliomeilitis son las enfermedades concomitantes descubiertas y sobresale que 49 personas presentan hipertensión arterial sistémica, 8 dislipidemia, y una trigliceridemia.

A pesar de que existen intervenciones eficaces y de bajo costo que pueden prevenir o retrasar la aparición temprana de complicaciones a través de un control metabólico adecuado los resultados no son nada alentadores. Tomando como referencia las metas básicas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control del tratamiento del paciente diabético suscrito en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, en la exploración realizada a los expedientes clínicos descubrimos que la mitad de los pacientes presenta cifras que indican un mal control metabólico al registrar cifras de glucemia en ayunas ≥ 131 mg/dl, HbA1c $> 7\%$, IMC ≥ 27 , TAS ≥ 132 mmHg, circunferencia abdominal en mujeres ≥ 80 cm y en hombres ≥ 90 cm (ver Tabla 1).

Tabla 1. Control metabólico de usuarios de la Clínica de Diabetes del C.S. David Frago

	Frec. (%)	
Glucemia en ayunas (mg/dl)	N=71	
≤130	32 (45.1%)	
>131	39 (54.9%)	
HbA1c (%)	N=65	
≤7%	12 (18.5%)	
>7.1%	53 (81.5%)	
IMC kg/talla²	N=67	
18 a 24.9	9 (13.4%)	
25 a 26.9	22 (32.8%)	
≥ 27	36 (53.7%)	
TAS (mmHg)	N=61	
≤120	18 (30.0%)	
122 a 130	7 (11.4%)	
≥132	36 (59.0%)	
TAD (mmHg)	N=61	
≤80	36 (59.0%)	
≥ 82	25 (40.9%)	
Circunferencia de cintura	Mujeres	Hombres
	N=46	N=14
<80	1 (1.2%)	
≥80	45 (97.8%)	
<90		3 (21.4%)
≥90		11 (78.6%)

Fuente: Expedientes clínicos Ene-Mar 2012

Es importante destacar que dentro del mismo inmueble, se ha puesto en operación una Unidad de Especialidad Médica en Enfermedades Crónicas (UNEME), no obstante, pacientes de difícil control metabólico (por sus registros en los expedientes clínicos examinados) no son referidos a estas Unidades Médicas para la prevención de complicaciones.

Aunque nuestro país cuenta con un programa de acción específico de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.⁽⁷⁾ El Centro de Salud David Frago Lizalde no es ajeno a estas realidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que un proceso de educación para la salud es efectivo cuando identifica en primer lugar las creencias, los mitos y barreras presentes en la población a educar y con base en esta información establecer los contenidos temáticos. ⁽¹¹⁾

A pesar de que ahora es bien sabido que el éxito o fracaso de cualquier programa de educación puede depender de las creencias o actitudes iniciales de los individuos hacia la enfermedad, la mayoría de los estudios que examinan el desapego o falta de adherencia a un programa se centran principalmente en las características sociodemográficas y los factores clínicos, prestando poca atención a los factores psicológicos y contextuales que pueden influir en el comportamiento de desapego. Siendo los individuos en sí mismos el recurso más importante para obtener una mejor comprensión de las conductas de desapego, lo cual rara vez es presentada en la literatura. ⁽¹²⁾

“Solo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud”. Conocer al individuo implica comprender sus creencias, sus hábitos y roles, sus circunstancias. ⁽¹³⁾

En este sentido, la pregunta central que tratará de responder este proyecto terminal profesional es:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas dominantes en los usuarios de la Clínica de diabetes del C.S. T.III “David Frago Lizalde” que debemos potencializar o transformar para mejorar el control de su enfermedad y prevenir o retrasar la presencia de complicaciones?

6 Justificación

La diabetes es una Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) que representa un problema de salud pública a nivel nacional e internacional prioritaria y es uno de los mayores retos que enfrenta nuestro Sistema de Salud. Lo es por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. ⁽¹⁴⁾

Es una enfermedad incurable, crónica degenerativa que va asociada a graves complicaciones. Es la principal causa de insuficiencia renal, ceguera, amputaciones no traumáticas y hospitalizaciones; triplica el riesgo de aterosclerosis manifestada por infartos del miocardio y embolias cerebrales, lo cual explica el 30% de la mortalidad general. ⁽⁷⁾

A nivel nacional, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa, lejos de disminuir, se ha incrementado en un rango de tasas que va de 59 a 70 defunciones por cada 100 mil habitantes entre 2004 y 2008. ⁽⁷⁾

En el año 2006 se reportaron 394,360 casos nuevos, de los cuales un tercio corresponden a población abierta (35%) y más de la mitad a población derechohabiente. ⁽⁷⁾ Se ha proyectado que existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes en 2025. ⁽¹⁴⁾

Asimismo, la prevalencia de diabetes es mayor (11.4%) entre la población con antecedentes familiares (padre, madre o ambos) en comparación con aquellos sin familiares afectados (5.6%). La población con obesidad, según su índice de masa corporal y circunferencia de la cintura, presenta una prevalencia mucho mayor que aquélla sin obesidad, así como la población con enfermedades crónicas concomitantes, que incluye hipertensión arterial (13.7%), hipercolesterolemia (23.3%), microalbuminuria (15.5%) y enfermedad renal (12.3%) ⁽⁷⁾

De acuerdo a los investigadores mexicanos Armando Arredondo y Esteban de Icaza, el costo total de la diabetes en 2010 en nuestro país ascendió a \$778, 427,475 dólares. Esto incluye \$343, 226,541 en costos directos y \$435, 200,934 en costos indirectos. ⁽⁸⁾ Como se puede observar, el mayor porcentaje se destina a los costos indirectos o al pago de las complicaciones crónicas debido a la incapacidad prematura y la mortalidad. Lo que demuestra que la inversión efectuada en el tratamiento no ha sido eficaz. ⁽¹⁴⁾ Según la OMS, la mayoría de los casos de diabetes se podrían prevenir si se eliminasen los factores de riesgo modificables con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre ellos se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las

concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada ⁽¹⁴⁾

Asimismo, se debe señalar la asociación de altas tasas de comorbilidad que inciden en la gravedad de la diabetes y la presencia cada vez mayor de complicaciones micro y macro vasculares por la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos y de seguimiento a los pacientes. La escasa utilización de intervenciones eficaces deriva de que hasta el momento no se ha utilizado la evidencia científica disponible en la materia, como base para una mejor atención. La insuficiencia de recursos es otro de los factores que inciden en la magnitud de la diabetes en México y en el cumplimiento de los objetivos de los programas estatales ⁽⁷⁾

De no implementar intervenciones oportunas, la diabetes podría llevar a un colapso económico y saturación de los servicios de salud en el país. ⁽⁸⁾ Y aunque es en última instancia decisión de un individuo buscar ayuda y cumplir con las indicaciones terapéuticas, en la falta de efectividad del tratamiento intervienen factores atribuibles al sistema de salud, al médico y al propio paciente, además, la misma complejidad de la enfermedad contribuye a la falta de eficacia terapéutica. ^(12.14)

Son pocos los estudios realizados en relación a la diabetes mellitus tipo 2 que exploren las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas que permitan evaluar los elementos importantes que impactan en la adherencia al plan terapéutico por parte de los pacientes diabéticos, por lo anterior, la aplicación de una encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) nos permitirá explorar lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a su enfermedad para poder identificar la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, y poder articularlo con la lógica científica ⁽¹⁵⁾ y solo así, tener una visión más clara del individuo y sus circunstancias, que se traduzca en el diseño de una propuesta de intervención que contribuya al fomento de comportamientos saludables; logrando con ello impactar en la prevención o aparición temprana de complicaciones, disminuir costos de atención tanto para el sistema de salud como para el individuo y su familia, mejorando con ello la calidad de vida de las personas.

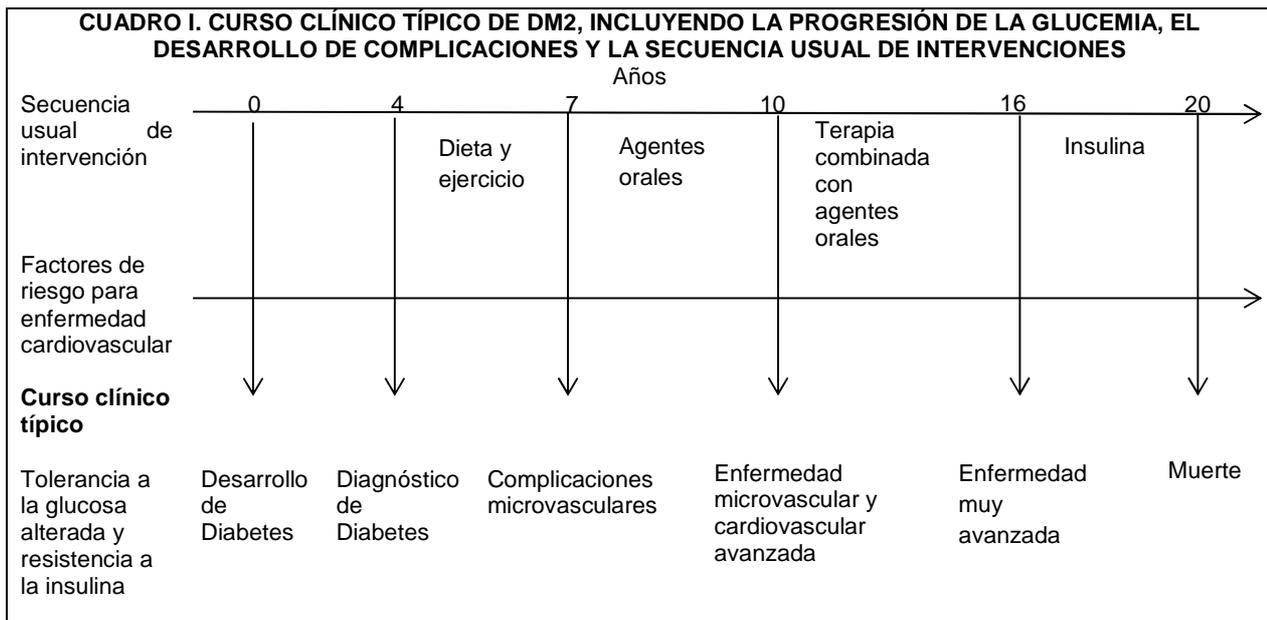
7 Marco teórico

7.1 Diabetes mellitus tipo 2

La **diabetes mellitus tipo 2** representa 90% de los casos de diabetes en el país. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por falla de las células β . Estos dos trastornos suceden simultáneamente y se manifiestan de manera variable en cada persona que la padece. ⁽¹⁶⁾

La diabetes mellitus tipo 2 en su etapa temprana puede cursar en forma asintomática y, por tanto, el diagnóstico se establece en forma tardía. Alrededor de 30 a 50% de las personas afectadas desconocen su problema por meses o años, lo que condiciona que en los sujetos con diabetes mellitus tipo 2 recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía diabética oscile entre 16 y 21%; la nefropatía diabética, entre 12 y 23%; la neuropatía diabética, entre 25 y 40% y que la mayoría de los pacientes ya hayan iniciado un daño microvascular ⁽¹⁷⁾

Una manera simple de explicar esta historia natural de la enfermedad es con el cuadro siguiente:



Fuente: Tomado del Boletín de Práctica Médica Efectiva para Diabetes Mellitus tipo 2. INSP. Agosto de 2006. Pág.1

7.2 Factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus tipo 2

Los factores de riesgo asociados con la DM2 incluyen los siguientes: ⁽¹⁶⁾

- Historia familiar de primer grado de personas con diabetes
- Edad, sobre todo en personas mayores de 45 años
- Obesidad (IMC ≥ 27 kg/m²) en adultos

- Antecedentes de diabetes gestacional o de haber tenido productos que pesaron más de 4 kg al nacer
- Colesterol-HDL <35mg/dL y/o triglicéridos >250 mg/dL
- Sedentarismo, tabaquismo, abuso del alcohol
- Tamaño de la cintura (>80 cm en mujeres y >90 en hombres)
- Sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 kg/m²)

7.3 Plan y metas de control para la diabetes mellitus tipo 2

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, el tratamiento de ésta tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones.

Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles adecuados de glucosa, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal, circunferencia abdominal y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica y deberán contar con la participación informada del paciente para su consecución. ⁽¹⁸⁾

METAS BÁSICAS DEL TRATAMIENTO Y CRITERIOS PARA EVALUAR EL GRADO DE CONTROL DEL PACIENTE	
Metas de tratamiento	
Glucemia en ayuno (mg/dl)	70-130
Glucemia postprandial 2 h. (mg/dl)	<140
HbA1c (%) *	<7
Colesterol total (mg/dl)	<200
Colesterol LDL (mg/dl)	<100
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150
Colesterol HDL (mg/dl) hombres	>40
Colesterol HDL (mg/dl) mujeres	>50
Microalbuminuria (mg/dl)	<30
Presión arterial (mm de Hg)	<130/80
IMC	<24.9
Circunferencia abdominal (cm) hombres	<90
Circunferencia abdominal (cm) mujeres	<80
*En los casos en que sea posible efectuar esta prueba	
** Es necesario un control estricto de la P.A. para reducir el riesgo de daño renal. Si el paciente fuma una meta adicional es dejar de fumar.	

Fuente: Tomada de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010

No obstante, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica SSA-093-08, para el diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención, disminuir la hemoglobina glucosilada por debajo de 7% es un objetivo de tratamiento en adultos de reciente diagnóstico, expectativa de vida larga y libre de enfermedad cardiovascular. Por el contrario, un control menos estricto puede ser aceptable en pacientes que han sufrido cuadros de hipoglucemia grave o que tengan una esperanza de vida corta o que sufran complicaciones crónicas graves. Otras metas que recomienda esta guía para el control de la glucemia en diabéticos adultos no embarazadas basadas en las recomendaciones de la American Diabetes Association 2009 y 2010 son: ⁽¹⁷⁾

Glucemia en ayuno	70 a 130 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetilsalicílico • Abstinencia de tabaco • Revisión anual por el oftalmólogo • Revisión periódica de los pies • Medición anual de microalbuminuria • Revisión anual por odontólogo • Vacunación • Anticoncepción
Glucemia postprandial	Menos de 180 mg/dl	
Hemoglobina glucosilada	Menos de 6.5%	
Colesterol total sérico	Menos de 200 mg/dl	
Colesterol –LDL sérico	Menos de 100 mg/dl	
Colesterol-HDL sérico	Más de 45 mg/dl (>40 en hombres, >50 en mujeres)	
Triglicéridos séricos	Menos de 150 mg/dl	
Presión arterial sistémica	Menos de 130/80 mm Hg	
Colesterol no-HDL	Menos de 130 mm Hg	
Índice de masa corporal	20 a 25 kg/m ²	
Perímetro abdominal	Menos de 80 cm en mujeres Menos de 90 cm en hombres	

Fuente: Tomado de la Guía de Práctica Clínica SSA-093-08RR

El Boletín de Práctica Médica Efectiva para Diabetes Mellitus tipo 2 presenta un cuadro comparativo de metas de control para la prevención de complicaciones de acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes, la Federación Internacional de Diabetes y el Colegio de Endocrinología Americano

CUADRO II. METAS DE CONTROL PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES			
INDICADOR	ADA	IDF	ACE
Glucemia en ayunas	80-130 mg/dl	<100 mg/dl	<110 mg/dl
Preprandial			
Glucemia	<180 mg/dl	<135 mg/dl	<140 mg/dl
Posprandial			
A1C	<7.0%	<6.5%	<6.5%
Presión arterial	<130/80 mmHg		
Colesterol LDL	<100 mg/dl		
Colesterol HDL	>40 mg/dl		
Triglicéridos	<150 mg/dl		

Fuente: Tomado del Boletín de Práctica Médica Efectiva para Diabetes Mellitus tipo 2. INSP. Agosto de 2006. Pág. 4

Para alcanzar el control de la glucemia existen cuatro etapas que deben considerarse en cada consulta: ⁽¹⁶⁾

Plan de nutrición	Todos los pacientes
Actividad física y ejercicio	Todos los pacientes
Educación en diabetes	Todos los pacientes
Tratamiento farmacológico de la hiperglucemia	

En los últimos años, se ha discutido ampliamente sobre el significado de términos como cumplimiento y adherencia, siendo elementos fundamentales en el tratamiento clínico de cualquier paciente. En general, la adherencia implica que el paciente se involucre de manera activa, voluntaria y colaborativa en una conducta recomendable acordada con el profesional de la salud para lograr el objetivo del tratamiento, y va más allá del cumplimiento o la obediencia al tratamiento. La adherencia incluye en su definición el acuerdo y la elección, por parte del paciente, en el proceso de establecimiento de metas dentro del plan de tratamiento. Para adherirse, el paciente debe internalizar las recomendaciones terapéuticas. Se ha establecido que la adherencia no es unidimensional sino multidimensional, ya que el paciente puede adherirse bien a algún componente del tratamiento y no adherirse a otros. Ya que la Diabetes Mellitus es una enfermedad que requiere del auto-cuidado, se requiere que el paciente diabético tenga un grado de motivación y autonomía para realizarlo, siendo así la atención de la salud un proceso de colaboración o co-manejo. ⁽¹⁹⁾

7.4 Encuestas CACP

La metodología de las encuestas CACP permite determinar Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas; ésta es usada para hacer diagnósticos y posterior evaluación de programas, reforzamiento de estrategias o intervenciones, así como la predicción de respuesta de una población a determinada intervención.

Al diseñar o evaluar un programa es tan importante conocer el nivel de conocimientos correctos, actitudes favorables y prácticas preventivas como la magnitud de mitos, desinformación, estigmas y prácticas de riesgo. ⁽²⁰⁾

Los componentes de la encuesta CACP se describen a continuación:

Conocimiento:

Es la acción y el efecto de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Este proceso de adquisición de conocimientos depende esencialmente de procesos psicológicos implicados en el aprendizaje, es decir, depende de la sensorpercepción y la capacidad de abstracción.

El contacto del ser humano con el mundo se realiza a través de estímulos de los órganos de los sentidos y al ser estimulados éstos, se origina el conocimiento de las cosas (sensopercepción). Al realizar mecanismos de abstracción, relacionando el objeto con lo que lo rodea y determinar qué clase de objeto es, el conocimiento se produce.

A través de la sensopercepción y abstracción, la persona puede observar que existe aprendizaje y ser capaz de hacer algo que no hacía antes y logra eventualmente repetir la conducta luego de haber sido expuesto repetidamente al estímulo.

Sin embargo, el darle significado a lo que se aprende mediante la interpretación del estímulo por el cerebro, establecer sus relaciones y guardarlo en la memoria; permite la integración y posterior aplicación en la vida diaria.

Esta es la razón por la que el aprendizaje está relacionado con el comportamiento, en la medida que cambian nuestros conocimientos; existe un cambio en nuestro comportamiento.

Lo que da por origen a dos tipos de conocimientos: el empírico y el científico. El primero se crea de nuestras propias experiencias a través de la observación, razonamiento y obtención de evidencia para llegar a la inducción de los hechos particulares para establecer generalidades, situaciones que no siempre son veraces; dando origen a mitos sin fundamento científico.

En cuanto al conocimiento científico, parte de una teoría racional, utiliza un método y lleva a la deducción de hechos generales a los particulares. Éste comprueba o rechaza el conocimiento empírico.⁽²¹⁾

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero, también como comprensión y análisis.

Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas. El tipo de conocimiento es el que estimula el autoanálisis y es el elemento motriz para la adopción de medidas preventivas.⁽²⁰⁾

Actitudes:

La investigación de las actitudes ha sido uno de los más importantes campos de estudio de la psicología social. Existe una variedad enorme de definiciones, las cuales, sin embargo, pueden ser agrupadas en pocas categorías: ⁽²⁰⁾

- a) Las definiciones que acentúan el aspecto afectivo de una actitud. Según este punto de vista, una actitud es un conjunto de sentimientos positivos o negativos hacia un objeto.
- b) Las definiciones que sostienen que una actitud constituye una predisposición o tendencia a actuar de una manera determinada.
- c) Las definiciones que toman en cuenta que una actitud tiene tres diferentes tipos de componentes: el afectivo, el cognoscitivo y el conductual.

Son estas últimas definiciones las que gozan de mayor aceptación en la actualidad. Tradicionalmente, las actitudes han sido estudiadas en relación con un objeto. Rokeach, sin embargo, ha insistido en que las actitudes pueden también referirse a situaciones. Este autor propuso que “una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.

Además de objeto y situación, Ajzen ha explicado que una actitud puede referirse a personas, instituciones o acontecimientos, e implica los siguientes aspectos: ⁽²⁰⁾

- a) Las actitudes son relativamente duraderas
- b) Las actitudes no constituyen elementos irreductibles, sino que, por el contrario, son el resultado de la agregación de dos o más elementos relacionados entre sí. Estos elementos son las creencias.
- c) Las actitudes se refieren a objetos concretos o abstractos (personas, grupos, instituciones, temas) o a situaciones específicas (acontecimientos)
- d) Las actitudes conducen a una reacción o un comportamiento preferenciales ante un objeto o una situación. La respuesta puede ser positiva o negativa y estar determinada por componentes valorativos y afectivos. Una persona puede también valorar de una manera determinada la conservación o el abandono de una actitud.
- e) Las actitudes contienen predisposiciones a actuar de una manera específica. Estas predisposiciones se encuentran interrelacionadas.

Las actitudes no son directamente observables, sino que tienen que ser inferidas a partir de las respuestas de los individuos. Como ya se ha sugerido, estas respuestas pueden ser de tres diferentes tipos:

- a) Respuestas afectivas (se refieren a los sentimientos que expresa una persona)

- b) Respuestas cognoscitivas (en las que se manifiestan las afirmaciones sobre el objeto de la actitud)
- c) Respuestas conductuales (implican las manifestaciones de conducta ante el objeto)

Las actitudes pueden ser confundidas fácilmente con hábitos y motivos. La diferencia fundamental es que aquellas, además de ser una disposición de conducta, incluyen también el conocimiento y la visión del mundo de una persona. Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización.

Creencias:

Rokeach define este concepto de la siguiente manera: “Una creencia es una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace, que puede ser precedida de la frase: ‘Yo creo que...’ El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia descriptivo, valorativo o recomendativo (o las tres cosas a la vez), toda creencia es una predisposición a la acción y una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación”.⁽²⁰⁾

Al igual que las actitudes, las creencias pueden ser descompuestas en sus elementos cognoscitivos, afectivos y conductuales.

- a) El componente cognoscitivo representa el conocimiento acerca de lo que una persona cree que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable.
- b) El componente afectivo se refiere a la capacidad de la creencia de provocar afectos referentes al objeto de la creencia, a individuos o grupos que adoptan una posición determinada frente a esa creencia o a la creencia misma.
- c) El componente conductual representa la capacidad de la creencia de activar determinados comportamientos en ciertas circunstancias.

Por sistema de “creencias” relativo a la salud se entiende un conjunto más o menos relacionado – pero no necesariamente coherente o científicamente fundado, sin ser a su vez erróneo- de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud.⁽²²⁾

Hablar por consiguiente de un sistema de “creencias” acerca de la salud significa hacer referencia a lo que los sujetos llevan a cabo conscientemente para mantenerse sanos y/o curar las

enfermedades. Es además un sistema de creencias que existe incluso antes del contacto con el sistema institucional de la atención sanitaria (junto a lo prescrito o aconsejado por el médico las personas tienen la tendencia a continuar haciendo aquello que piensan y consideran más oportuno para su salud); que indudablemente es susceptible de modificaciones en la medida en que recibe, bajo la forma de informaciones y prescripciones, modelos de comportamiento del sistema formal de curación, pero que, inevitablemente, informa y condiciona, bajo múltiples aspectos, las modalidades a través de las cuales un sujeto se aproxima e interacciona con el sistema de la atención sanitaria “profesional”.⁽²²⁾

Práctica:

Es el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales y mentales) que se dan como respuesta a los estímulos del ambiente en el que interactúa el individuo. La práctica está formada por comportamientos, conductas, procedimientos, reacciones y actitudes, es decir, todo lo que acontece al individuo y de lo que participa. Esto al compartirse con un grupo de cualidades similares determinará la forma en que la persona toma parte con acciones y en eventos que acontecen en el lugar donde vive.⁽²¹⁾

7.5 Modelos de comportamiento en salud

Uno de los factores que pueden inducir a un sujeto a llevar a cabo un comportamiento adecuado para superar, afrontar y curar una enfermedad específica, es en qué medida dicha enfermedad es importante para el sujeto, sea porque es fuente de peligro o porque interfiere con su vida cotidiana; influida a su vez, por su estilo de vida en general, por el contexto social en el que vive, por la información sanitaria que posee, la valoración global que hace de su condición, las variables sociodemográficas, culturales, y por el tipo de relación que el paciente alcance a establecer con el médico y de la confianza que, en general, ponga en los médicos y en la medicina.⁽²²⁾

Para individualizar y comprender los factores que influyen en la puesta en marcha de acciones autónomas e individuales ligadas a la gestión de problemas que tienen su origen en el amplio campo que abarca del malestar a la enfermedad, se han puesto a punto algunos modelos explicativos que Becker resume bajo la expresión de *modelos de comportamiento ligados a la salud*.⁽²²⁾

A partir de tales modelos, y después de sucesivas reelaboraciones, H. Becker propone su Health Belief Model (HBM) que depende, sustancialmente de cinco factores en juego:

- Predisposición a la enfermedad
- Gravedad de la enfermedad

- Obstáculos para llevar a cabo la acción aconsejada.
- Beneficios inducidos de la acción aconsejada
- Elementos de refuerzo.

El modelo de Becker puede ser esquematizado en los siguientes términos:

Predisposición + gravedad de la enfermedad= percepción de la amenaza inducida por la enfermedad o bien facilidad para adoptar medidas preventivas.

Beneficios-obstáculos= posibilidad de reducir la amenaza

Para Becker, la decisión de realizar una acción de tipo preventivo depende en última instancia de una especie de motivación a la salud (health motivation).⁽²²⁾

La tendencia actual en el autocontrol de la Diabetes es el uso de teorías basadas en modelos de cambios de comportamientos en salud para informar los esfuerzos educativos. El modelo de comportamiento en salud Información-Motivación-Habilidades conductuales (IBM) es un modelo teórico desarrollado en 1992 para predecir el comportamiento preventivo en VIH, sin embargo, sus conceptos pueden ser ampliamente aplicados para predecir el cambio de comportamiento positivo en salud en una variedad de contextos.

El modelo de cambio de comportamiento en salud IBM postula que el desarrollo de conductas de promoción a la salud está en función en la medida en que una persona está bien informada acerca de las conductas, motivada para realizar el comportamiento (p. e. tiene actitudes personales positivas, creencias hacia el comportamiento o resultado, y apoyo social para la conducta), además, tiene las habilidades necesarias para ejecutar el comportamiento y la confianza en su capacidad para hacerlo a través de diversas situaciones. En esencia, aquel que está bien informado y motivado es capaz de desarrollar y poner en práctica las habilidades necesarias para adoptar conductas centrales y es probable, en última instancia, obtener mayores beneficios para la salud.⁽²²⁾

Osborn and Egede, 2010, mostraron en un estudio realizado para validar un modelo de autocuidado en diabetes basado en el modelo de cambio de comportamiento en salud IBM, que de conformidad con este modelo, información, motivación personal, y motivación social son prerrequisitos fundamentales importantes para desarrollar conductas de autocuidado en diabetes. Específicamente, tener más conocimientos en diabetes (información), tener menos fatalismo en diabetes (motivación personal), y tener apoyo social (motivación social) fue asociado con el desarrollo de comportamientos de autocuidado en diabetes; y estos comportamientos están directamente relacionados con el control glucémico.⁽²³⁾

El Modelo de Comportamiento de Andersen's de la Utilización de los Servicios de Salud es un modelo teórico que se ha utilizado para explorar las características individuales y contextuales que pueden facilitar o impedir la utilización de servicios con una orientación mucho más amplia que otros modelos. El modelo propone que las conductas en salud están influenciadas por características individuales que se pueden dividir en las siguientes categorías: factores predisponentes, facilitadores y de necesidad. Los factores predisponentes son las condiciones existentes (p. e. el sexo, la edad, y los factores psicosociales como las actitudes o las creencias etc.) que pueden influir o predisponer a utilizar los servicios de salud. Factores facilitadores incluye los recursos personales, familiares y comunitarios que pueden facilitar u obstaculizar la utilización de los servicios. Los factores de necesidad se refiere a las condiciones (p. e. capacidad funcional, los síntomas y el estado de salud general) percibidas por los legos o evaluados por los profesionales de la salud que requieren tratamiento médico o el uso de servicios de salud.

La educación para el autocuidado en Diabetes (DSME) se ha convertido en un recurso para ayudar a las personas a participar activamente en el cuidado de su diabetes. Las metas del DSME son ayudar a las personas a modificar sus estilos de vida, optimizar el control glucémico, y prevenir las complicaciones agudas y crónicas. Teniendo en cuenta que la gestión de la diabetes es un esfuerzo de toda la vida, un componente clave del DSME, o cualquier otro programa de auto-gestión de enfermedades crónicas, es el seguimiento y asistencia continua a las necesidades de atención. ⁽²³⁾

De acuerdo a un meta-análisis por Norris et al., (2002) un mayor tiempo de contacto entre el educador y el paciente fue el único predictor estadística y clínicamente significativo para mejorar el control glucémico con las intervenciones del DSME. En un meta-regresión por Ellis et al., (2006), la entrega cara a cara, el encuadre cognitivo y el contenido de ejercicio fueron reportados como predictores estadística y clínicamente significativos en la mejoría del control glucémico con las intervenciones de DSME. ⁽²⁴⁾

Gucciardi, et al. 2008 realizaron un estudio en un Centro de Educación en Diabetes, en una comunidad urbana en Toronto, Canadá para examinar los factores que contribuyen a conductas de deserción de los programas de autocuidado en diabetes, organizado bajo el Modelo de Comportamiento de Utilización de los Servicios de Salud. Se encontró que trabajar tiempo completo o medio tiempo, ser mayor de 65 años de edad, tener un médico regular de atención primaria o pocos síntomas de diabetes fueron los factores que contribuyen a la conducta de deserción de acuerdo a los resultados de regresión logística multivariable. Las razones más comunes dadas por los participantes para la deserción del programa fueron la confianza de los pacientes en su propio conocimiento y

capacidad en el manejo de su diabetes, la distancia a la clínica, el olvido, baja percepción de gravedad de la diabetes y la falta de familiaridad con la clínica y sus servicios. ⁽¹²⁾

Los hallazgos de este estudio sugieren que muchos factores que contribuyen a conductas de deserción tienen su origen en cómo los servicios se estructuran y se entregan. Por ejemplo, el conflicto entre los horarios de trabajo y las horas de operación del centro. Ofrecer servicios de educación menos intensivos y durante las horas convenientes que se ajustan a los horarios de los individuos puede aumentar el acceso y uso continuo de éstos. Los programas que son flexibles y ofrecen una gama de opciones de educación a través de Internet, por correo o por teléfono también pueden alcanzar y retener a más personas que trabajan. Por ejemplo, las llamadas telefónicas tienen ventaja de costo y logística que apenas están empezando a ser apreciadas. Wasson et al. mostro que la sustitución del programa de seguimiento por llamadas telefónicas en lugar de visitas de seguimiento irregulares mejoran substancialmente el estado de salud y reducen los costos para las enfermedades crónicas. Métodos alternativos de entrega de educación, tales como visitas al hogar o uso del teléfono pueden aliviar muchas de las barreras de acceso que enfrentan los ancianos, las personas que cuidan a sus hijos o familiares, o los que necesitan ayuda para asistir a los programas de educación. ⁽¹²⁾

Otras variables predisponentes halladas en el estudio que parecen influir en el comportamiento de deserción o desapego son la apatía y una actitud de baja prioridad a la educación en diabetes. Hallazgos similares se observan en la literatura, donde los individuos expresan la falta de tiempo como una razón para no asistir a las consultas con su dietista o sus visitas a la clínica de diabetes. Graziani et al, reporta apatía de pacientes (17%) y los pacientes están demasiado ocupados (29%) para asistir a clases de educación sobre diabetes. Estos resultados ilustran dos puntos: o bien los servicios de educación para el autocuidado en Diabetes (DSME) se ofrecen en momentos inoportunos o se ha colocado al DSME en un sitio de baja prioridad por los pacientes con diabetes tipo 2. ⁽¹²⁾

Simmons et al. (2000) observó que la falta de asistencia (es decir, pacientes que perdieron tres citas trimestrales) eran menos diagnosticadas con complicaciones relacionadas con la diabetes que los que si asistían.

La mayoría de los factores para la deserción de la Educación para el Autocuidado en Diabetes fueron del tipo predisponentes y facilitadores, lo que sugiere que tanto los factores personales y contextuales afectan el comportamiento de desapego. ⁽¹²⁾

En los Países Bajos, el cuidado de la diabetes se presta principalmente en la atención primaria (80-90%), y en la mayoría de las prácticas, una enfermera de atención primaria tiene la tarea de proporcionar asesoramiento de estilo de vida de una manera estructurada con la participación de los pacientes en el manejo de su enfermedad. ⁽²⁵⁾

La entrevista motivacional (MI) podrá ser presentada como una herramienta para el cambio de comportamiento. La técnica de consejería está orientada al paciente y adecuada para breves visitas al consultorio, y puede ser utilizada para mejorar la adherencia del paciente a la dieta, ejercicio, tabaquismo y al asesoramiento en la rutina diaria.

Expresar empatía consiste en ofrecer a sus pacientes un ambiente de respeto y aceptación de su posición. La técnica utilizada es la escucha reflexiva y esto es generalmente considerada como el fundamento de la Entrevista Motivacional y se recomienda en todo el proceso de asesoramiento. ⁽²⁶⁾

La atención eficaz de la diabetes se basa en dos elementos: la atención estructurada y un enfoque centrado en el paciente. Estos elementos llevan a la mejora de los resultados de los pacientes y los resultados del proceso, y juegan un papel importante en el asesoramiento de estilo de vida de los pacientes con diabetes ⁽²⁵⁾

De acuerdo a Alkazawa Y. (1990), la falta de una adecuada educación del paciente con diabetes tipo 2, favorece el uso de tratamientos alternativos, un inadecuado autocuidado, autocontrol y falta de adherencia terapéutica, lo que condiciona su descontrol metabólico y la aparición de complicaciones. ⁽¹⁷⁾

La educación como arte de usar los conocimientos implica un trabajo que debe deliberadamente buscar la participación de los individuos para así lograr y poder sostener las metas de salud. Este cambio de óptica implica dos principios que han de guiar cualquier acción sanitaria: a) es necesario conocer al ser humano; b) es necesario contar con el ser humano. ⁽¹³⁾

Conocer al ser humano: Este principio tiene como postulado *“Sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud”*. Conocer al Individuo implica comprender:

- a) Sus creencias: La manera en la cual se ubique una enfermedad es extremadamente importante para su tratamiento y el abordaje de prevención o control que quiera hacerse. Las creencias son importante porque la realidad es, para los efectos del comportamiento, como la gente cree que es; lo cual no necesariamente coincide con cómo otra persona o como científicamente demostrada se piense que la realidad es de verdad.

- b) Sus hábitos y roles: Las personas hacen actividades o dejan de hacerlas habitualmente, y esto los expone al riesgo de adquirir la enfermedad o impide su control, pues los hábitos implican las maneras tradicionales de vivir, son lo que las personas hacen porque siempre lo han hecho de ese modo y que, sin pensar, repiten, como una verdad que se impone en actos. Algunos de esos hábitos están relacionados con las circunstancias en las cuales se vive; otros, de orden más ritual, están asociados con las creencias.
- c) Sus circunstancias: Son las condiciones materiales reales sobre las cuales se despliega la acción o no-acción de los individuos. Son las condiciones objetivas de la situación en la cual viven las personas, esas condiciones son de la persona, la familia, la comunidad o la sociedad en la que se encuentran.

Contar con el ser humano: Este principio tiene como premisa “*Nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo*”. Esto quiere decir que las personas deben actuar para poder garantizarse su propia salud, quiere decir que los programas no pueden ser impuestos a la comunidad, que la comunidad debe compartir el tipo de programa de salud que se va a llevar a cabo. Debe realizarse por un principio ético y un principio de eficacia y sostenibilidad de las acciones.

Pero, ¿por qué la gente actúa? Hay muy diversas teorías en las Ciencias Sociales, pudiéramos resumir y decir que hay dos grandes corrientes teóricas: las que dicen que la gente actúa por las circunstancias, por la situación y las que dicen que la gente actúa por sus valores o por sus creencias (Strmiska, 1979; Boudon, 1975, 1979; Weber, 1969).⁽¹³⁾

7.6 Siete tesis sobre educación para la participación en salud

Briseño-León propone siete tesis sobre la relación entre educación sanitaria y participación en salud.⁽¹³⁾

Tesis I.- La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.

En todas las acciones que se hacen en un programa de control se está generando una acción educativa y, en consecuencia, debe tenerse en cuenta la dimensión educativa-no intencional de las acciones cotidianas-intencionales que realizan los programas de salud.

Deben estudiarse las formas de aplicación de las políticas sanitarias en general y ver cuál es el tipo de acción educativa que de allí se desprende. Desde el punto de vista social, deben estudiarse los efectos de las acciones y no las intenciones de los actores que las ejecutan. Debe prepararse a todo el personal involucrado en las campañas sanitarias desde el punto de vista educativo y no exclusivamente a aquellos que por su función o su asignación de cargo les corresponda esta tarea.

Tesis II.- La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado.

El individuo, presumidamente ignorante, tiene muchos conocimientos, tiene creencias, tiene opiniones, que uno puede considerar como “malas”, “tradicionales” o “incorrectas”, pero que son las que el individuo tiene y las que guían normalmente su comportamiento. Se trata entonces de conocer cuáles son los conocimientos, las creencias y los hábitos que los individuos tienen para poder trabajar sobre ellos e intentar generar una transformación de los mismos en saberes nuevos, creencias modificadas, hábitos trocados. Transformar los llenos cognitivos y conductuales previamente existentes en el individuo. Por ello es muy importante conocer los saberes y prácticas previas, identificar con claridad la materia prima sobre la cual se debe desarrollar el trabajo educativo. Trabajar los saberes que en forma de ideas, de prácticas o de “habitus” (Bourdieu, 1980) se encuentran en una población implica una acción crítica, pero, al mismo tiempo, respetuosa y solidaria.

Tesis III.- No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.

El proceso educativo entonces no debe ser unidireccional, puesto que si los dos saben, los dos deben decir algo. El proceso educativo es bidireccional y ambas partes generan un compromiso de transformación de sus propios saberes.

El educador, como agente externo, puede motivar, pero si la propia gente no quiere cambiar, no quiere educarse, no se va a lograr nada.

Tesis IV.- La educación debe ser dialógica y participativa

Si ambos saben, el proceso educativo es entonces un proceso de diálogo entre saberes. Un proceso de diálogo en el cual ambos se comprometen a escucharse y transformarse.

Un programa dialógico y participativo en salud implica que todos actúan por igual, aunque con roles diferenciados. Lo que se ha de buscar es dialogar e intercambiar, es intentar confrontar los saberes sin dominación y sin sometimiento. En esta perspectiva es muy importante la negociación entre las partes.

Tesis V.- La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma.

Las acciones que realizamos todos los individuos se fundan en una expectativa de futuro. Cuando iniciamos una acción no podemos saber con certeza cuáles serán los resultados, pero siempre hacemos una pre-visión de lo que resultará de nuestro proceder. Y es esta previsión o expectativa de resultado lo que nos lleva a comportarnos de una determinada manera. Solo si asumimos que los resultados serán de acuerdo con lo deseado daremos inicio a nuestra actividad; si pensamos que no lo vamos a lograr, no lo haremos. Lo particular del comportamiento radica en que, como no es posible saber con absoluta certeza cuál será el resultado real, pues es un evento de futuro, nuestras

decisiones se fundan en las informaciones previas que manejamos y en la confianza que tengamos en los resultados esperados. Es decir, en un juicio interno sobre el mundo real.

Si un individuo cree que va a lograr una meta cualquiera, hará un esfuerzo especial para obtenerla, pero si, por el contrario, no cree que pueda lograrla, no hará nada. Estas creencias o expectativas pueden tener un origen infantil lejano o ser recientes en los individuos. Pero siempre surgen de un aprendizaje social, es decir, de la acción y los mensajes verbales de los otros individuos (Seligman, 1975).

Tesis VI.- La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro.

Si se quiere que la gente participe, y actúe, debe creer que su acción va a tener un resultado, si no ¿para qué lo va a hacer? Ahora bien, lo que derivado de la tesis anterior sería un refuerzo de tipo verbal se convierte ahora en un refuerzo de tipo práctico: la gente tiene que creer que su acción va a tener unos resultados, pero los resultados deben verdaderamente existir (Rotter, 1966).

Tesis VII.- La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

La acción educativa aquí tiene un doble propósito: hacer énfasis en el individuo y en su responsabilidad individual, hacer énfasis en la relación que existe entre lo que él o ella haga y lo que pueden obtener para su propio beneficio. Pero al mismo tiempo debe fomentar la solidaridad y desarrollar los mecanismos de cooperación, pues si no se convierte imposible la participación en obras que sean de carácter colectivo.

El presente Proyecto Terminal Profesional se desarrolló en dos fases:

Fase 1:

- Realización de un estudio transversal basado en la aplicación de una encuesta tipo CACP durante el periodo comprendido de enero a marzo del año 2012 a los usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud T III “David Fragoso Lizalde”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan de los Servicios de Salud Pública del D.F.
- Caracterización de la población de estudio y análisis descriptivo del nivel de conocimientos adecuados, actitudes positivas, magnitud de mitos, creencias y prácticas de riesgo en base a los resultados obtenidos.

Fase II:

- Diseño y plan detallado de la propuesta de intervención sustentada en el análisis de resultados.

8 Aplicación de encuesta tipo CACP

8.1 Objetivos

8.1.1 General

- Describir los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas acerca de la diabetes mellitus tipo 2 en individuos sin control glucémico para proponer una intervención eficaz en la población de estudio.

8.1.2 Específicos

- Identificar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) que presentan las personas con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento sin control glucémico a través de la aplicación de una encuesta tipo CACP.
- Discriminar los CACP que influyen en las personas con diabetes mellitus tipo 2 para mejorar la participación en el cuidado de su estado de salud.
- Seleccionar los elementos de CACP para elaborar una propuesta de intervención específica para esta población.

8.2 Métodos

Diseño: Descriptivo y transversal. *Universo:* Usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde”. Participantes: 106 usuarios.

Cuestionario CACP: Para efectos de este estudio el cuestionario empleado se construyó tomando como referencia las siguientes herramientas realizándose algunas adaptaciones:

1. Cuestionario de conocimientos en diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire 24 DKQ).
2. Escala de fatalismo en diabetes (Diabetes Fatalism Scale DFS-18)
3. Escala de actividades de autocuidado en diabetes (Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) scale).

La adaptación de estas herramientas, así como la integración de reactivos apoyados en una revisión sistemática de estudios realizados en diabetes mellitus tipo 2 integraron el Cuestionario que se ajusta el modelo de conocimientos –actitudes-creencias y prácticas, donde se explora:



El cuestionario se integró en tres secciones (Véase anexo No. 2), las cuales se detallan en la tabla 2

Tabla 2. Descripción de las secciones del cuestionario de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2	
Sección del cuestionario	Cantidad de reactivos
Aspectos sociodemográficos	8 reactivos
Conocimientos en diabetes mellitus tipo 2	24 reactivos
Actitudes y creencias hacia la diabetes mellitus tipo 2	29 reactivos
Prácticas de autocuidado en relación a la diabetes mellitus tipo 2	11 reactivos

Una vez integrado el instrumento se realizó una prueba piloto en una población con características sociodemográficas similares a la que acude a la Clínica de Diabetes del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde”, aplicándose el cuestionario de manera directa a 10 personas con DM2 no controladas que acuden a un Grupo de Ayuda Mutua de un Centro de Salud Rural en Papalotla, municipio de Texcoco.

Una vez concluido el pilotaje del instrumento se realizaron las modificaciones necesarias al cuestionario en reactivos donde las preguntas generaban confusión o no eran muy explícitas éstas, sin cambiar la intencionalidad del ítem, validándose a un lenguaje que fuera comprendido por los usuarios de la Clínica de Diabetes.

Para su aplicación en el Centro de Salud, se abordó a los usuarios en la sala de espera mientras esperaban su turno para ser atendidos por el médico de la Clínica de Diabetes. Al momento de invitar a las personas a responder el cuestionario se les informó sobre la confidencialidad en el manejo de la información y que su negación a participar no tendría ninguna consecuencia ni limitación en su derecho a recibir atención en el Centro de Salud o en cualquier otro servicio de salud.

Sin ser este un estudio de tipo cualitativo, al establecer contacto con los usuarios de la Clínica de Diabetes para invitarlos a responder el cuestionario, con algunos de ellos se tuvo la oportunidad de entablar una charla en la cual proporcionaron información muy valiosa al hablar libre y espontáneamente sobre temas que ellos consideraban de importancia, misma que se registró en las notas de campo. Estos datos se analizaron a través del programa Ethnograph versión 6.0, el cual se utiliza para el análisis de datos cualitativos. Con esta información se tuvo la oportunidad de identificar determinantes sociales, culturales o de estilo de vida que interactúan en el proceso salud-enfermedad; conceptos y creencias relacionadas con la salud, la enfermedad y el cuidado a la salud.

Criterios de selección: Los criterios establecidos que se tomaron en cuenta para la selección de los usuarios participantes fueron:

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Ser usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde” que hayan acudido a por lo menos seis consultas a la Clínica.
- Aceptación de participación y firma de consentimiento informado de la encuesta (Ver Anexo No. 1).

Criterios de exclusión:

- Personas mayores a 18 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1
- Ser paciente de primera vez en la Clínica de Diabetes.
- Que no acepte responder a todas las preguntas.

Criterios de eliminación:

- Información incompleta, menos del 90% contestado.

En la sección de *Conocimientos en diabetes mellitus tipo 2* las contestaciones están integradas por respuestas de si, no o no sé. Para este trabajo solamente se consideró adecuada la respuesta cuando se contestaba apropiadamente el reactivo (si o no), otorgándose un punto por cada ítem correcto. Los puntos de corte utilizados para evaluar el nivel de conocimientos en los usuarios de la Clínica se establecieron en base a un sistema de calificaciones, se consideró que una persona debe poseer un porcentaje mínimo de 70% de respuestas adecuadas para calificar con un nivel regular de conocimientos, por debajo de este porcentaje sería insuficiente y $\geq 90\%$ bueno. Los resultados de conocimientos se reportan en términos del número de respuestas correctas, donde el puntaje máximo obtenido son 24 aciertos(100%), 22-24 aciertos(90%), 21-17 aciertos (70%).

Las respuestas de la población encuestada fueron agrupadas en: a) *Conocimientos básicos sobre la enfermedad* (10 reactivos), b) *Conocimientos sobre control de la glucemia* (7 reactivos) y c) *Conocimientos sobre complicaciones de la diabetes* (7 reactivos). Análisis estadístico: La expresión de las características categóricas se realizó con frecuencias simples y porcentajes.

En la sección de *Actitudes y creencias hacia la diabetes mellitus tipo 2* las escalas de los reactivos están elaboradas con la técnica de Likert de cinco niveles (Nunca, Rara vez, Alguna vez, Casi siempre, Siempre); (Totalmente de acuerdo, Mayormente de acuerdo, Ni acuerdo ni desacuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo); en las que las personas manifiestan su grado de desacuerdo o no con una serie de enunciados que recogen distintas dimensiones a tener en cuenta al valorar su actitud hacia la enfermedad, el tratamiento, el ejercicio y la dieta. Agrupándose en: a) *Angustia emocional* (5 reactivos), b) *Autoeficacia percibida* (3 reactivos), c) *Apoyo informativo emocional* (8 reactivos), d) *Actitudes hacia actividades de autocuidado* (9 reactivos) y, e) *Creencias en salud* (4 reactivos). Análisis estadístico: descriptivo (frecuencias y porcentajes). Respecto a la forma de evaluar la presencia de actitudes y creencias declarativamente positivas o negativas hacia su condición, los reactivos con respuestas de *nunca, rara vez, alguna vez, casi siempre y siempre*; se les otorgó una puntuación que va de 0 hasta 1 dependiendo de la direccionalidad de la respuesta, los ítem con respuestas de *totalmente de acuerdo, mayormente de acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo*; sus puntuaciones van de -1 a +1 las cuales también

dependen de la direccionalidad del reactivo. La medida de la actitud se obtiene a partir de la suma de todos los ítems. Se consideró que una persona debe poseer un porcentaje mínimo de 18 puntos para calificar con actitudes a favor (+), por debajo de este nivel sería considerado con actitudes en contra (-) El puntaje máximo obtenido son 25 puntos (100%), 18-25 puntos (70%).

La sección de *Prácticas de autocuidado en relación a la diabetes mellitus tipo2* incluye un elemento en escala tipo Likert y 10 reactivos cuyas contestaciones están en función a un recordatorio de los últimos 7 días sobre el cumplimiento del tratamiento, la dieta y el ejercicio. Análisis estadístico: descriptivo (frecuencias y porcentajes). Para determinar si una persona se apega a su tratamiento integral para la diabetes o no, a quienes declaraban cumplir los siete días de la semana las acciones que marcaba cada ítem se le otorgaba una calificación de 1, de seis a cinco días .5 y menor o igual a cuatro, 0. La medida de apego al tratamiento se obtiene a partir de la suma de todos los reactivos y utilizando el mismo sistema de calificación implementado en la sección de conocimientos, se determinó que una persona debe poseer un porcentaje mínimo de 70% para declararse con adecuado apego al tratamiento, por debajo de éste sería inadecuado y solo con un 100% se puede emitir que tiene apego perfecto. El puntaje máximo obtenido son 9 puntos (100%), 7 puntos (70%).

Por último se integraron dos elementos tipo Likert para explorar, en primer lugar, el impacto de los recursos financieros en el cumplimiento del tratamiento médico y en segundo, el abastecimiento de medicamentos a los usuarios de la Clínica de Diabetes por parte de los Servicios de Salud Pública del D.F. Análisis estadístico: descriptivo (frecuencias y porcentajes).

8.3 Resultados

La mediana de edad de la población encuestada es de 57 años y está constituida predominantemente por mujeres. Más de la mitad se encuentra casado (a) o vive en unión libre. El nivel máximo de escolaridad de la población encuestada es 6 grados aprobados con 28% (primaria completa), 14.2% cuenta con una educación post-básica (personas que tienen como máxima escolaridad preparatoria, estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada o licenciatura); 7.5% tiene como máxima escolaridad secundaria completa. Hasta 13.2 % solo sabe leer y escribir y la población analfabeta es exclusivamente femenina (11.3%).

La mitad de la población femenina encuestada se dedica al hogar y de la población económicamente activa algunos son empleados (11.3%), profesionistas independientes (1.9%) o se dedican a algún oficio: albañilería, mecánica, carpintería, tortillería, etc. (11.3%). En esta población, actividades como trabajo doméstico (11.3%) y comercio (11.3%) solo refirieron realizarlas las mujeres. De la población encuestada 47% tiene un ingreso económico familiar menor a \$2000, 34% de \$2000 a \$3500, lo que se traduce a un salario mínimo o dos por día respectivamente. La tercera parte 33%,

tiene una antigüedad promedio de 11 a 20 años en el diagnóstico de diabetes, 11.3 % de más de 20 años y 47.2% de 1 a 10 años (Ver Tabla 3).

Descripción de la población encuestada

Tabla 3. Características generales de la población encuestada

Característica	Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)
Muestra	N=106	Mujeres	Hombres
SEXO		81 (76.4%)	25 (23.6%)
EDAD (mediana)	57	57	60
ESTADO CIVIL			
Soltero (a)	6 (5.7 %)	5 (6.2%)	1 (4.0%)
Casado (a)	60 (56.6%)	43 (53.1%)	17 (68%)
Unión libre	10 (9.4%)	7 (8.6%)	3 (12.0%)
Divorciado (a)	2 (1.9%)	2 (2.5%)	
Viudo (a)	15 (14.2%)	13 (16.0%)	2 (8.0%)
Separado (a)	13 (12.3%)	11 (13.6%)	2 (8.0%)
ESCOLARIDAD			
Analfabeta	12 (11.3%)	12 (14.8%)	
Sabe leer y escribir	14 (13.2%)	9 (11.1%)	5 (20.0%)
Primaria incompleta	20 (18.9%)	15 (18.5%)	5 (20.0%)
Primaria completa	30 (28.3%)	24 (29.6%)	6 (24.0%)
Secundaria incompleta	5 (4.7%)	3 (3.7%)	2 (8.0%)
Secundaria completa	8 (7.5%)	8 (9.9%)	
Carrera técnica	7 (6.6%)	6 (7.4%)	1 (4.0%)
Preparatoria	4 (3.8%)	1 (1.2%)	3 (12.0%)
Preparatoria trunca	2 (1.9%)	2 (2.5%)	
Licenciatura	4 (3.8%)	1 (1.2%)	3 (12.0%)
INGRESO FAMILIAR			
<\$2000	50 (47.2%)	38 (46.9%)	12 (48.0%)
\$2000 a \$3500	36 (34.0%)	32 (39.5%)	4 (16.0%)
\$3500 a \$5000	11 (10.4%)	5 (6.2%)	6 (24.0%)
>\$5000	7 (6.6%)	4 (4.9%)	3 (12.0%)
No contesto	2 (1.9%)	2 (2.5%)	
OCUPACIÓN			
Empleado	12 (11.3%)	4 (4.9%)	8 (32.0%)
Ama de casa	46 (43.4%)	46 (56.8%)	
Comerciante	12 (11.3%)	12 (14.8%)	
Desempleado	5 (4.7%)		5 (20.0%)
Campesino	1 (.9%)		1 (4.0%)
Obrero (a)	2 (1.9%)	2 (2.5%)	
Profesionista independiente	2 (1.9%)	1 (1.2%)	1 (4.0%)
Jubilado/Pensionado	3 (2.8%)	1 (1.2%)	2 (8.0%)
Empleada doméstica	12 (11.3%)	12 (14.8%)	
Oficio	11 (10.4%)	3 (3.7%)	8 (32.0%)
ANTIGÜEDAD EN EL DIAGNÓSTICO			
< 1 año	9 (8.5%)	7 (8.7%)	1 (4.0%)
1 a 10 años	50 (47.2%)	40 (49.3%)	12 (48.0%)
11 a 20 años	35 (33.0%)	26 (32.0%)	8 (32.0%)
> 20 años	12 (11.3%)	8 (10.0%)	4 (16.0%)

Fuente: Cuestionario CACP sobre Diabetes Mellitus tipo 2

De acuerdo a nuestros objetivos de estudio, los conocimientos identificados en los usuarios de la Clínica de Diabetes con respecto a su enfermedad son: **de regular a insuficientes en aspectos básicos sobre la diabetes y control glucémico** (ver Tabla 4).

Conocimientos básicos de la enfermedad: Más de la mitad de la población encuestada (62.3%) posee un nivel bajo de conocimientos, contestando adecuadamente ≤ 6 reactivos. Casi un tercio, 31.1% posee un nivel regular de conocimientos, contestando adecuadamente de 7 a 8 reactivos y tan solo 6.6% de la población encuestada posee un buen nivel de conocimientos, contestando de 9 a 10 reactivos.

Conocimientos sobre control de la glucemia: De la población encuestada, 41.5% posee un nivel regular de conocimientos relacionadas con el control glucémico, contestando adecuadamente de 4 a 5 reactivos. Casi un tercio 31.1% posee un nivel bajo de conocimientos contestando adecuadamente de 1 a 3 reactivos y 27.4% presenta un buen nivel de conocimientos contestando adecuadamente de 6 a 7 reactivos.

Conocimientos sobre complicaciones de la diabetes: El nivel de conocimientos de más de la mitad de la población encuestada relacionado con las complicaciones de la diabetes fue bueno en 67.9%, contestando apropiadamente de 6 a 7 reactivos, 26.4% presentó un nivel regular de conocimientos contestando adecuadamente de 4 a 5 reactivos y únicamente 5.7% presento un nivel bajo de conocimientos, contestando correctamente de 1 a 3 reactivos.

Tabla 4. Resultados de la sección de Conocimientos en Diabetes (24 reactivos)

Característica	Buen nivel de conocimientos			Regular nivel de conocimientos			Bajo nivel de conocimientos		
	Frec. Gral. (%)	Mujeres	Hombres	Frec. Gral. (%)	Mujeres	Hombres	Frec. Gral. (%)	Mujeres	Hombres
Conocimientos básicos sobre la diabetes.	7 (6.6%)	5 (6.2%)	2 (8.0%)	33 (31.1%)	23 (28.4%)	10 (40.0%)	66 (62.3%)	53 (65.4%)	13 (52.0%)
Conocimientos sobre control de la glucemia.	29 (27.4%)	20 (24.7%)	9 (36.0%)	44 (41.5%)	34 (42.0%)	10 (40.0%)	33 (31.1%)	27 (33.3%)	6 (24.0%)
Conocimientos sobre complicaciones de la diabetes	72 (67.9%)	53 (65.4%)	19 (76.0%)	28 (26.4%)	23 (28.4%)	5 (20.0%)	6 (5.7%)	5 (6.2%)	1 (4.0%)

Fuente: Cuestionario CACP sobre Diabetes Mellitus tipo 2

Se identificó la presencia de varios mitos como son: la creencia de que un alto consumo de azúcar es una causa de diabetes, que la alimentación de una persona con diabetes tiene que ser diferente a la de una persona sana y sí bien, mayoritariamente la gente reconoce los alimentos que tienen restringidos e identifican la importancia de saber combinar y preparar los alimentos; carecen de información sobre los nutrimentos de los alimentos, como saber combinarlos y la importancia de las porciones. Saben que la alimentación debe ser fraccionada (cinco comidas al día) pero no entienden la justificación de ello. También predomina la idea que la insulina causa ceguera. No saben identificar con exactitud que es ésta (más allá de que es un medicamento) y mucho menos su función en el organismo, así como los signos y síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia.

Llama la atención que el mayor porcentaje de respuestas adecuadas por parte de la población de estudio fue en la sección de conocimientos sobre complicaciones de la diabetes (ver Anexo No. 3), siendo el proceso de adquisición de estos conocimientos la confrontación con las propias experiencias de las complicaciones de la diabetes en sus familiares (amputaciones, ceguera, insuficiencia renal, etc.) y es a través de la confrontación/observación de estas “realidades” que identifican lo que en un futuro les podría pasar sin llegar necesariamente a la comprensión de por qué se presentan éstas. H. 77 años (*“Quisiera que me diga la verdad [haciendo referencia al médico], que me diga que está afectando, él solo me da medicamento y me dice que es por la diabetes, pero yo creo que se me está desarrollando otra enfermedad, no puede ser todo por la diabetes”*). Aunque algunos encuestados respondieron correctamente varias preguntas, es sobre la base de un conocimiento empírico, muchas de sus respuestas están sustentadas en sus creencias y algunas personas declaran la necesidad de estar mejor informadas, que las pláticas que se imparten en el Grupo de Ayuda Mutua sean más dinámicas y no repetitivas.

Respecto a sus actitudes, más de la mitad de la población 66% (ver Tabla 5) declara tener actitudes positivas hacia la enfermedad y lo que ella implica, no obstante, si observamos estos resultados de forma fraccionada, podemos ver que la mitad de la población encuestada (52.8%) expresa alguna actitud negativa por el impacto atribuido de la enfermedad en su existencia ya sea al “hacer la vida más difícil” o ser “causa de mucho sufrimiento” H. 61 años –ciego- (*“A veces siento que ya no tiene caso seguir así”*). Es importante resaltar que existe una proporción importante de personas que están en proceso de duelo pero no de aceptación de la enfermedad al declarar que siempre, casi siempre o alguna vez continua experimentando sentimientos de enojo (29.3%), molestia (38.7%) o tristeza (48.1%) cuando piensan en su padecimiento M. 51 años (*“Ya son muchos años, luego que perdí el ojo [la visión] era una desesperación, ya no puedo salir sola y eso me desespera. La diabetes es una enfermedad muy triste, últimamente yo pienso en la muerte, ya hice mi testamento para no dejar problemas”*). Ver Anexo No 4.

Tabla 5. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas declaradas hacia la diabetes mellitus tipo 2.

Sección del Cuestionario	Categoría	Frec. (%)
Nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus	Buena	4 (3.8)
	Regular	46 (43.4)
	Insuficiente	56 (52.8)
Actitudes hacia la diabetes mellitus °	Positivas	70 (66)
	Negativas	36 (34)
Angustia emocional*	Positiva	50 (47.2)
	Negativa	56 (52.8)
Autoeficacia percibida*	Positiva	83 (78.3)
	Negativa	23 (21.7)
Apoyo informativo emocional*	Positivo	53 (50)
	Negativo	53 (50)
Actitudes hacia actividades de autocuidado*	Positivas	78 (73.6)
	Negativas	28 (26.4)
Creencias en salud hacia la diabetes mellitus	Positivas	41 (38.7)
	Negativas	65 (61.3)
Prácticas en salud en diabetes mellitus	Puntaje perfecto	6 (5.7)
	Adecuado apego al tratamiento	14 (13.2)
	No adecuado	86 (81.1)

Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.

° Puntaje global tomando en cuenta todas las secciones que conforman el apartado de actitudes

* Puntaje por secciones del apartado de actitudes

De acuerdo a la clasificación de Pinazo (2005) ⁽²⁶⁾ sobre el apoyo social, más de 50% declara recibir apoyo social en el plano afectivo, cognitivo y conductual, en sus dimensiones emocional, informativo e instrumental. Reconociendo como principales redes de apoyo la familia cercana (cónyuge e hijos), la familia nuclear, vecinos, compañeros de trabajo e instituciones religiosas, esta

última funge principalmente como apoyo emocional en los momentos que presentan alguna preocupación o malestar con respecto su enfermedad, M. 78 años (*“Cuando me siento mal por mi diabetes recurro a Dios, no hay más doctor que mi señor, cada domingo asisto a Monte María. Le rezo a Dios y él es el que me ayuda”*), no obstante, se aprecia un incremento en el porcentaje de la población de estudio que declara no contar nunca, rara vez o alguna vez con alguna persona con quien pueda hablar, compartir sus sentimientos y problemas (34.9%), o de interacción con otro para relajarse (31.2%). M. 51 años (*“Yo estoy sola, no tengo a nadie, llego a la casa y me encierro, ya no salgo, como en una cárcel”*). H. 71 años (*“Vivo con mi esposa, ella trabaja y permanece fuera de casa todo el día hasta las 8 de la noche, estoy solo todo ese tiempo”*); lo cual podría afectar la adhesión del paciente al tratamiento, su control glucémico y el riesgo de presentar complicaciones. Ver Anexo No. 5

Es importante destacar que la población encuestada no visualiza al personal de salud de la Clínica de Diabetes como figura primaria de apoyo informativo cuando presenta algún problema de salud derivado de su enfermedad, citan primordialmente a las Instituciones religiosas, su familia cercana o nuclear quienes les proporcionan información o consejos. Este es un aspecto que merece la pena destacar ya que la información que ofrecen estas redes de apoyo pueden agravar los riesgos ya que dependiendo de la concepción de la familia sobre la enfermedad y los recursos con los que cuenta para enfrentarse a ésta guiara su acción repercutiendo en sus prácticas de autocuidado. H. 66 años (*“De la dosis de insulina que me prescribieron mi hija me bajo la dosis, dijo que era mucha”*).

Asimismo, aunque la población de estudio declara mayoritariamente actitudes positivas hacia las actividades de autocuidado (73.6.%) y hacia su capacidad para adoptar conductas beneficiosas para el control de su diabetes (78.3%) -autoeficacia percibida-, un pequeñísimo porcentaje de individuos, con una antigüedad en el diagnóstico de más de 20 años poseen actitudes negativas con respecto a la eficacia del tratamiento para prevenir las complicaciones M. 75 años (*“Yo ya empiezo a dudar de los doctores, llevo una dieta rígida y ya me aumento la insulina y no me baja el azúcar”*), aspecto a tener en consideración ya que puede afectar la adherencia de los pacientes al tratamiento, ver Anexo 4. A pesar de que algunos encuestados declararon recibir de sus redes sociales- apoyo moral, afectivo e instrumental, 52.8% de la población de estudio declara que su familia no estaría dispuesta a participar en un programa de control para la diabetes por cuestiones laborales o de crianza de los hijos. M. 75 años (*“Tengo puros hombres y no, ellos trabajan y no pueden hacerse cargo de mí”*), ver Anexo No 5.

Las actitudes declaradas de desagrado a la ingesta o aplicación de medicamentos podrían estar generadas por el proceso de duelo en que se encuentran por la pérdida de su salud, ver Anexo No 6.

M. 53 años (*“Cuando me indicaron la insulina reacione con enojo, ahora ya me he resignado a ello, pero dependo de otra persona para aplicarme mi insulina y realizarme un destroxitis, me da mucho*

nerviosismo. El día de hoy me incrementaron 3U de insulina y me provoca enojo, estrés por el aumento en el costo de mis medicamentos porque aquí el doctor no me quiere dar la insulina porque disque son de baja calidad”).

M. 38 años (*“Tome durante dos meses medicamento pero el tener que esclavizarme a un horario no me gusto, tener que esperarme 15 minutos para desayunar cuando yo ya tenía hambre era horrible, por ello prefiero llevar mi control con dieta y ejercicio”).*

M. 66 años (*“Es muy molesto estar inyectándose todos los días”).*

Otro aspecto a resaltar es la identificación por parte de la población de estudio (84.9%) de la importancia del apoyo psicológico como parte de un programa de control integral para la diabetes.

H.71 años (*“Yo creo que por mi soledad eso necesito [apoyo psicológico], por eso me duele la cabeza”).*

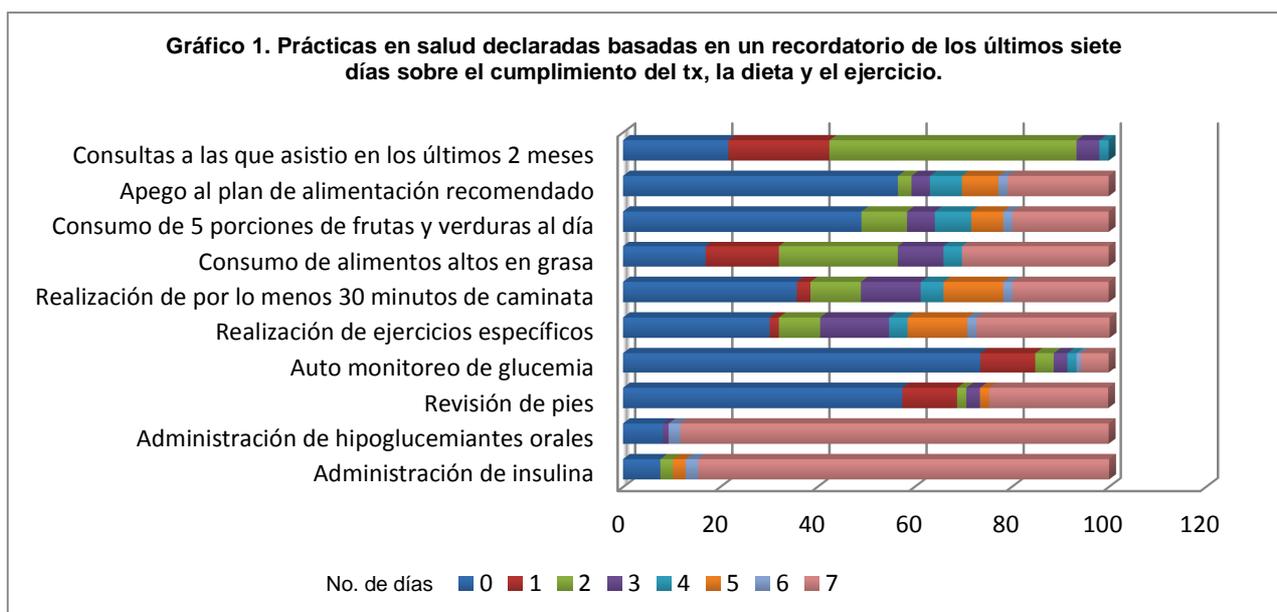
H. 31 años (*“Últimamente si me he sentido deprimido porque me pongo a pensar en mis hijos. Yo creo que eso es lo que necesito [apoyo psicológico] porque mi esposa tiene 22 años y no estudio, no me entiende”).*

Más de 70% declara estar dispuesto a restarle unos minutos a su pasatiempo favorito para caminar unas cuadras diariamente, los motivos expresados para estar totalmente en desacuerdo o desacuerdo son por deterioro de la capacidad funcional por la presencia de enfermedades concomitantes o por la presencia de complicaciones propias de la diabetes. M. 79 años (*“Me duelen mucho mis rodillas y me cuesta trabajo mantenerme mucho tiempo en pie porque tiemblo”).* Hay personas que declararon que la enfermedad las mantiene cansadas o agotadas y por ello no son constantes en hacer caminata. Asimismo, la falta de apoyo social constituye una barrera para la práctica de actividad física, M. 56 años (*“No me deja salir mi esposo por eso se me complica mucho salir a caminar”).* Menos de 10% declara que el realizar una actividad física les quita tiempo para descansar o pasar tiempo con la familia o amigos, ver Anexo No. 6

En relación a sus creencias 61% de la población de estudio, ver Tabla 5, posee creencias perjudiciales para su salud, manifestadas por las suposiciones de que si mantienen sus niveles de azúcar en sangre adecuados pueden dejar de tomar sus medicamentos, que éstos contienen muchos químicos y dañan sus riñones y por ende, en algún momento han utilizado o utilizan los medicamentos naturistas, homeopáticos, jugos o tés para su control glucémico, ver Anexo No. 7

En cuanto a sus prácticas, 81% de los encuestados no tienen un adecuado apego al tratamiento integral para la diabetes, privilegian el control a través de los medicamentos y éste, en ocasiones, de forma irregular.

Como se puede observar en el Gráfico 1, 50% de los encuestados declara haber acudido a su consulta mensual en los últimos dos meses y 20% a una consulta, aquí cabe destacar que no sabemos la proporción de personas que solo acudió a una cita por programación trimestral de ésta por indicación médica. No obstante, existe otro 21% que declara no haberse presentado a su consulta desde hace dos meses, hay quienes mencionaron no acudir desde hace seis meses o incluso más. Los motivos para su inasistencia van desde incompatibilidad del horario de consulta con su horario de trabajo H. 55 años (*“Yo luego dejo e venir a consulta porque tengo que trabajar y a mi edad ya es difícil conseguir trabajo”*). Por problemas de empatía con el médico tratante M. 45 años (*“El médico es muy déspota, no nos gusta venir, no queremos venir, la verdad es solo por el medicamento. Antes había mucha gente pero ahora vea hoy, el ausentismo”*). Por el curso clínico aparentemente benigno de la enfermedad M. 53 años (*“Solo vengo al médico si me siento mal”*). Por ausencia de apoyo familiar M. 47 años (*“Mi esposo no cree que este enferma porque yo me veo muy bien y solo los quiero chantajear –si tuvieras diabetes te verías mal, esa enfermedad acaba con la gente y tú te ves muy bien-”*). Por problemas de abastecimiento de medicamentos M. 46 años (*“Una de las razones por las cuales no acudo periódicamente al Centro de Salud es porque no me proporcionan el medicamento”*). Por la presencia de enfermedades crónicas concomitantes, por la distancia del Centro de Salud a su hogar, por problemas económicos o por problemas depresivos M. 50 años (*“Desde hace un año que no venía porque entré en depresión y ya no me interesaba nada”*).



Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2 adaptado del Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) Scale.

De acuerdo a los resultados de la sección de actitudes hacia el autocuidado 73.6% de los encuestados declara tener una buena disposición a dejar de comer alimentos que le agradan si eso le ayuda a sentirse mejor, no obstante, una actitud positiva no presupone necesariamente a actuar de determinada manera, tal como se ve reflejado en los resultados (56.6% de la población de estudio declara que cero días llevó a la práctica su plan de alimentación saludable y solo 20.8% se apegó a él durante toda la semana), ya que el concepto de dieta tiene una connotación restrictiva para la mayoría de las personas H. 71 años (*"O se muere uno de la enfermedad o se muere uno de la dieta"*), incluso aísla al paciente de su familia al creer que los alimentos de las personas que tienen diabetes deben ser diferentes a los de los demás, sumado a la creencia de que comer sano es costoso M. 70 años (*"No me alcanzan los centavitos para llevar la dieta"*), el apego a la dieta es uno de los aspectos del tratamiento no farmacológico que mayor resistencia presenta -sumado al ejercicio- por parte de los pacientes H. 56 años (*"Yo si como de todo total si me voy a morir, que me vaya yo lleno"*).

En relación a la práctica de ejercicio, el porcentaje de personas que declara realizar caminata durante 30 minutos o más siete días a la semana es de 19.8%, de tres a cinco días 12.3% y cero días a la semana 35.8%. Ver Gráfico 1.

Dentro de la misma sección se les pregunto a los encuestados, de los últimos siete días en cuantos había participado en una sesión de ejercicios específicos, en este ítem se incluyó como parte de ejercicios específicos los relacionados a las labores domésticas, lo cual podría justificar el aumento en el porcentaje de personas que declara realizar ejercicios específicos siete días a la semana (27.4%). Es importante resaltar que solo cuatro personas declararon hacer una actividad física (yoga, gimnasia, brincar la reata y aeróbicos de bajo impacto) no relacionada con el trabajo o a la caminata.

Aunque más de 80% manifiesta que el realizar una actividad física le ayudará a controlar mejor su diabetes y 75% declara disposición a restarle a su pasatiempo favorito unos minutos para caminar unas cuadras diariamente, el índice de inactividad es muy alto, cuando solo 10% de los encuestados declaró estar de acuerdo en que el realizar una actividad física les quita tiempo para descansar y/o pasar tiempo con su familia o amigos.

Si bien el automonitoreo de la glucosa capilar constituye una actividad de autocuidado que permite un control glucémico más adecuado, el medir los niveles de glucosa conlleva mucho estrés M. 62 años (*"Me la realizo cada dos meses porque si lo hago diario de los puros nervios se me sube"*), M. 79 años (*"Sí tengo indicado medirme el azúcar pero prefiero no tomármela para no estresarme"*); teniendo como resultado que la gente opte por no hacerlo, o bien, el no poseer glucómetro o tiras reactivas por falta de recursos económicos son los motivos declarados para no realizar esta práctica de salud M. 71 años

(*“Tengo mi glucómetro pero no tiene tiras”*). Y aunque muchos de los encuestados declaro que no lo tienen indicado por el médico ya que mensualmente se les solicita una determinación de glucosa sérica, pueden pasar varios meses sin que conozcan sus niveles de glucosa por falta de reactivos en el laboratorio del Centro de Salud. Tan solo 5.7% se realizó siete pruebas de glucemia capilar (una diaria) los siete días de la semana

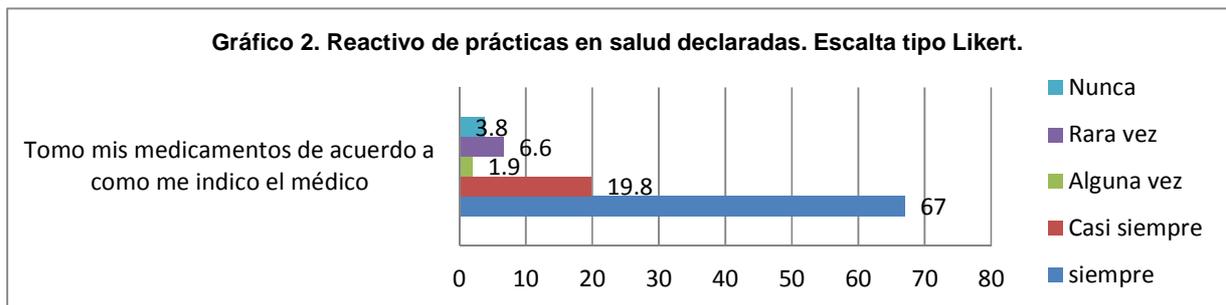
De acuerdo a los resultados de la encuesta la autoexploración de los pies no es una práctica cotidiana, quienes la llevan a cabo la realizan como parte de sus cuidados de higiene personal, poniendo énfasis en el corte de uñas, dejando atrás la observación de cambios de coloración, disminución de la sensibilidad, aparición de callos, fisuras o grietas con el objetivo de detectar oportunamente una complicación frecuente de la diabetes: pie diabético. En el Grafico 1, se puede observar que 24.5% de la población de estudio realizó un chequeo diario de sus pies los siete días de la semana, un día a la semana 11.3% y cero días 57.5%. Algunas personas declararon que únicamente cuando acuden a su consulta es donde les revisan los pies, lo cual equivale a una revisión una vez al mes.

Por último se les interrogó cuantos días había tomado el número de pastillas indicado por su médico y/o aplicado sus inyecciones de insulina de acuerdo a un recordatorio de los últimos siete días. Más del 80% declara tomarse sus hipoglucemiantes orales y/o haberse aplicado su inyección de insulina los siete días de la semana. Del total de la población encuestada 63.2% se controla con hipoglucemiantes orales, 16.9% con insulina, 17.9% con esquema combinado y solo 1.8% que es el equivalente a dos personas, se controlan con su plan de nutrición y ejercicio físico.

Esta pregunta explora sobre el apego a la posología indicada por el médico y existe un ítem dentro del cuestionario que indaga si se toman los medicamentos en el horario y dosis indicado por su médico tratante, 67% declara que siempre se toma y/o aplica sus medicamentos para el control de la diabetes en el horario y dosis indicado por el médico. Los resultados revelan que existen personas que se autoajustan el horario de sus medicamentos (como una estrategia para cumplir con su tratamiento y evitar no ingerir una dosis a consecuencia del olvido), de acuerdo a sus propios criterios desconociendo las repercusiones para su salud que estas prácticas pudieran tener. M. 51 años (*“La tengo indicada cada 12 horas y yo me la tomo cada ocho, en la mañana y en la tarde porque si me la dejo hasta la cena se me olvida”*), M. 53 años (*“ Si se me olvida tomarme mi pastilla de la mañana me la tomo por la tarde, dejo pasar dos horas y me tomo la de la tarde y luego la de la noche para tomarme mis tres pastillas del día”*). Asimismo, los motivos que las personas declararon para no llevar a cabo todos los días de la semana su tratamiento farmacológico aluden a problemas económicos, desabasto de medicamentos por parte del Centro de Salud, M. 54 años (*“Luego no hay los medicamentos en el Centro de Salud y tengo a mis hijas estudiando y para mi es prioridad darles a ellas para sus pasajes aunque luego me quede sin comprar mi*

medicamento”), al olvido M. 59 años (“*Diariamente me tomo mis pastillas para el control de mi diabetes pero no en el horario indicado porque luego se me olvida y solo hago una toma al día o máximo dos*”), basado al resultado de su automonitoreo de su glucemia M. 47 años (“*Me realizo una vez al día mi destroxitis y si tengo mi azúcar bien ya no me aplico mi insulina*”), o por la tendencia a restarle importancia a la enfermedad M. 59 años (“*Apenas me puse muy mal y empecé a tomarme mi medicamento*”).

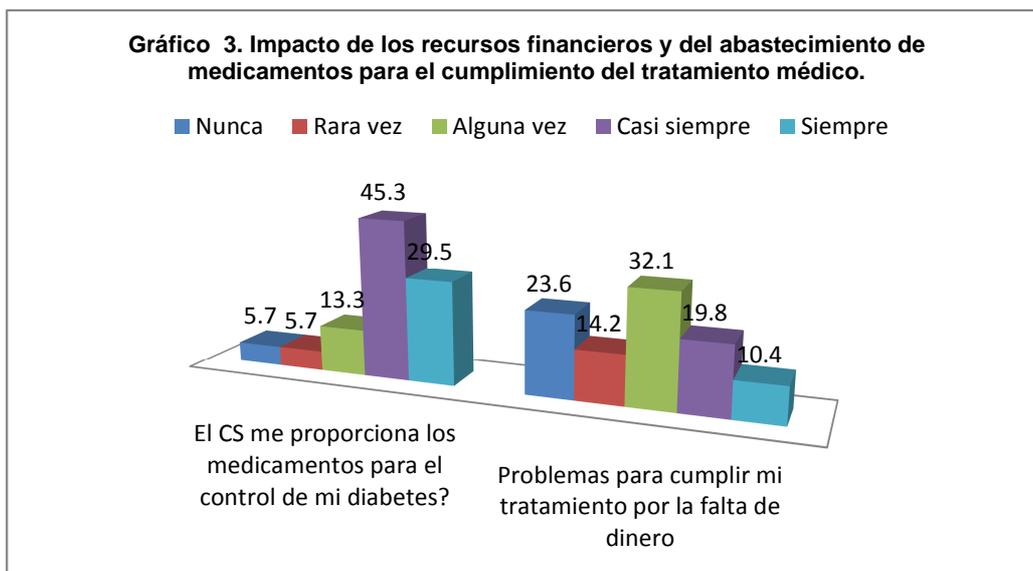
Aunque los porcentajes declarados que reportan poco apego al tratamiento farmacológico son bajos, no debemos perder de vista que la adherencia al tratamiento se midió a través de la intensidad declarada de tomar el medicamento y no observando la conducta de cumplimiento. Ver Gráfico 2



Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.

En el cuestionario se integraron dos reactivos tipo Likert para explorar el impacto de los recursos financieros y el abastecimiento de medicamentos a los usuarios de la Clínica de Diabetes por parte de los Servicios de Salud Pública del D.F. en el cumplimiento del tratamiento médico.

De la población encuestada, 30% declaró que siempre o casi siempre tiene dificultades para cumplir con su tratamiento por la falta de dinero ya que existen algunos medicamentos que les son prescritos y no forman parte del cuadro básico de medicamentos del Centro de Salud por lo tanto, ellos tienen que asumir ese gasto de bolsillo, convirtiéndose en algunas ocasiones de acuerdo a su ingreso familiar en un gasto catastrófico en salud. De los encuestados, 30% refirió que el Centro de Salud siempre les proporciona su medicamento y 45.3% declaró que casi siempre.



Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.

8.4 Conclusiones

- De acuerdo a las características generales de la población encuestada la población económicamente activa se dedica principalmente a actividades del sector informal de la economía donde no cuentan con seguro médico ni seguridad social, estando al margen de poder aspirar a un sistema de jubilación o pensión. Sobreviviendo en promedio con un salario mínimo por día para poder acceder a una ración mínima de alimentos M. 51 años (*“Lo malo es la dieta porque come uno lo que puede, lo que tiene, lo que me regala la gente. Yo no tengo un sueldo pa comprarme una fruta en lugar de un pan”*), sin tomar en cuenta los gastos catastróficos de bolsillo generados por la compra de medicamentos o la realización de análisis de laboratorio M. 51 años (*“A mí lo que me angustia es no tener dinero porque esta vez tuve que hacerme unos estudios y entonces ya no pude comprarme mi medicamento”*).
- Los niveles de escolaridad más bajos los sustentan las mujeres, lo cual podría estar explicado por los roles de género.
- Si bien la mitad de la población declara estar casada, existe un porcentaje de ella que refirió estar viudos o separados (26.5%), que en el mejor de los casos cuenta con el apoyo de sus familiares más cercanos o, en el peor de los casos, se quedan solos, constituyéndose en grupos altamente vulnerables, por no contar con familiares como redes de apoyo.
- Debemos considerar que la mediana de edad de la población de estudio es de 57 años, debido a lo cual no podemos dejar de lado el aspecto del envejecimiento y su impacto sobre la salud
- No existe una homogeneidad de saberes por lo tanto el personal de salud en su función educativa, tiene ante sí la responsabilidad social de educar para la conservación, modificación,

ampliación o generación de saberes, prácticas y creencias en salud en pro de una mejor calidad de vida, sin dejar de lado las múltiples dimensiones que intervienen en ello. Abordar la enfermedad como un hecho sociocultural, multicausal que requiere relacionar sujeto y contexto.

- Es fundamental que el equipo de salud evalúe como parte integral del tratamiento centrado en el paciente la etapa del proceso de duelo en la que se encuentra la persona para ayudarle a afrontar con mayor éxito la enfermedad.
- El equipo de salud debe prestar especial atención al grado de motivación de los pacientes ya que pueden favorecer prácticas de autocuidado no saludables; si la persona cree que no tiene la capacidad para cumplir con determinada tarea que favorezca su salud, es poco probable que realice el esfuerzo suficiente para conseguirla (M. 50 años *“Desde hace una año que no venía porque entré en depresión, mis riñones están al 25% de su funcionamiento y ya no me interesaba nada”*).
- El apoyo social es un factor importante dentro del concepto de bienestar y el envejecimiento satisfactorio y óptimo, y un facilitador de las conductas de promoción de la salud,⁽²⁷⁾ el apoyo social percibido tiene efectos benéficos contra la enfermedad al aumentar la probabilidad de adherencia al tratamiento, al enfrentar en mejores condiciones periodos de ansiedad, depresión, problemas psicológicos; por ello es trascendental no perder de vista el porcentaje de la población que declara nunca, rara vez o alguna vez contar con algún tipo de apoyo social ya que esto aumenta los sentimientos de soledad, aislamiento social y la incidencia de trastornos psicológicos lo cual puede afectar su control glucémico y el riesgo de presentar complicaciones.
- Debido a que la familia es una red de apoyo emocional e informativo decisivo, es crucial que el personal de salud mejore sus habilidades y estrategias de comunicación no solo con sus pacientes sino también con las personas cercanas a ellas, que les permita ventilar sus emociones, dudas y/o inquietudes a través de un enfoque de orientación y atención centrado en el paciente, romper prácticas cotidianas de dar consejos expertos y actuar con autoridad, estimular la motivación para promover conductas que puedan encontrar placer, agrado y seguridad en su nuevo modelo de vida a través del conocimiento que les permitirá reflexionar y tomar conciencia de su enfermedad; ubicando inicialmente en qué etapa del duelo se encuentran por la pérdida de su salud.
- El profesional de la salud debe ser un facilitador para el cambio al explorar y resolver junto con el paciente sus ambivalencias hacia el tratamiento, en una relación dialógica y participativa; confrontando los saberes sin prejuicios, estimulando los apoyos y encontrando soluciones a las barreras con las que cuentan las personas para lograr sus metas de control.
- El personal de salud debe tomar en cuenta que las acciones de educación para la salud no son simplemente la transmisión de información, como actividad propagandística *“debe caminar una*

hora al día, llevar una dieta baja en grasas, harinas y azúcares". Como menciona Briseño (1996), el proceso educativo no debe ser unidireccional, puesto que si los dos saben, los dos deben decir algo. El proceso educativo es bidireccional y ambas partes generan un compromiso de transformación de sus propios saberes.

- Los usuarios de la Clínica de Diabetes son un grupo muy heterogéneo, cada uno con experiencias únicas y particulares sobre su enfermedad, por ello se debe caracterizar la actividad física de acuerdo a las características individuales de cada uno, poniendo especial atención a las barreras que manifiestan, **individuales**: limitaciones físicas (uso de andadera, silla de ruedas, disminución de agudeza visual, presencia de enfermedades concomitantes, complicaciones propias de la diabetes o síntomas depresivos); **sociales**: falta de apoyo social de familiares o **ambientales**: clima, ausencia de banquetas, orografía irregular, ofreciendo soluciones a éstas, con la participación de la familia o amigos más cercanos.
- Debemos tener siempre presente que afrontar la enfermedad constituye cambios cognitivos constantes, esfuerzos emocionales y conductuales para gestionar las particulares demandas externas y/o internas que se aprecian como impuestas o superiores a los recursos de la persona.²⁴
- El individuo, según Briseño León (1996)²⁰, tiene muchos conocimientos, tiene creencias, tiene opiniones, que uno puede considerar "malas", "tradicionales" o "incorrectas", pero que son las que el individuo tiene y las que guían normalmente su comportamiento. Al conocer cuáles son los conocimientos, las creencias y los hábitos que los individuos tienen se podrá trabajar en ellos e intentar generar una transformación de los mismos, siempre de manera respetuosa hacia el individuo, proporcionando oportunidades para la expresión de los sentimientos, con el objetivo de convertirse en un verdadero apoyo social y la gente busque en el personal de salud la ayuda, información o asesoramiento para resolver cualquier duda o problema con respecto a su diabetes sobre la base de evaluar adecuadamente la realidad.
- Las eventualidades, como el olvido de la ingestión de una dosis de medicamento, después de revisar y sintetizar muchos estudios cualitativos, Pound et. al. argumentó que, como tomar el medicamento se equipara a tener una enfermedad, la no aceptación de ésta les impedía tomar los medicamentos a los pacientes. ⁽²⁸⁾ La negación es usada en un intento de rechazar la realidad de la situación estresante M. 54 años (*"El médico de la Clínica de Diabetes me indicó insulina y no me realizó ningún estudio y así me prescribió la insulina y yo no la necesito"*). Con base en esto y los hallazgos encontrados en el presente estudio es necesario investigar cómo influye el grado de entendimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes y sus familiares M. 53 años (*"Casi no le pregunto porque luego se enoja, es muy bueno pero es muy especial, yo soy muy tonta y me tienen que explicar dos o tres veces"*), así como la relación médico-paciente-personal de salud (*"No es un regaño, es una llamada de atención porque no*

siguen las indicaciones”) para adaptarse a los retos asociados con la enfermedad desde una perspectiva más positiva. Sin perder de vista que entre los entrevistados existen analfabetas o que apenas saben leer que necesitan de terceras personas para la identificación de sus medicamentos y la lectura de sus recetas.

- Asimismo, es importante destacar que la forma en como están estructurados los servicios de salud y la forma en que se entregan, por ejemplo, los horarios de atención de la Clínica de Diabetes así como del Grupo de Ayuda Mutua, el insuficiente abasto de medicamentos y reactivos para exámenes de laboratorio son factores que pueden favorecer conductas de deserción en las citas médicas, La atención psicológica así como nutricional no son regularmente parte integral del tratamiento de diabetes a pesar de estar normado. Dentro del mismo inmueble está en funcionamiento una Unidad de Especialidad Médica en Enfermedades Crónicas (UNEME), no obstante, la fragmentación en la provisión de servicios entre las distintas órdenes de gobierno no favorecen el uso eficiente de los recursos, de infraestructura física y equipamiento para ofrecer una respuesta oportuna a las necesidades de atención integral en diabetes y hacer más eficiente los recursos del Sector Salud.
- Aunque existen Normas Oficiales Mexicanas (NOM) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, de la hipertensión arterial sistémica, las dislipidemias, el sobrepeso y obesidad, así como Guías de Práctica Clínica (GPC) que proporcionan regulaciones técnicas para establecer el plan de alimentación, actividad física y ejercicio como parte del tratamiento integral de la diabetes, su instrumentación y aplicación es confusa. No existen GPC que permitan a los profesionales de la salud (en ausencia de un nutriólogo) el diseño de planes de alimentación a través del índice glicémico, el conteo de los hidratos de carbono, el manejo de las porciones de alimento en medidas caseras, etc.; así como GPC que ayuden a planificar la actividad física y ejercicio para personas con diabetes que presentan alguna comorbilidad o complicación (neuropatía, retinopatía, etc.), definiendo con exactitud (basadas en la evidencia) las limitaciones o precauciones para la práctica de ejercicio, proporcionando un mínimo de opciones para la actividad física o ejercicio.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

9 Propuesta de intervención

Los datos de la ENSANUT 2012 identifican que respecto a la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes por entidad federativa, el Distrito Federal es una de las entidades donde se observan las prevalencias más altas (10.2-12.3%).

Dado el incremento en las últimas décadas de la prevalencia de la Diabetes Mellitus en nuestro país y particularmente en el Distrito Federal, ciudad donde se circunscribe la población de “San Pedro Mártir”, perteneciente a la Delegación Tlalpan, la implementación de estrategias de intervención costo-efectivas es apremiante.

El control metabólico de la diabetes depende de un tratamiento adecuado (medicamento, dieta y actividad física), con el seguimiento médico del mismo y la participación del enfermo y su familia.

Establecer un programa que fortalezca las actividades de prevención y tratamiento de la diabetes y sus complicaciones sin identificar las creencias, mitos y barreras presentes en la población como establece la Organización Mundial de la Salud carecerá de eficacia.

De acuerdo a los objetivos del presente trabajo, se pudo documentar en la etapa de pre-intervención el nivel de conocimientos de la población de estudio, actitudes favorables, magnitud de mitos, desinformación y prácticas de riesgo.

La importancia de realizar un estudio exploratorio a través de una encuesta tipo CACP radica principalmente en que genera la información para poder desarrollar una propuesta de intervención factible y sustentable, con mayores probabilidades de aceptación por parte de la población al estar focalizada en las principales necesidades detectadas. Se busca con ello movilizar y desarrollar sus propias capacidades para hacer frente a su enfermedad y resolver sus dificultades (barreras) para mejorar su adherencia a todos los componentes del tratamiento, al utilizar los recursos afectivos, físicos, sociales y económicos de los que dispone.

Al haber aplicado los cuestionarios de manera personal con los usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde”, una riqueza informativa adicional para el presente proyecto fueron todos los testimonios que se vertían más allá de una respuesta “no, no sé o un totalmente de acuerdo o desacuerdo”, etc., permitiendo develar información desde una aproximación cualitativa en el conocimiento a su subjetividad paralela a la observación no participante durante la estancia en la sala de espera. En suma, de la Fase 1 de este Proyecto se derivan los siguientes aspectos sobresalientes:

Por parte de los usuarios de la Clínica de Diabetes

- El nivel de conocimientos en aspectos básicos sobre la diabetes y control glucémico es entre regular y bajo.
- Existe una alta prevalencia de mitos y desinformación en torno a la enfermedad, el uso de la insulina y la alimentación en el paciente “diabético”.
- En contraste, existe una necesidad declarada de recibir mayor información de parte del personal de salud respecto a las complicaciones de la diabetes y sobre cómo actúan los medicamentos.
- Respecto a los asistentes al Grupo de Ayuda Mutua, requieren que las pláticas sean más dinámicas y menos repetitivas en sus temáticas.
- La mitad de la población encuestada revela actitudes negativas por el impacto negativo de la enfermedad en su existencia y un porcentaje de ella, se percibe sin ningún tipo de apoyo social.
- Existen en más de 50% de la población creencias y prácticas perjudiciales para el control de su diabetes por el curso aparentemente benigno de la enfermedad (auto modificación del horario y dosis de medicamentos, reemplazo del tratamiento con medicina alternativa, etc.).
- Falta de apego al tratamiento integral para la diabetes por la presencia de diversas barreras a nivel individual, social o ambiental.

Es importante destacar:

- Disposición en 70% de la población encuestada a participar en un programa de control para la diabetes que incluya orientación nutricional (elaboración de platillos saludables), ejercicio y apoyo psicológico, en el cual ellos mismos sean los que establezcan sus propias metas de control.
- Determinación de algunos usuarios para participar más activamente en el Grupo de Ayuda Mutua.

Por parte de sus familiares o acompañantes

- La mitad (50%) de los encuestados manifiesta que su familia no estaría en disposición de participar en el programa de control para la diabetes, por cuestiones laborales o de crianza de los hijos.
- Presencia de mitos, creencias y desinformación en torno a la diabetes perjudiciales para el adecuado control de la enfermedad de los pacientes.

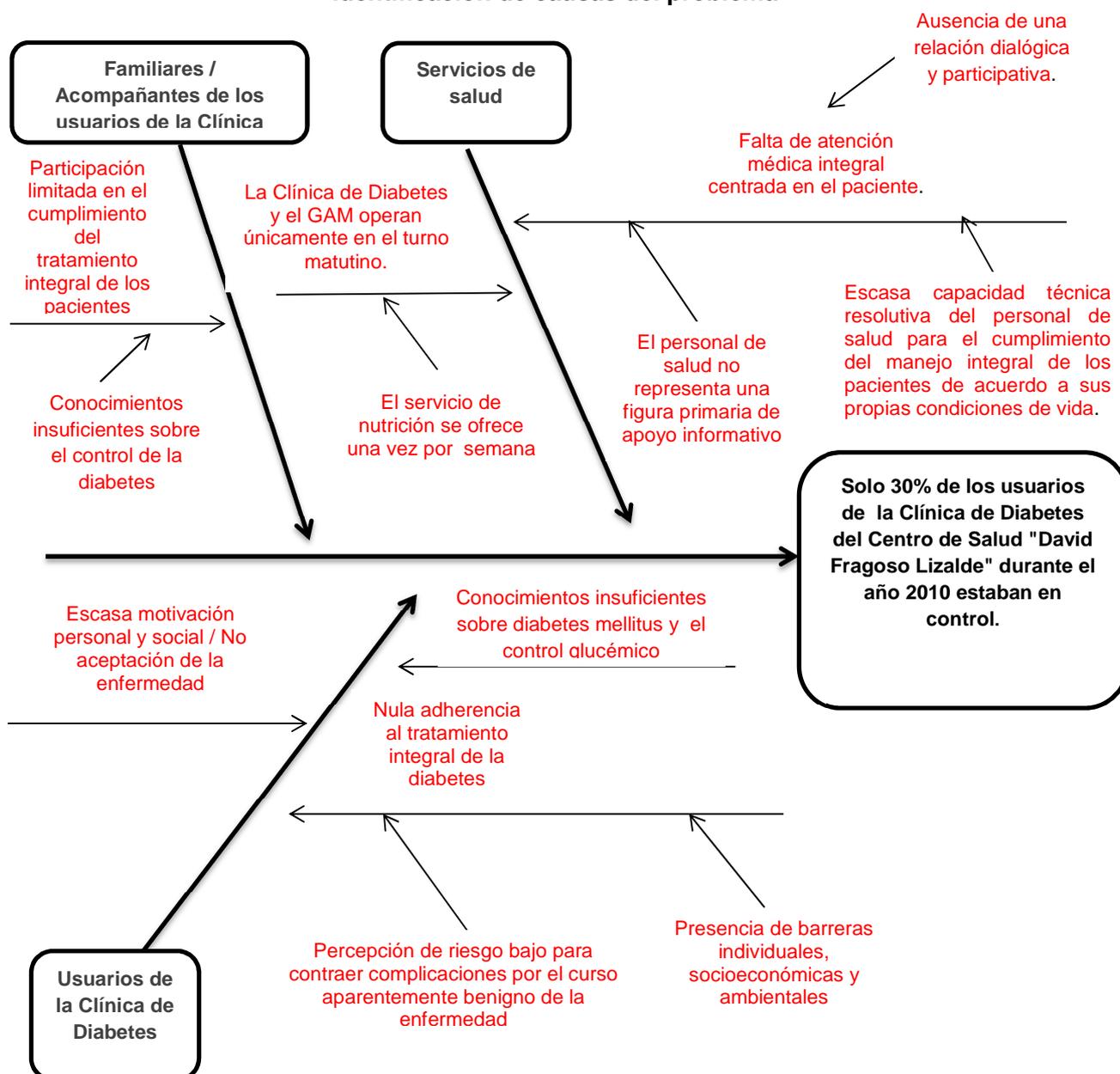
Por parte de la Clínica de Diabetes

- La Clínica de Diabetes y el Grupo de Ayuda Mutua operan únicamente en horario matutino.
- El personal de salud de la Clínica de Diabetes no es visualizado por los usuarios como figura primaria de apoyo informativo. Problemas de empatía con el médico tratante.

- La atención psicológica así como nutricional no son regularmente parte integral del tratamiento del paciente, la Trabajadora Social es quien gestiona las citas a estos servicios de acuerdo a las “necesidades detectadas” en los mismos. La consulta de nutrición solo se provee un día por semana.
- El personal de la Clínica de Diabetes no ofrece orientación sobre alternativas contra las barreras detectadas en el cumplimiento del plan integral para el control de la diabetes.

9.1 Identificación de causas del problema

Identificación de causas del problema



10 Descripción de la propuesta de intervención

La presente propuesta de intervención pretende constituirse y consolidarse como un instrumento que coadyuve en el mejoramiento del control glucémico de los usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde”. Para ello se plantea como eje rector el fortalecimiento de las relaciones interpersonales: *equipo de salud- paciente-familiares*, bajo un enfoque centrado en el paciente.

De esta manera se podrá explorar junto con el paciente la etapa del duelo en la que se encuentra por la pérdida de su estado de salud, sus estrategias de afrontamiento a nivel individual y familiar así como la cantidad de mitos, creencias y desinformación que en torno a la diabetes presentan, enmarcada en una relación dialógica y participativa, sin enjuiciamientos, basada en una escucha reflexiva. Estrategia a ser implementada por cualquier profesional miembro del equipo interdisciplinario de la Clínica de Diabetes: enfermera, psicólogo, nutrióloga, trabajadora social o médico; reconociendo que todos participan como “facilitadores” para el cambio y cumplimiento de metas de los usuarios. Esto requiere un proceso de sensibilización, involucramiento y participación del personal de salud.

Tomando como medición basal los resultados de la encuesta CACP aplicada, sabemos que la autoeficacia percibida y actitudes hacia las actividades de autocuidado son positivas en más de 70% de la población encuestada; se puede trabajar en el fortalecimiento de su autoeficacia, explorando y resolviendo sus ambivalencias hacia el cambio. Con respeto y sin imponer un cambio por “su bien”, por autoridad y mediante “consejos de expertos”. Sí bien esto se plantea de manera sencilla, no debemos perder de vista que se debe planear como un proceso continuo a través de intervenciones breves pero constantes o cíclicas que refuercen el logro de objetivos y metas.

Una atención médica con un enfoque centrado en el paciente por parte del personal de salud adscrito a la Clínica de Diabetes permitirá a su vez clarificar percepciones, mitos o creencias erróneas en torno a la diabetes, así como prácticas de riesgo; con el fin de transformar sus saberes e incrementar el nivel de conocimientos de las personas con respecto a la enfermedad.

Al mejorar la relación personal de salud-usuarios se pretende que de manera paulatina, el personal de salud sea considerado como una red de apoyo informativo y emocional. Esto nos llevará a mejorar la capacidad resolutive de los usuarios para el cumplimiento del plan de manejo integral, con alternativas aceptables, accesibles, apropiadas y efectivas. Ya que a diferencia del modelo de atención vigente en la Clínica, esta propuesta de intervención parte de la premisa de establecer junto y con el paciente metas concretas, consensuadas y factibles de acuerdo a sus necesidades personales y condiciones de vida.

Durante la aplicación de la encuesta CACP 2011 a los usuarios de la Clínica de Diabetes, se identificaron a algunas personas que declararon interés en adquirir mayor participación dentro del Grupo de Ayuda Mutua (GAM), a ellos, previo consentimiento, se les capacitará como promotores en cuidados básicos en diabetes bajo una práctica guiada de “aprender haciendo”. La capacitación estará

a cargo del personal interdisciplinario de la Clínica de Diabetes. El objetivo es que puedan iniciar el proceso autogestivo del Grupo de Ayuda Mutua y establezcan los temas a desarrollar de acuerdo a las propias necesidades del mismo. Se proyecta la realización de talleres de nutrición para que los usuarios aprendan de manera práctica la elaboración de platillos sanos, así como sesiones de ejercicios físicos para garantizar el aprendizaje práctico y el desarrollo de destrezas que puedan replicarlo en sus hogares, no sirve el decir “camine, que es bueno”, “haga ejercicio”; se debe garantizar el “saber hacer” de acuerdo a la realidad cotidiana del paciente. La idea es que durante el tiempo que pasan en la sala de espera mientras ingresan a consulta médica, los usuarios sociabilicen sus experiencias y apostando porque la conducta de un individuo o grupo de individuos actúa como estímulo para generar conductas semejantes en otros individuos que observan la conducta, pueda servir para adherir a más personas al Grupo de Ayuda Mutua. El objetivo es que entre ellos puedan organizar y programar sus reuniones en un horario más adecuado a sus actividades y el número de participantes se incremente paulatinamente.

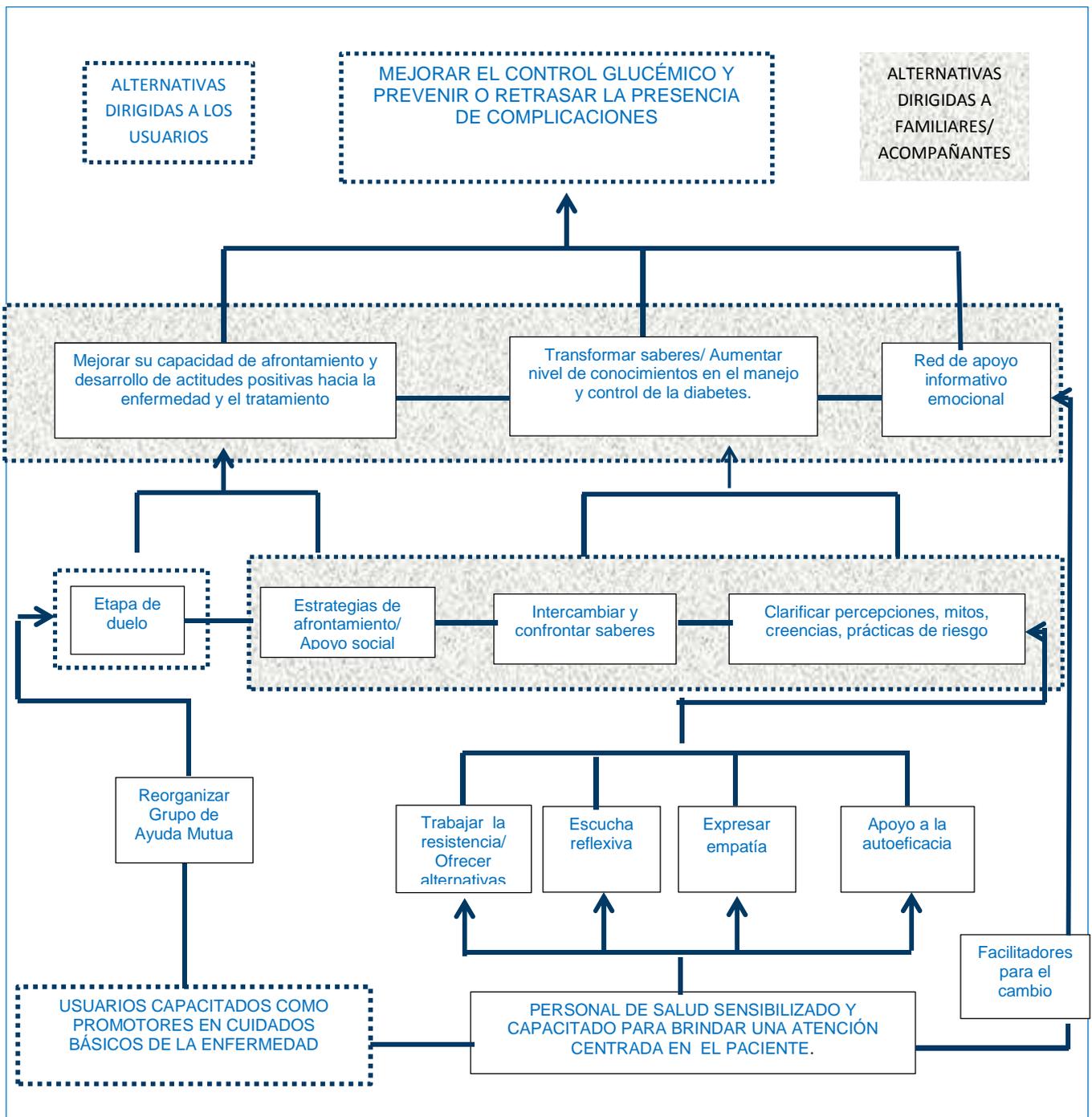
La educación para promover estilos de vida y conductas saludables, así como para alcanzar una correcta adhesión al tratamiento, no puede quedarse únicamente en la relación interpersonal en consulta “ *personal de salud-paciente,*” tiene que ser apoyada por actividades grupales sistemáticas que faciliten el intercambio de experiencias entre los pacientes, el apoyo mutuo y la motivación en el seguimiento de las medidas terapéuticas, ⁽³⁰⁾ promover el aprendizaje práctico a través de las reuniones grupales será otra de las tareas de esta propuesta de intervención para favorecer la relación *paciente-paciente.*

De acuerdo a un estudio realizado por Osborn and Egede, 2010, tener más conocimientos en diabetes (información), motivación personal y apoyo social está asociado con el desarrollo de comportamientos de autocuidado en diabetes; y estos comportamientos están directamente relacionados con el control glucémico. Por lo tanto, si transformamos las creencias, mitos o percepciones de los usuarios de la Clínica de Diabetes, incentivamos su percepción de autoeficacia, motivándolos al cambio de estilos de vida saludables a través de la reflexión que hacen ellos mismos al enfrentarse con su ambivalencia, desempeñándose el personal de salud como un verdadero apoyo social; después de un periodo de un año estaremos en condiciones de observar un aumento en el número de usuarios con control glucémico adecuado.

Esquema de identificación de alternativas de mejora a las causas detectadas, lo cual sustentará las estrategias planteadas.

10.1 Identificación de alternativas de mejora

Identificación de alternativas de mejora a las causas detectadas



Los hallazgos en la delimitación del problema se transforman en recomendaciones que nos orientan sobre las posibles estrategias, actividades, recursos necesarios, factores facilitadores y consecuencias para la intervención, los cuales se resumen en el cuadro siguiente:

Cuadro III. Recomendaciones para la intervención

Estrategias/ Intervenciones	Recursos necesarios	Barreras	Factores facilitadores	Implicaciones para la intervención
<p>-Sensibilización del equipo multidisciplinario de la Clínica de Diabetes para ofrecer una atención médica integral con un enfoque centrado en el paciente.</p> <p>-Capacitación del equipo multidisciplinario de la Clínica de Diabetes en técnicas de comunicación eficaz, motivación y métodos participativos.</p>	<p>-Espacio físico</p> <p>-Disponibilidad de tiempo del personal de salud.</p> <p>-Artículos de papelería.</p> <p>-Asesoría técnica para el diseño, planeación y ejecución del taller</p>	<p>-Falta de interés y motivación por parte del médico adscrito a la Clínica de Diabetes</p> <p>-Exceso de trabajo</p> <p>-Asistencia de la Nutrióloga al Centro de Salud un solo día a la semana.</p>	<p>Buena disposición de la Trabajadora Social, Enfermera, Psicólogo y Nutrióloga para trabajar con los pacientes en el cumplimiento de sus metas de control.</p>	<p>La sensibilización y capacitación del personal de salud facultara el mejoramiento de sus habilidades y técnicas comunicacionales para acrecentar la relación terapéutica y establecer una forma de trabajo junto con y centrada en el paciente. Al mejorar la relación terapéutica con los pacientes, de manera paulatina el personal de salud será considerado una red de apoyo informativo y emocional.</p>
<p>-Atención sanitaria centrada en el paciente, que incorpore las perspectivas / expectativas de los pacientes, para plantear metas concretas y factibles, que enfatice el ACUERDO y ELECCIÓN.</p> <p>-Identificación de necesidades de los usuarios de la Clínica de Diabetes en materia de salud pública.</p>	<p>Espacio físico</p> <p>-Disponibilidad de tiempo del personal de salud.</p> <p>-Artículos de papelería.</p> <p>-Asesoría técnica para el diseño, planeación y ejecución del taller</p>	<p>-Desconfianza en la eficacia del tratamiento.</p> <p>-Escasa motivación para recuperar la salud.</p> <p>-Falta de apoyo social para el control adecuado de la enfermedad.</p> <p>-Condiciones organizativas y estructurales de los Servicios de Salud</p>	<p>-Actitudes positivas hacia las actividades de autocuidado y un alto sentido de autoeficacia por parte de los pacientes.</p>	<p>Al establecer una relación interpersonal centrada en el paciente, se propiciará una relación dialógica y participativa para intercambiar y confrontar sus saberes sin enjuiciamientos basada en una escucha reflexiva. La utilización de esta estrategia nos llevará a clarificar percepciones, mitos o creencias erróneas en torno a la diabetes, así como prácticas de riesgo; permitiéndonos con ello transformar sus saberes e incrementar el nivel de conocimientos de las personas con respecto a la enfermedad.</p>
<p>-Identificación de los usuarios de la Clínica de Diabetes que expresaron interés en adquirir mayor participación dentro del Grupo de Ayuda Mutua para reorganizarlo.</p> <p>-Sensibilización del personal adscrito a la Clínica de Diabetes para capacitar a los usuarios/cuidadores/promotores en cuidados básicos de la enfermedad.</p> <p>-Asesoría para la gestión del grupo de ayuda mutua.</p> <p>-Sensibilización de la familia y/o personas cercanas a los pacientes a participar activamente en el proceso educativo del paciente diabético.</p>	<p>-Espacio físico</p> <p>-Disponibilidad de tiempo del personal de salud y de los promotores.</p> <p>-Material educativo y de papelería.</p>	<p>-Falta de interés por parte del médico adscrito a la Clínica de Diabetes</p> <p>-Exceso de trabajo</p> <p>-Condiciones organizativas y estructurales de los Servicios de Salud</p>	<p>-Necesidad declarada de los usuarios a recibir mayor información y estar mejor documentados, así como a tener una participación más activa y colaborativa en el Grupo de Ayuda Mutua.</p> <p>-Excelente disposición de la Trabajadora Social para continuar trabajando en el fortalecimiento de la redes de apoyo social de los pacientes y/o familiares.</p>	<p>La autogestión del grupo de ayuda mutua, permitirá a los usuarios realizar un trabajo colaborativo, involucrarse en la toma de decisiones; promoverá la interacción y el apoyo mutuo. Esto a su vez repercutirá positivamente en la sensación de bienestar físico y psicológico de las personas, disminuirá los sentimientos de ansiedad, soledad y aislamiento social; mejorara su capacidad para afrontar mejor la situación, aceptar la realidad del diagnóstico y el desarrollo de una actitud positiva hacia el tratamiento.</p>

Las estrategias tienen un triple alcance: Personal de salud, usuarios de la clínica de diabetes y familiares/ cuidadores de personas de los diabéticos.

11 Objetivos de la propuesta de intervención

11.1 General

- Incrementa el nivel de conocimientos, actitudes positivas y prácticas saludables que favorezcan el control glucémico de los usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde” y disminuir el riesgo de presentar complicaciones.

11.2 Específicos

- Capacitar al personal de salud en estrategias de Información, educación y comunicación (IEC) entre **equipo de salud-paciente-familiares** para ofrecer una atención médica integral con un enfoque centrado en el paciente.
- Mejorar en los usuarios de la Clínica de Diabetes la capacidad de afrontamiento y desarrollo de actitudes positivas hacia la enfermedad y el tratamiento.
- Fomentar tanto en los usuarios como en sus familiares y/o acompañantes conocimientos científicos sobre la enfermedad, su tratamiento y complicaciones para combatir creencias desfavorables y modificar prácticas de riesgo.
- Fortalecer la capacidad resolutoria de los usuarios y la participación activa de los familiares en el cumplimiento del plan de manejo integral de acuerdo a sus propias condiciones de vida.
- Activar las redes locales de apoyo social a través de la participación y autogestión del Grupo de Ayuda Mutua.

11.3 Metas

- Aumentar en 15% el número de usuarios con conocimientos adecuados sobre diabetes.
- Aumentar en 10% el número de usuarios con actitudes positivas con respecto a su enfermedad.
- Aumentar entre 5-8% el número de usuarios con prácticas saludables en el manejo de su enfermedad.
- Capacitar al 100% del equipo multidisciplinario del CS T-III “David Fragoso Lizalde” en habilidades y técnicas de comunicación eficaz; aspectos nutricionales básicos y de actividad o ejercicio físico.
- Capacitar a 4 usuarios como promotores en cuidados básicos en diabetes.

- Activar el “Grupo de Ayuda Mutua” como una red social 100% autogestiva.

11.4 Límites

A quien va dirigida:

- ✓ Equipo multidisciplinario de salud adscrito a la Clínica de Diabetes
- ✓ Usuarios de la Clínica de Diabetes del Centro de Salud T III “David Fragoso Lizalde”.
- ✓ Cuidadores y/o familiares de los usuarios de la Clínica de Diabetes.

Tiempo

- ✓ De Julio de 2013 a Junio de 2014

Lugar

- ✓ La propuesta de intervención está considerada que se lleve a cabo en el CS TIII “David Fragoso Lizalde, ubicado en la unidad territorial de San Pedro Mártir, en la delegación Tlalpan del Distrito Federal.

12 Plan detallado de ejecución

Es importante subrayar que previo a la implementación de cualquier propuesta de intervención, es requisito indispensable la presentación del anteproyecto a las autoridades locales de salud (Jurisdicción Sanitaria Tlalpan y Centro de Salud “David Fragoso”) para su aprobación dado que el personal de salud dedicará cierto tiempo a las actividades propuestas y la ejecución del proyecto requerirá recursos.

Se debe contar con el apoyo del director del Centro de Salud en cada una de las etapas del presente proyecto, ya que existe un riesgo muy elevado de fracaso de la propuesta si entre los refractarios se encuentra el director de la unidad.

Asimismo es importante destacar que en mi función como Coordinadora del Proyecto, fungiré como gestor y negociador en la fase de planeación, en monitor en la fase de implementación y en difusor y portavoz en la fase de evaluación.

Desarrollo de estrategias y actividades

Estas se describen a partir del enunciado de cada objetivo específico y tomando como referencia lo vertido en el Cuadro I se proponen las siguientes estrategias de intervención y las actividades que cada una de ellas requiere:

Objetivo 1: Capacitar al personal de salud en estrategias de Información, educación y comunicación (IEC) entre **equipo de salud-paciente-familiares** para ofrecer una atención médica integral con un enfoque centrado en el paciente.

Estrategia

Sensibilización y capacitación del equipo multidisciplinario de la Clínica de Diabetes en comunicación eficaz, motivación y métodos participativos.

Actividades del Coordinador del Proyecto

- ✓ Presentación del anteproyecto al director del Centro de Salud para su aprobación del curso-taller, solicitando la participación del personal de la Clínica de Diabetes con el 10% mensual de su tiempo laboral durante un año para participar en el proyecto.
- ✓ Presentación del anteproyecto al equipo multidisciplinario de la Clínica de Diabetes haciendo labor de convencimiento para su participación. Nos apoyaremos en las personas que aceptan la propuesta, para que se conviertan en aliados que promuevan la mejora entre los demás.
- ✓ Gestión ante las autoridades sanitarias locales para implementar el curso de capacitación dirigido al equipo multidisciplinario de la Clínica de Diabetes
- ✓ Participación en el diseño y planeación del curso-taller
 - Definición de los objetivos, temario y estrategias de enseñanza-aprendizaje que permitirán a los participantes el mayor grado de aprovechamiento de los temas establecidos en el curso-taller. Número de sesiones y carga horaria total.
 - Definición de las actividades de aprendizaje que se realizarán programando escenarios con pacientes simulados bajo ciertas condiciones clínicas para evaluar el actuar del equipo de salud con ejemplos de lo que no se debe hacer en la consejería –método del caso.
 - Definición de las actividades del equipo de salud que se consideraran indispensables para ofrecer una atención integral centrada en el paciente.

La realización del curso-taller se orienta a cumplir tres propósitos principales:

- ✓ Que durante el proceso educativo se geste un cambio en la forma de organizar la asistencia sanitaria.
- ✓ Proveer de estrategias y procedimientos específicos al equipo de salud que les permitan incrementar la efectividad de los procesos comunicativos en salud con las pacientes y sus familiares o acompañantes.
- ✓ Crear un contexto y un clima de cercanía y aceptación entre el equipo de salud-paciente-familiares para reducir la asimetría derivada de las distintas posiciones en las que se encuentran los interlocutores y facilitar la comunicación eficaz.

Objetivo 2: Mejorar en los usuarios de la Clínica de Diabetes la capacidad de afrontamiento y desarrollo de actitudes positivas hacia la enfermedad y el tratamiento.

La capacitación en comunicación eficaz, motivación y métodos participativos proveerá al personal de salud de la Clínica de Diabetes de las técnicas y habilidades necesarias para saber escuchar, empatizar, consensuar y establecer un clima de confianza que tome en consideración las perspectivas y circunstancias de los pacientes y así poder trabajar con ellos en los aspectos positivos del tratamiento integral para la diabetes **“¿Cómo puede mejorar mi calidad de vida sí...realizo ejercicio, llevo una dieta saludable, etc.?”** y dejar de enfatizar (de manera amenazadora), las consecuencias negativas al no apegarse a éste que pudieran generar más comportamientos de rechazo y negación en los pacientes y no una mejora en las directrices del tratamiento.

Las actividades a continuación descritas serán capaces de ejecutarlas el personal de salud toda vez que hayan concluido el taller en comunicación eficaz, las habilidades adquiridas serán parte de las estrategias que utilizarán en su práctica profesional hacia los pacientes y sus familiares o acompañantes, favoreciendo una atención médica centrada en el paciente.

Estrategias:

- **Escucha activa y reflexiva, que permita establecer una atmosfera adecuada para facilitar la “ventilación” emocional del paciente.**

Actividades

- ✓ Facilitar la autoexpresión/ Exploración de motivos de preocupación
- ✓ Identificar la etapa del duelo en la que se encuentra la persona con respecto a su enfermedad para conocer bajo qué circunstancias sobrelleva física, social y psicológicamente ésta y los recursos que utiliza para afrontarla.
- ✓ Indagar sobre su sistema de creencias y sistemas de apoyo con el que cuenta.
- ✓ Valorar el nivel de autoeficacia que la persona percibe en cada una de las tareas del tratamiento
- **Planificación de cómo hacer frente a situaciones problema con práctica guiada y reforzamiento** (esta estrategia a su vez se verá reforzada con las actividades del objetivo tres y cuatro).
- ✓ Explorar y resolver las ambivalencias presentes entre sus comportamientos actuales y los esperados para el establecimiento de metas, que incluya el acuerdo y la elección de la persona, asequibles con su entorno biopsicosocial.
- ✓ Sugerir al paciente recibir atención psicológica para apoyarlo en la aceptación del proceso de su enfermedad en:
 - Entrenamiento en manejo del estrés, asertividad y habilidades sociales.

- ✓ Referir al paciente y familiar/acompañante/cuidador al grupo de ayuda mutua para compartir experiencias así como aprender a manejar y vivir con la enfermedad.

El que el paciente continúe analizando su ambivalencia dependerá, en parte, del escenario de aceptación y comprensión que el personal de salud establezca. Para ello se debe:

- ✓ Destacar los aspectos positivos de lo que comenta el paciente (Reestructuración positiva).
- ✓ No emitir juicios y resumir lo que intenta transmitir el paciente “Si no te he entendido mal...” “¿Estoy en lo cierto?”

Debido a que los familiares o personas cercanas al paciente constituyen una red de apoyo social que incide en su tratamiento de manera positiva o negativa, es importante incluirlos dentro de esta valoración y promover en ellos estrategias de afrontamiento emocional y/o instrumental.

Objetivo 3: Fomentar tanto en los usuarios como en sus familiares y/o acompañantes conocimientos científicos sobre la enfermedad, su tratamiento y complicaciones para combatir creencias desfavorables y modificar prácticas de riesgo.

La adopción de comportamientos saludables tiene que tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre **qué hacer y cómo hacerlo**. La información científica hace falta para fomentar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, trocar saberes, modificar creencias. Transformar los llenos cognitivos y conductuales previamente existentes en el individuo. ^(20, 31)

Antes de informar es conveniente preguntar al paciente y/o familiares si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente. ⁽³²⁾

Los usuarios que asisten a la Clínica de Diabetes, tienen indicado acudir a consulta con un familiar o acompañante, es en este espacio donde se tiene planeado en primer lugar, implementar las actividades detalladas a continuación, lugar donde se hará difusión del taller de Cocina Sana y del Grupo de Ayuda Mutua, alentando a participar activamente a todos aquellos que tienen la disposición de hacerlo.

Estrategias:

Dirigidas a pacientes y familiares de manera individual en cada consulta

Actividades

- ✓ Revisar y reforzar su nivel de conocimientos relacionados con la enfermedad y proporcionar información que responda a las necesidades del paciente, familiares y/o acompañantes, evitando caer en la trampa del experto y que los usuarios de la Clínica de Diabetes continúen asumiendo un rol pasivo.
 - ✓ Utilizar métodos educativos bidireccionales, recordar que lo que se busca es dialogar, intercambiar y negociar.
 - ✓ Identificar las creencias y mitos subyacentes –*representación social de la enfermedad*- a fin de proporcionar información objetiva acerca de la misma.
 - ✓ Identificar errores en la interpretación de las indicaciones dadas por el médico y las pautas posológicas que sigue, así como la desconfianza en la eficacia en el tratamiento y la utilización de tratamientos alternativos. Comprobar si las indicaciones son entendidas a través de preguntas.
- **Refuerzo**
- ✓ Orientar en la prevención, detección de signos y síntomas e intervención oportuna en caso de presentar hiperglucemia e hipoglucemia
 - ✓ Revisar y reforzar el conocimiento sobre la terapéutica prescrita que debe seguir el paciente para el control de la enfermedad y prevención de complicaciones:
 - Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento del plan terapéutico.
 - Enseñar a prevenir los efectos secundarios de los medicamentos prescritos, a no automedicarse para disminuir el riesgo de presentar un evento adverso.
 - Informar sobre los criterios que se han de utilizar para el cambio o ajuste de dosis y horarios de medicamentos.
 - ✓ Dar seguimiento periódico (en cada consulta) y presentar la información de forma inteligible evitando los tecnicismos médicos, animar y estimular al paciente y/o familiar/cuidador a manifestar sus dudas.

Objetivo 4: Fortalecer la capacidad resolutoria de los usuarios y la participación activa de los familiares en el cumplimiento del plan de manejo integral de acuerdo a sus propias condiciones de vida.

Para este objetivo en particular será necesaria la intermediación del Director del Centro de Salud a través de la Jurisdicción Sanitaria/Tlalpan para la gestión de convenios con instituciones de Educación Superior para el desarrollo de Servicio Social o Practicas Comunitarias de personal en formación (Nutriólogos y Licenciados en Educación Física) para el cumplimiento de la estrategia de “aprendizaje activo”; no obstante, también se puede beneficiar el Centro de Salud de la conformación de aliados estratégicos dentro de la comunidad (mapeo social) que el promotor/facilitador del Grupo de Ayuda Mutua en colaboración con el Coordinador del Proyecto y la Trabajadora Social realizarán

para la identificación de dietistas locales y/o activadores físicos que puedan ayudar a la consecución de los objetivos del grupo.

A su vez el Director del Centro de Salud hará la gestión de recursos económicos ante las autoridades correspondientes para la compra de mobiliario y equipo de cocina y la adaptación de un espacio físico para la impartición del taller de preparación de alimentos dentro del Centro de Salud.

Estrategias:

Actividades a realizar el personal de salud de la Clínica de Diabetes

➤ **Planificación de cómo hacer frente a situaciones/ Solución de problemas**

- ✓ Estimular la intención declarada del paciente para realizar ejercicio, identificando las dificultades o barreras para hacerlo.
- ✓ Ofrecer alternativas de actividad y/o ejercicio físico aeróbico flexibles, adaptadas a las condiciones individuales para superar las barreras declaradas.
- ✓ Identificar los hábitos alimentarios que se desean cambiar para hacer las recomendaciones pertinentes.
- ✓ Canalizar a los pacientes de difícil control con la nutrióloga para que elaboren un plan de alimentación acorde a los requerimientos y estado de salud del paciente.

➤ **Fijar metas/ Expectativas visibles en los pacientes**

- ✓ Incentivar las actitudes positivas.
- ✓ Establecer metas realistas a corto y a largo plazo para la modificación en los hábitos alimenticios y de actividad física que incluya el acuerdo y la elección del paciente.
- ✓ Valorar los esfuerzos realizados, es decir, se debe estimular y apreciar los pequeños cambios realizados en sus hábitos con el objetivo de reforzar su creencia en su capacidad para conseguir las metas establecidas (autoeficacia), identificando situaciones de alto riesgo que podrían poner en peligro la continuidad de la conducta, estableciendo conjuntamente estrategias de afrontamiento.

➤ **Práctica guiada “aprender haciendo”**

La intención es desarrollar actividades demostrativas para el desarrollo de destrezas en la selección de una comida sana y la realización de ejercicio físico, se estimulará la participación de los pacientes y sus familiares o acompañantes en cada visita a la Clínica de Diabetes.

- ✓ A través de la participación de los pasantes en servicio social se implementará un Taller de cocina sana dirigido a los pacientes, familiares y/o cuidadores. Semáforo de la alimentación: cuantificación.
- ✓ El pasante de Educación Física programará el tipo de actividad y/o ejercicio físico (frecuencia, duración, intensidad) que pueda desarrollar el paciente para prevenir riesgos y avanzar de manera segura en ésta. Semáforo de la actividad física.

- ✓ El Coordinador del Proyecto gestionará un taller de Nutrición para el personal de salud con las autoridades competentes cuyo objetivo es:
 - Capacitar al personal de salud en aspectos nutricionales con énfasis en grupos especiales (personas con diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias).
 - Conocer las actividades de promoción y educación para la salud para proporcionar orientación alimenticia y nutricional individualizada.
 - Conocer la normatividad vigente sobre aspectos nutricionales en pacientes con DM T2

Objetivo 5: Activar las redes locales de apoyo social a través de la participación y autogestión del Grupo de Ayuda Mutua.

Estrategia

Actividades del Coordinador del Proyecto

- **Identificación de usuarios a ser promotores**
- ✓ Identificar en los candidatos a promotor las cualidades y habilidades para convertirse en el facilitador del Grupo de Ayuda Mutua
- **Sensibilización del personal adscrito a la Clínica de diabetes para capacitar a los usuarios/promotores en cuidados básicos de la enfermedad.**
- ✓ Definición de los contenidos educativos entre el personal de salud y los “promotores”.
- ✓ Desarrollo del cronograma de actividades y estimación del número de sesiones incluyendo a los “promotores” en la elaboración de éste.
- ✓ Elaboración en caso necesario de material educativo.
- **Apoyo a la autoeficacia**
- ✓ La T.S. será la vía de enlace del Centro de Salud con los facilitadores del grupo para detectar necesidades de información, manejo de grupo, etc., sin intervenir en las decisiones del mismo.
- **Mapa social**
- ✓ Identificar dentro de la comunidad, con ayuda de la T.S. los actores, grupos u organizaciones con los cuales se podría negociar, convocar y formar alianzas (que posean información, conocimientos, experiencia o recursos necesarios) para la consecución de los objetivos del grupo.
- **Planificación de actividades del Grupo de Ayuda Mutua**

Las siguientes actividades serán desarrolladas por los usuarios/promotores que fungirán como facilitadores del Grupo de Ayuda Mutua.

- ✓ Establecer el lugar y horario de reunión del grupo.
 - Las personas que asistirán al grupo podrán programar reuniones en un horario distinto al establecido en el Centro de Salud, adecuado a sus actividades y/u horarios de trabajo e

integrar a profesionales de la salud ajenos a éste a participar dentro del mismo de acuerdo a la identificación de su red de aliados estratégicos.

- ✓ Acordar periodicidad de las reuniones.
- ✓ Los temas se irán fijando con base en las opiniones y experiencias de los participantes.
- ✓ Se solicitarán folletos informativos al personal de salud para tener material de consulta.

Desde la perspectiva de “participación modelaje”, para la consecución de este objetivo se plantea que la conducta de un individuo o grupo de individuos actúa como estímulo para generar conductas semejantes en otros individuos que observan la conducta, bajo esta premisa se pretende que la adhesión al grupo sea paulatina al sociabilizarse las experiencias dentro de éste en la sala de espera mientras los usuarios aguardan a pasar a consulta.

Se espera que los propios miembros del grupo a través de la definición de sus objetivos como grupo creen su red de aliados estratégicos con la comunidad para gestionar apoyos locales y así den el paso a la acción para aprender a resolver problemas, además de ser un espacio para dar y recibir apoyo mutuo, compartir experiencias y sentimientos, en suma; desarrollar técnicas de afrontamiento.

Si este aprendizaje se colectiviza y los usuarios de la Clínica de Diabetes observan a las personas que acuden al grupo de ayuda mutua que aprenden a realizar una tarea o resolver un problema “es probable que esa persona imite con éxito un modelo con quien se pueda identificar, particularmente si la respuesta encaja en su estilo de vida”.

13 Estimación de recursos

13.1 Recursos humanos

Esta propuesta de intervención privilegiará la gestión de convenios con instituciones de Educación Superior para el cumplimiento de las estrategias de capacitación a través del desarrollo de Servicio Social o Prácticas Comunitarias de personal en formación: Nutriólogos, Licenciados en Educación Física y Psicólogos.

Los recursos humanos que participarán como facilitadores en los diferentes cursos-talleres a realizarse en el Centro de Salud serán:

	Recurso Humano
Curso-Taller en estrategias de información, educación y comunicación.	Lic. en Psicología
Taller de Cocina Sana	Lic. en Nutrición*
Capacitación en aspectos nutricionales para el personal de salud.	Lic. en Nutrición
Programación de actividad y/o ejercicio físico	Lic. en Educación Física*

* Pasantes en servicio social

El personal de salud adscrito a la Clínica de Diabetes del Centro de Salud será el recurso humano que participaran en la capacitación de los usuarios/promotores en cuidados básicos en diabetes apoyándose en los pasantes en servicio social.

- Médico, Enfermera, Trabajadora social, Psicólogo, Nutrióloga

13.2 Recursos materiales

Descripción (Salón para trabajo en equipo)	Cantidad
Mesas de trabajo	3
Silla individual	20
Pizarrón	1
PC o Laptop	1
Impresora	1
Estufa de mesa 4 quemadores	1
Cilindro de Gas LP de 20 kg	1
Horno eléctrico	1
Licuadora	1
Batidora de mano	1
Fregador	1
Utensilios de cocina	
Material de oficina (hojas bond tamaño carta, bolígrafos, lápices, clips, marcadores de texto, engrapadora, plumones para pizarrón)	
Material de apoyo educativo (Hoja de papel para rotafolio, bolígrafos, lápices, plumones, cinta adhesiva transparente)	

13.3 Recursos financieros estimados

Concepto	Periodicidad	Cantidad	Monto
Material de oficina	Bimestral	Única	Exento
Material de apoyo educativo	Bimestral	Única	Exento
Mobiliario del salón para trabajar en equipo		Única	Exento
Recursos humanos (3)		Única	Exento
Computadora de escritorio del Centro de Salud		Única	Exento
Computadora personal Laptop		Única	\$9,000
Impresora y tóner			Exento
Estufa de mesa 4 quemadores		Única	\$1,000
Cilindro de Gas LP de 20 kg	Bimestral	Única	\$240.94
Horno eléctrico		Única	\$1,390
Licuadora		Única	\$600
Batidora de mano		Única	\$300
Fregador		Única	\$4,000
Utensilios de cocina		Única	\$1,000
Total			\$17,530.94

14 Estudio de factibilidad

Se realiza el estudio de factibilidad de poner en marcha las acciones previamente diseñadas y descritas para el cumplimiento de los objetivos de la presente propuesta de intervención.

14.1 Factibilidad Financiera

Considerando que el personal de salud tiene derecho a recibir dos cursos de capacitación por año, los Cursos dirigidos al personal de salud adscrito a la Clínica de Diabetes se gestionarán con las autoridades sanitarias locales, pugnando porque esta sea continua. La implementación del Taller de selección correcta y preparación de alimentos, Programación de actividad y/o ejercicio físico dirigida a usuarios, familiares y/o acompañantes; a través de la gestión de convenios entre los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal representada por la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan e Instituciones de Educación Superior para la prestación de servicio social o prácticas comunitarias de estudiantes en formación serán quienes implementen estas actividades, solo se consideran los costos de lo que se tendría que adquirir para la adecuación de una pequeña cocina para la realización del taller de cocina saludable.

El cálculo del presupuesto estimado asciende a \$17,600.00 cuyo financiamiento podría ser absorbido por los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, no requiriéndose de una inversión adicional, pero para garantizar la sostenibilidad de las actividades a largo plazo una vez implementadas (más de un año), es necesario considerar que se requerirán de gastos adicionales.

14.2 Factibilidad Técnica

La impartición de los cursos-talleres propuestos en este proyecto se impartirá por pasantes en servicio social de las carreras en Nutrición, Psicología y Educación Física, apoyados por el personal del Centro de Salud (Psicólogo y Nutrióloga) en el proceso de planeación y ejecución.

Siendo uno de los objetivos de la Dirección de Enseñanza e Investigación de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal “*estimular y facilitar las actividades que correspondan a las prioridades en salud*”, y siendo la diabetes un problema de salud pública prioritario en la agenda local, resulta viable y por demás urgente garantizar que se capacite al personal de salud en una serie de estrategias, técnicas y habilidades que coadyuven en el mejoramiento del estado de salud de la población.

La capacitación a los usuarios/ promotores se ejecutara por parte de todo el equipo interdisciplinario miembro de la Clínica de Diabetes antecedido por un proceso de sensibilización para lograr el involucramiento y participación de éste. Es importante resaltar que existen recursos humanos adscritos a la Clínica de diabetes que se encuentran muy motivados por mejorar la calidad de la atención y replantear el modelo de atención biomédico actual por uno centrado en el paciente,

teniendo la disposición de invertir parte de su tiempo laboral en el diseño e implementación del curso de capacitación a los promotores para incrementar su autoeficacia y autogestión como grupo.

Se contempla que si todos participan con sus conocimientos, solo será necesario que se incorporen como facilitadores al curso dos pasantes en servicio social un nutriólogo (a) y un educador físico, el primero debido al horario de trabajo de la Nutrióloga adscrita a la plantilla del personal del centro de salud y el segundo para la programación de la actividad y/o ejercicio físico de acuerdo a las condiciones individuales de cada persona. Se requiere de material de oficina y de apoyo educativo para la preparación de material didáctico, acceso a una computadora con internet inalámbrico y paquetería office para búsqueda de información, así como un espacio físico adecuado. Es viable contar con estos requerimientos, dado que el Centro de Salud “David Fragoso Lizalde” cuenta con estos recursos, únicamente será necesario realizar la oportuna programación de los insumos requeridos para la capacitación.

14.3 Factibilidad Administrativa

El Centro de Salud “David Fragoso Lizalde” cuenta con los recursos humanos necesarios que pueden participar en la planeación y ejecución del curso de capacitación a los usuarios/promotores en cuidados básicos en diabetes.

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal tienen vínculos con Instituciones de Educación Superior que los faculta para poder gestionar facilitadores (pasantes en servicio social) para la coordinación del taller de cocina sana. Respecto a la infraestructura física, el Centro de Salud cuenta con un salón de usos múltiples en donde se podría ubicar el mobiliario de cocina para el taller de cocina sana y dado que la Institución funciona en un horario de 7:00 a 21:00 horas, se pueden programar sesiones en horario vespertino. Solo se requiere de la organización y desarrollo logístico adecuado de tal forma que la implementación de la presente propuesta de intervención pueda contar con la participación y la disposición de recursos.

14.4 Factibilidad de Mercado

La realización del curso-taller que se está proponiendo para el personal sanitario del Centro de Salud “David Fragoso Lizalde” para mejorar sus habilidades y estrategias en información, educación y comunicación en salud, está dirigido al equipo interdisciplinario de la Clínica de Diabetes que suman siete personas, sin embargo, es necesario puntualizar que esta capacitación se podría generalizar a toda la plantilla del personal adscrito al Centro de Salud e incluso a otras unidades de la misma Jurisdicción.

La necesidad de capacitación es real, dada la importancia no solo para ofertar una asistencia sanitaria más humana, sino para conseguir sistemas sanitarios más efectivos y eficientes.

Por otro lado, existe una necesidad declarada de los usuarios de la Clínica de Diabetes a recibir mayor información por parte del personal de salud que les permita saber y entender diferentes

aspectos relacionados con la enfermedad. Se expresa la demanda de conocer cómo actúan los medicamentos y ser más específicos respecto a las complicaciones. Asimismo, manifestaron interés en participar más activamente en el Grupo de Ayuda Mutua y en un programa de control para la diabetes que incluya orientación nutricional, ejercicio y apoyo psicológico. Existe aceptación para realizar una práctica guiada de “aprender haciendo”.

14.5 Factibilidad Política, Social y Legal

La fase I del presente trabajo refleja la intención de algunos usuarios a recibir mayor información por parte del personal de salud sobre cuidados básicos en diabetes para ser más autogestivos, saber resolver los problemas que se les presentan y encontrar la mejor solución tomando en cuenta sus necesidades, valiéndose de los recursos de los que disponen. Esto proporciona una base de viabilidad para activar un grupo de usuarios/promotores de cuidados básicos en diabetes a través de una capacitación participativa entre éstos y el personal de salud, convirtiéndose en “actores clave” para activar las redes locales de apoyo social a través de la participación y autogestión del Grupo de Ayuda Mutua.

Por otra parte, el momento actual de transición política que vive el país puede constituir una ventana de oportunidad para atraer la atención y el apoyo de las nuevas autoridades sanitarias en la propuesta.

La propuesta de intervención del presente proyecto está plenamente respaldada desde el punto de vista legal y normativo, ya que se encuentra en total concordancia con:

- ❖ La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ❖ La Ley General de Salud
- ❖ Programa Nacional de Salud 2007-2012
- ❖ Programa de Acción Específico 2007-2012 para Diabetes.
- ❖ Norma Oficial Mexicana Diabetes NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- ❖ Guía de Práctica Clínica GPC: Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la DIABETES MELLITUS TIPO 2 en el primer nivel de atención.
- ❖ Grupos de Ayuda Mutua

A continuación se enlistan los componentes relacionados con la Diabetes Mellitus tipo 2 de los Programas que sustentan legal y normativamente este proyecto, evidenciando que las actividades aquí descritas están plenamente normadas, y aunque su observancia es obligatoria, en los hechos no siempre sucede así, una razón más por la cual está plenamente justificada la ejecución de la presente propuesta.

Programa o política	Objetivo	Meta	Estrategia	Acciones
Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012	“Mejorar las condiciones de salud de la población”	“Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus”	“Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades”	Consolidar un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud y prevención y control del sobrepeso, la obesidad, los riesgos cardiovasculares y la diabetes.
Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus		“Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus”	Intervenciones focalizadas	-Alfabetización sobre diabetes para personas con diabetes y sus familiares. -Fortalecer competencias del personal del primer nivel de atención de salud que participa en el tratamiento de Diabetes Mellitus.
			Intervenciones dirigidas	-Prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus. -Grupos de ayuda mutua. -Fortalecer competencias de los profesionales de la salud que participan en tratamiento de Diabetes Mellitus.
Norma Oficial Mexicana Diabetes NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes	Establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento, control de la diabetes y prevención médica de sus complicaciones.		8.4. Alimentación 11.5.4. Plan de actividad física y ejercicio.	8.4.5. El equipo de salud deberá ser debidamente capacitado para poder establecer un plan de alimentación adecuado a individuos con diabetes, cuando no haya disponibilidad de un nutriólogo con conocimientos en diabetes, 11.5.4.1 así como para establecer el plan básico de actividad física o ejercicio para lo cual se apoyara en el equipo de salud y profesionales en esta materia.
			8.7. Participación social	8.7.1. Se debe estimular la participación comunitaria a través de la coordinación con instituciones y dependencias públicas y privadas así como con asociaciones de profesionistas que trabajan en el campo de la actividad física, el deporte y el acondicionamiento físico, se fomenten la práctica del ejercicio y el deporte.
			11.5. Manejo no farmacológico	11.5.2. Es necesario que el personal médico y el equipo de salud en el cual se apoya estén sensibilizados en cuanto a considerar las condiciones de vida que tienen tanto hombres como mujeres, derivadas del género, para adaptar las medidas de carácter no farmacológico.
			11.6. Educación para pacientes y familiares.	11.6.2. Para garantizar la calidad de la educación de la persona con diabetes se deben establecer programas de educación terapéutica, individuales o de grupo, estructurados y proporcionados por personal capacitado.

15 Diseño del sistema de control

La implementación del sistema de control implica considerar cuatro etapas⁽³³⁾

1. Establecimiento de indicadores para medir lo realizado.
2. Medición de las actividades realizadas.
3. Comparación de lo realizado
4. Análisis de las desviaciones y emisión de las acciones correctivas

Se trata de controlar las áreas críticas del proceso mediante técnicas e instrumentos que se presentan en la siguiente tabla:

ÁREAS CRÍTICAS	VARIABLE A CONTROLAR	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
ACTIVIDADES	Procedimientos	Inspección visual y documental
	Tiempo	Gráfica de Gantt
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades
RECURSOS HUMANOS	Desempeño	Evaluación del desempeño
RECURSOS FINANCIEROS	Utilización	Encuesta de opinión Presupuesto
RECURSOS MATERIALES	Disponibilidad	Modelos de inventario
OBJETIVOS Y LOGROS	Efectividad Eficiencia	Índices de productividad

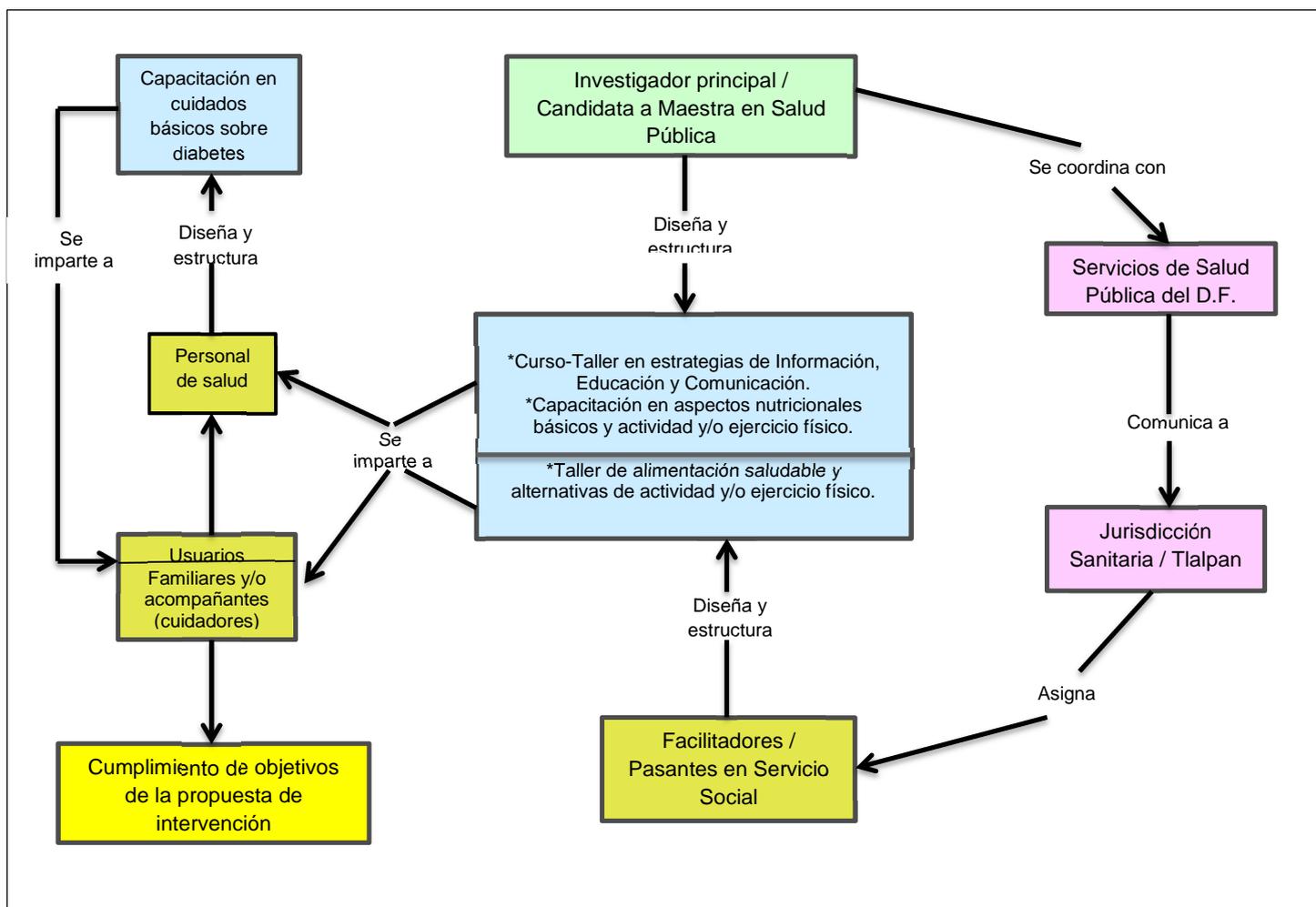
Esta actividad la realizará el Coordinador del Proyecto, es importante destacar que en mi función como Coordinadora fungiré como monitor en la fase de implementación y en difusor y portavoz en la fase de evaluación para que en caso de existir medidas correctivas se apliquen a cada una de estas (ajustes en la organización, en las estrategias, en la ejecución, en el presupuesto y/o en los recursos humanos).

Es necesario que el sistema de control se apoye en la existencia de evidencia documental y de un sistema de información que proporcione los datos de verificación de las actividades de ejecución y control.

16 Componentes del Programa

Recursos	Proceso	Producto	Resultados
Recursos humanos: +Personal de salud de la Clínica de Diabetes -1 Médico -1 Enfermera -1 Trabajadora Social -1 Nutrióloga -1 Psicólogo +Pasantes en servicio social -2 Nutriólogo (a) -2 Psicólogo (a) -1 Lic. en Educación Física +Directivos de la Jurisdicción Sanitaria y del Centro de Salud +Candidata a Maestra en Salud Pública. Recursos Materiales: -Material de oficina. -Material de apoyo educativo. -Mobiliario y equipo de cocina. -Infraestructura física. Recursos financieros: Presupuesto	Cabildeo entre autoridades de la Jurisdicción Sanitaria e Instituciones de Educación Superior.	4 convenios firmados con Instituciones de Educación Superior. -UNAM -UAM -ESEF -UII	Alumnos en formación (Lic. en psicología, nutrición y educación física) realizando prácticas profesionales o servicio social en la Clínica de Diabetes.
	Capacitación del equipo multidisciplinario de la Clínica de Diabetes en comunicación eficaz, motivación y métodos participativos.	-2 sesiones semanales con duración de 1hr cada una durante un mes -100% de personal de salud capacitado.	Personal capacitado en estrategias de información, educación y comunicación en salud.
	Taller de selección correcta y preparación de alimentos dirigido a usuarios, familiares y/o acompañantes.	-1 sesión impartida por semana con duración de 1hr durante 12 meses. -50% de los usuarios, familiares y/o acompañantes instruidos.	Desarrollo de destrezas en la selección y preparación de comidas saludables.
	Capacitación al personal de salud de la Clínica de Diabetes en aspectos nutricionales básicos y de actividad o ejercicio físico.	-2 capacitaciones por año -100% de personal de salud capacitado	Personal de salud con conocimientos en aspectos nutricionales y de actividad física capaz de proporcionar orientación alimentaria y nutricional, así como alternativas de actividad y/o ejercicio físico individualizado.
	Capacitación a usuarios en cuidados básicos en diabetes	-4 usuarios capacitados -1 sesión semanal con duración de 1hr durante 2 meses	Participación como facilitadores dentro del Grupo de Ayuda Mutua incentivando su autogestión
	Mapeo social	-2 alianzas y/o convenios establecidos de manera mensual los primeros seis meses.	Activación de redes locales de apoyo social

17 Organización interna para la ejecución



18 Cronograma de actividades

*Se establece un tiempo promedio de capacitación al personal de salud de un mes, con dos sesiones semanales con duración de 1hr cada una.

**Teniendo en cuenta que la educación en diabetes debe ser un proceso educativo continuo, las actividades bajo este rubro se desarrollaran de manera continua en función de las necesidades de los usuarios.

19 Diseño del sistema de evaluación

La evaluación del proyecto tiene como propósito dar respuesta a las siguientes interrogantes:⁽³⁴⁾

1. ¿Han sido alcanzado los objetivos específicos del programa?
2. ¿Las actividades desarrolladas eran las apropiadas?
3. ¿Los recursos movilizados eran adecuados en términos de cantidad y calidad?
4. ¿La ejecución del programa se ha efectuado como estaba prevista?

La evaluación plantea una visión crítica de los diferentes componentes de la planificación y de la programación. La función primera de la evaluación es determinar el valor o el grado de éxito en la consecución de un objetivo predeterminado. La meta de toda evaluación es realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado. Este juicio está basado en criterios y normas. Por criterio se entiende una característica observable, es decir, un indicador o una variable que se corresponde con los elementos del programa evaluado.

Los componentes de un programa de salud son los recursos, las actividades y los objetivos, estos tres elementos corresponden a lo que, de manera clásica, se conviene en llamar la evaluación de la estructura, del proceso y de los efectos (resultados),⁽³⁴⁾ siendo precisamente estos elementos nuestro objeto de evaluación.

Por lo tanto, una manera de prever el cumplimiento de los objetivos planteados para garantizar los resultados esperados es estableciendo indicadores de estructura, proceso y resultados, para lo cual se ha diseñado el siguiente cuadro guía.

Cuadro IV. Guía de indicadores para la evaluación			
Objetivos específicos	Indicadores	Metas	Tipo de indicador
Capacitar al personal de salud en estrategias de Información, educación y comunicación (IEC) entre equipo de salud-paciente-familiares para ofrecer una atención médica integral con un enfoque centrado en el paciente.	$\frac{\text{No. de sesiones impartidas}}{\text{No. de sesiones planeadas}} \times 100$ No. de personal de salud adscrito a la Clínica de Diabetes $\times 100$ $\frac{\text{Total de personal de salud contratado y adscrito a la Clínica de Diabetes}}{\text{Total de personal de salud contratado y adscrito a la Clínica de Diabetes}} \times 100$	Realizar 2 sesiones semanales durante 1 mes con 1hr de duración cada una 100% del personal de salud adscrito a la Clínica de Diabetes capacitado	De proceso
Mejorar en los usuarios de la Clínica de Diabetes la capacidad de afrontamiento y desarrollo de actitudes positivas hacia la enfermedad y el tratamiento.	$\frac{\text{No. de usuarios que presentan actitudes positivas hacia el tx. y la enfermedad}}{\text{Total de usuarios a quienes se les aplico el cuestionario}} \times 100$	Aumentar en 10% el número de usuarios con actitudes positivas con respecto a su enfermedad. Inicio: 70 usuarios Final: 80 usuarios	De Proceso/ Resultado
Fomentar tanto en los usuarios como en sus familiares y/o acompañantes conocimientos científicos sobre la enfermedad, su tratamiento y	$\frac{\text{No. de usuarios con buen nivel de conocimientos}}{\text{Total de usuarios a quienes se les aplico el cuestionario}} \times 100$	Aumentar en 15% el número de usuarios con conocimientos adecuados sobre diabetes. Inicio: 46 usuarios Final: 60 usuarios	De Proceso/Resultado

complicaciones para combatir creencias desfavorables y modificar prácticas de riesgo.	$\frac{\text{No de familiares y/o acompañantes con participación activa}}{\text{Total de familiares y/o acompañantes de los usuarios a quienes se les aplico el cuestionario}} \times 100$ $\frac{\text{No. de usuarios con creencias favorables (positivas)}}{\text{Total de usuarios a quienes se les aplico el cuestionario}} \times 100$	Mantener la participación activa del 50% de los familiares y/o acompañantes de los usuarios que asisten a la Clínica Inicio: 0 Final: 53 Aumentar en un 25% el número de usuarios con creencias favorables en el manejo de su enfermedad. Inicio:41 Final:67	
Fortalecer la capacidad resolutive de los usuarios y la participación activa de los familiares en el cumplimiento del plan de manejo integral de acuerdo a sus propias condiciones de vida.	$\frac{\text{No. de sesiones impartidas}}{\text{No. de sesiones planeadas}} \times 100$ Promedio de usuarios que permanecieron en las sesiones (2, 3, 4,...n) $\times 100$ Promedio de usuarios que asistieron a la primera sesión $\frac{\text{No. de usuarios con inadecuado apego al tx}}{\text{Total de usuarios a quienes se les aplico el cuestionario}} \times 100$	Realizar 1 sesión semanal de 1hr de duración durante 12 meses El 70% de los usuarios que acuden al taller de "Cocina sana" asistirá semanalmente por lo menos durante los seis primeros meses. Aumentar entre 5-8% el número de usuarios con prácticas adecuadas en el manejo de su enfermedad Inicio: 14 Final:22	De Proceso/Resultado
Activar las redes locales de apoyo social a través de la participación y autogestión del Grupo de Ayuda Mutua.	$\frac{\text{No. de usuarios/promotores que asisten a la última sesión del programa de capacitación}}{\text{No. de usuarios/promotores que asisten a la primera sesión del programa de capacitación}} \times 100$ $\frac{\text{No. de sesiones impartidas}}{\text{No. de sesiones planeadas}} \times 100$ $\frac{\text{No. de alianzas y/o convenios establecidos}}{\text{No. de alianzas y/convenios Planeados}} \times 100$ $\frac{\text{No. de sesiones realizadas}}{\text{No. de sesiones programadas}} \times 100$ Promedio de usuarios que permanecieron en las sesiones (2, 3, 4,...n) $\times 100$ Promedio de usuarios que asistieron a la primera sesión	Capacitar a 4 usuarios como promotores en cuidados básicos en diabetes. Realizar 1 sesión semanal durante 2 meses con 1hr de duración cada una 2 alianzas o convenios de manera mensual los primeros seis meses Realizar 1 sesión mensual el GAM de manera permanente. El 70% de los usuarios que acuden al Grupo de Ayuda Mutua asistirá mensualmente a las sesiones programadas.	De Proceso/Resultado

La evaluación de la estructura plantea preguntas relativas a la cantidad, la calidad y la adquisición de recursos humanos, físicos y financieros del programa. ⁽³⁴⁾

Algunos aspectos propuestos a evaluar por este tipo de evaluación son:

Servicios de salud	Personal de salud	Usuarios	Facilitadores de los diferentes cursos o talleres
-Disponibilidad y calidad de la infraestructura física y los recursos materiales.	-Proporción de personal de salud adscrito a la Clínica de Diabetes que participa como facilitadores en el curso de capacitación dirigido a los usuarios (disponibilidad).	- Interés para convertirse en el facilitador del Grupo de Ayuda Mutua. -Capacidad de liderazgo, para empatizar, organizar tareas y resolver problemas. -Habilidades para la interacción interpersonal. -Interés por mantenerse actualizado en cuidados básicos sobre diabetes.	-Formación previa en nutrición, psicología, educación física. -Experiencia e interés en trabajo comunitario, servicios de salud, comunicación, educación y promoción de la salud. -Capacidad de liderazgo y habilidades para la negociación, la resolución de conflictos y la organización de actividades colectivas.

La evaluación del proceso se realizará durante la puesta en marcha de la intervención con el objetivo de identificar si existen situaciones que impidan que la intervención se realice como se había proyectado. Cuando se realice esta evaluación y se identifiquen problemas que afectan el curso de la intervención será necesario realizar las modificaciones pertinentes para alcanzar las metas establecidas. En este tipo de evaluación se analizará: el cumplimiento del calendario y planes, las funciones, actividades y producciones, así como la percepción del grupo que participa sobre la puesta en marcha de la misma intervención. Algunos aspectos adicionales propuestos a evaluar por este tipo de valoración son:

Personal de salud	Usuarios	Familiares y/o acompañantes	Facilitadores de los diferentes cursos o talleres
Respecto a su función como facilitadores: -- Participan de manera constructiva y apoyan al proceso de aprendizaje de los usuarios/promotores. - Contribuyen a estimular el trabajo colaborativo. - Tienen la capacidad de dar y aceptar retroalimentación constructiva. - Utilizan material didáctico relevante que apoya los procesos de enseñanza y	Respecto a los usuarios/promotores del Grupo de Ayuda Mutua: -Proporción de usuarios/promotores que inician el curso de capacitación en " <i>cuidados básicos sobre diabetes</i> " -No. de actividades organizadas por los facilitadores del Grupo de Ayuda Mutua dentro y fuera de las instalaciones del Centro de Salud. Respecto al Grupo de Ayuda Mutua: -No. de usuarios que	-Número de familiares y/o acompañantes que participan en las actividades de "aprender haciendo": <i>Taller de selección correcta y preparación de alimentos, actividad y/o ejercicio físico.</i> -Número de familiares y/o acompañantes que se involucran activamente en el cuidado integral del paciente. -No de familiares y/o acompañantes que se integran al Grupo de Ayuda Mutua.	Respecto a los facilitadores: -Otorgan la asesoría solicitada por los participantes. - Estimulan el proceso de aprendizaje y ayudan a que exista una buena dinámica grupal. -Estimulan y activan el pensamiento crítico a través de preguntas, sugerencias y aclaraciones en caso de ser necesario. -Utiliza material relevante durante las sesiones, aplica conocimientos

<p>aprendizaje. Respecto a su función como educandos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Logran una interacción responsable en torno al grupo y tienen una actitud positiva en el abordaje de los contenidos temáticos. -Escuchan las opiniones de los demás, atienden las diferentes aportaciones y estimulan el desarrollo de sus compañeros. <p>Respecto a su función clínica (No. de tareas concretas llevadas a cabo por el personal de salud):</p> <ul style="list-style-type: none"> -No. de pacientes con los que consensua y establece metas de control que incluyan el acuerdo y elección de la persona. -No de pacientes que refieren al servicio de psicología y/o nutrición. -No de pacientes a los que se les proporciona información sobre su enfermedad, complicaciones y terapéutica prescrita. -No. de pacientes a los que se les proporciona un plan de actividad y/o ejercicio físico individualizado. -No. de pacientes a los que se les proporciona seguimiento en la consecución de sus metas. 	<p>asisten de manera periódica a las reuniones del Grupo de Ayuda Mutua.</p> <ul style="list-style-type: none"> -No. de alianzas o convenios realizados en la comunidad para apoyar las actividades del grupo. -Los integrantes del grupo se sienten satisfechos con el rol desempeñado por los usuarios/promotores. - Los integrantes se sienten bien recibidos e integrados. -Tienen oportunidad de expresar lo que sienten y desean. -Les ayuda a resolver sus problemas, les proporcionan información y reciben apoyo 		<p>previos, y muestra evidencia de su preparación para las sesiones de trabajo en grupo.</p> <p>Respecto a las actividades del curso/taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si están correlacionadas con los objetivos del curso. -Si establecen los tiempos para su desarrollo de acuerdo al plan del mismo. -Si existe la proporción teórica-práctica de acuerdo al plan del curso y así fue realizada. -Si las actividades de aprendizaje si fueron realizadas en apego al plan de trabajo del curso.
---	--	--	--

Por último la evaluación de los efectos se realizara al termino del proyecto, tiene como objetivo principal la recolección de información sobre los resultados específicos obtenidos por el programa en relación con los objetivos preestablecidos , o bien sobre las consecuencias o el impacto del programa en la población de estudio.

Personal de salud	Usuarios	Familiares y/o acompañantes	Facilitadores de los diferentes cursos o talleres
<p>Respecto a su función como facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No. de sesiones desarrolladas de acuerdo al cronograma de actividades. -No. de metas de aprendizaje cumplidas. <p>Respecto a su función como educandos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -% de ausentismo durante la implementación del curso-taller. -No. de actividades realizadas durante su participación en el curso. 	<ul style="list-style-type: none"> -No. de usuarios con conocimientos adecuados sobre la enfermedad. - Proporción de usuarios/promotores que concluyen el curso de capacitación en "<i>cuidados básicos sobre diabetes</i>". -Proporción de usuarios que se apegan a su plan de actividad física y nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> -No. de familiares y/o acompañantes que asistieron en un 80% a las sesiones organizadas en este primer año de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> -No. de cursos y/o talleres desarrollados de acuerdo al cronograma de actividades. -No. de metas de aprendizaje cumplidas.
RESULTADOS ESPERADOS			
<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de los conocimientos adquiridos en el ámbito profesional. -Desarrolla habilidades sociales y estrategias para establecer una comunicación eficaz. -La relación <i>personal de salud-paciente</i> se basa en una alianza terapéutica, un pacto de colaboración entre ambos. Se establece una relación dialógica y participativa. -Son capaces de proporcionar orientación alimentaria y nutricional en ausencia del nutriólogo (a), así como un plan de activación física individualizado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adquieren conocimientos sobre la enfermedad, control de la glucemia y complicaciones de la diabetes. -Aceptan su enfermedad y presentan actitudes positivas hacia el tratamiento. -Transforman sus creencias y prácticas de riesgo. <p>A largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desarrollan habilidades para resolver problemas y estrategias de auto-control. -Mejora su adherencia al tratamiento integral para el control de la diabetes. -Se observa una disminución en sus niveles de glucemia en ayunas, hemoglobina glucosilada. -El Grupo de Ayuda Mutua es 100% autogestivo. 	<p>A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumentan sus conocimientos sobre la enfermedad, tratamiento y prevención de complicaciones. <p>A largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transforman sus creencias y prácticas de riesgo. -Extienden para sí mismos y los demás integrantes de la familia sus conocimientos en nutrición saludable y ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Los diferentes cursos y/o talleres proyectados se efectúan de acuerdo a lo programado cumpliéndose las metas de aprendizaje. -Los facilitadores desempeñan un rol activo, orientado a los resultados de aprendizaje, mostrando creatividad en la resolución de problemas.

19.1 Evaluación de impacto

La aplicación del Cuestionario CACP en la primera fase constituye la pre-evaluación (pre-test), posteriormente se instrumentará la intervención y al término de un año se efectuará una post-

evaluación (post-test). Lo cual nos permitirá establecer un punto de comparación y así determinar si se cumplieron las metas fijadas.

Para comparar la magnitud del efecto de la intervención se propone la realización de un tipo de diseño cuasi-experimental. Se puede comparar los datos observados en el grupo de intervención (Usuarios de la Clínica de Diabetes del CS T III “David Fragozo Lizalde”), con los observados en un grupo control (Usuarios de la Clínica de Diabetes del CS T III “Ampliación Hidalgo”) que presenta ciertas características similares. Las mediciones pre y post test en el grupo control servirán para controlar variables externas que puedan confundir el efecto esperado por razones distintas a la intervención. Finalmente se compararan los post test esperando que los cambios se deban al efecto de la intervención.

Esquematización del diseño del estudio cuasi-experimental propuesto						
<i>Grupos</i>	<i>Evaluación pre-test (Año 0)</i>		<i>Acción</i>	<i>1ª Evaluación Post-test (Año1)</i>	<i>2ª Evaluación Post-test (Año2)</i>	<i>“N” Evaluación Post-test (Año“n”)</i>
Grupo de Intervención Clínica de Diabetes C.S. T III “David Fragozo Lizalde”	Evaluación de estructura	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Con Intervención (Atención médica integral con un enfoque centrado en el paciente)	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...
	Evaluación de proceso	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...		Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...
	Evaluación de resultado	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...		Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...
<i>TIEMPO</i>						
Grupo Control Clínica de Diabetes C.S. T III “Ampliación Hidalgo”	Evaluación de estructura	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Sin intervención (Atención médica tradicional)	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...
	Evaluación de proceso	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...		Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...
	Evaluación de resultado	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...		Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...	Indicador 1 Indicador 2 Indicador “n”...

20 Productos e impacto esperado

El producto obtenido de esta propuesta de intervención será personal de salud de la Clínica de Diabetes capacitado y sensibilizado en la utilización de estrategias de información, educación y comunicación para establecer una relación dialógica y participativa con los pacientes y familiares/cuidadores; ofreciendo una atención médica integral centrada en el paciente, beneficiándose los usuarios al mejorar su capacidad resolutoria para el cumplimiento de su plan de manejo integral al incrementar sus conocimientos sobre la enfermedad, desarrollar sus capacidades de afrontamiento y mejorar sus habilidades prácticas en la ejecución de platillos saludables y de actividad física; aspectos donde se observa mayor problema de adherencia. Asimismo, se espera que la organización del Grupo de Ayuda Mutua sea 100% autogestiva.

Sin duda, como toda iniciativa, los costos de instalación iniciales para la compra e instalación del equipo y utensilios de cocina, podría hacernos adelantar juicios sobre una respuesta desfavorable, no obstante, la inversión inicial es mínima y el costo-beneficio a largo plazo justificará plenamente su inversión.

Uno de los grandes retos de la presente propuesta es el establecimiento de convenios entre los Servicios de Salud Pública del D.F. e Instituciones de Educación Superior para el desarrollo de prácticas profesionales y/o de servicio profesional de Nutriólogos, Psicólogos y Lic. en Educación Física de manera permanente por lo menos durante el primer año de implementación de ésta. Sin embargo, a través de las distintas Coordinaciones de Nutrición y Psicología de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, se podría gestionar la capacitación al personal de salud sobre estrategias de información, educación y comunicación en salud, nutrición, actividad y/o ejercicio físico dado que así lo marca la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Al incentivarse la autogestión del Grupo de Ayuda Mutua, se constituirán alianzas con actores clave dentro de la comunidad, dentro de los cuales estarían incluidos nutriólogos y activadores físicos locales que puedan ayudar a la consecución de “aprender haciendo”, al trasladar las reuniones del grupo a otros espacios físicos.

La inclusión de un espacio inicial de información y sensibilización sobre la propuesta, busca generar la aceptación y participación del personal de salud, que en un inicio verá incrementada sus actividades de trabajo al planear junto con los usuarios/promotores el curso en cuidados básicos sobre la enfermedad, pronunciar los contenidos temáticos y elaborar el material educativo necesario. Por lo tanto se debe garantizar la aprobación y compromiso por parte de todos los actores involucrados (personal de salud, pacientes, familiares y pasantes en servicio social) para generar un acercamiento distinto entre éstos que incluya el dialogo, el intercambio y la negociación, ya que solo a través del aprendizaje participativo se podrán desarrollar conjuntamente conocimientos, actitudes y habilidades.

El impacto de la intervención en la salud de la población a la cual va dirigida se verá reflejada también en sus parámetros metabólicos, no obstante, esta meta es a largo plazo ya que un cambio de estilo de vida debe ocurrir antes de que se pueda medir un efecto sobre éstos.

Hay que tomar en cuenta que primero hay que incorporar cambios a nivel del conocimiento del paciente sobre algún tópico, para ir operando posteriormente cambios conductuales, los cuales habitualmente aparecen al año de haberse realizado una intervención educativa, motivo por lo cual se sugiere su evaluación al cabo de un año de instrumentada esta.

21 Conclusiones

- Cuando el paciente percibe que su perspectiva, vivencia y decisiones sobre la enfermedad se tienen en cuenta, su participación y cooperación en el plan de tratamiento son más activas y efectivas. Y, finalmente, los resultados son mejores. ⁽³⁵⁾
- Ha llegado el momento de plantear lo que se han denominado “sistemas centrados en los pacientes”, un cambio en la forma de organizar la asistencia sanitaria. En este modelo, la relación profesional-paciente es un elemento nuclear. ⁽³⁵⁾
- La presente propuesta de intervención representa una oportunidad de transformar la atención médica actual centrada en el control de cifras (glucemia, hemoglobina glucosilada, peso, presión arterial) y en los aspectos técnicos del manejo de la diabetes, sin tomar en consideración las creencias y expectativas de los pacientes.
- El proyecto “Propuesta de intervención para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no controlados, atendidos en el Centro de Salud David Fragoso basada en un modelo de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas” constituye una alternativa de solución viable (de acuerdo al estudio de factibilidad realizado en este documento) que responde a las necesidades actuales de salud de la población de estudio; al proporcionar las herramientas teórico–metodológicas al personal de salud que les permitirán mejorar la efectividad de los procesos comunicativos en salud y de esta manera promover estrategias para el afrontamiento positivo y coadyuvar en el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los usuarios de la Clínica de Diabetes para hacer frente a su enfermedad y resolver sus dificultades para mejorar su adherencia a todos los componentes del tratamiento; al promover el dialogo, el intercambio de información adecuada a sus necesidades terapéuticas y cognitivas. Sin dejar de lado el beneficio de incorporar al familiar, cuidador o persona cercana en este proceso ya que esta red social provee de soporte e incide en el mantenimiento y en la introducción de cambios de comportamientos.
- Sí el personal de salud desarrolla estrategias de información, educación y comunicación para esbozar los mensajes de salud relacionándolos con las características del individuo y el contexto de los usuarios, tenemos mayores probabilidades de que los perciban y acepten de manera positiva, los integren y apliquen en su vida diaria.
- Sí bien, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta
- Los esfuerzos realizados en el diseño de esta propuesta de intervención fueron desarrollados pensando en tres actores fundamentales en el proceso de atención médica: personal de salud, paciente y familiares o cuidadores.

- La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de Salud Pública a nivel nacional y local, pero a pesar de ello no se han desarrollado estrategias que garanticen una atención médica con calidad, integral y holística, en suma, centrada en el paciente.
- Es indispensable la voluntad política de las autoridades locales de salud que permitan la introducción de estas iniciativas y apoyen su desarrollo, incentivando al personal a su cargo que deberá involucrarse. El apoyo institucional sostenido en el tiempo es un punto clave para el éxito de esta propuesta. Así como la contratación a mediano o largo plazo de nutriólogos que laboren los cinco días de la semana en el Centro de Salud.
- Asimismo es importante convencer a las autoridades sanitarias locales de la necesidad de contratación a mediano o largo plazo de personal de salud que este adscrita a la Clínica de Diabetes para poder ofrecer consulta en el turno vespertino.

22 Recomendaciones y limitaciones

La principal limitación de la presente propuesta de intervención dependerá en gran medida de la voluntad de las autoridades de salud a nivel local, de la participación responsable y comprometida del personal de salud y de la movilización de los usuarios para el establecimiento de acuerdos y alianzas con actores clave dentro de la comunidad para subsanar las posibles eventualidades por la falta de un espacio físico para el desarrollo del taller de “Selección y preparación de alimentos saludables y estrategias de actividad y/o ejercicio físico”, así como de los profesionistas específicos para la impartición del mismo.

En cuanto al diseño del cuestionario, al tratarse de un estudio exploratorio los ítems pueden no ser totalmente discriminativos y los resultados generados no nos permiten generar asociaciones entre conocimientos insuficientes, actitudes negativas, prácticas de riesgo y un mal control glucémico. Únicamente podríamos formular hipótesis y aunque por las características del diseño del estudio no se pueden extrapolar los resultados.

A su vez, este Proyecto Terminal Profesional sienta las bases para futuros trabajos de investigación dentro del Instituto debido a que podría ser tomado como referente para los alumnos que se encuentran realizando su práctica comunitaria dentro de esta misma localidad y estén interesados en profundizar en algún tópico desarrollado en esta propuesta.

Se recomienda el desarrollo de líneas de investigación que permitan confirmar las hipótesis sobre la eficacia de la comunicación eficaz en la prevención de las complicaciones de la diabetes así como la mejora de sus parámetros metabólicos al incorporar las expectativas de los pacientes. Es importante también evaluar si la estrategia es factible a juicio de los pacientes y del personal de salud.

23 Referencias

1. <http://www.pueblosoriginarios.df.gob.mx/sanpedromartir/inicio.html>
2. <http://www.tlalpan.gob.mx/conoce/demografia/index.html>
3. Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de Tlalpan [en línea]. Junio 1997, [Fecha de acceso 30 Noviembre 2009] Disponible en: <http://www.ordenjuridico.segob.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Delegaciones/Tlalpan/TlaPro01.pdf>.
4. Diagnóstico Integral de Salud “San Pedro Mártir”, Delegación Tlalpan: D.F; 2010.
5. Federación Internacional de Diabetes. Una llamada a la acción contra la diabetes 2010. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes; 2010.
6. Villalpando Hernández S. Diabetes: Epidemiología, prevención primaria y prevención secundaria. *Viva Salud* 2011; 3(2):13-14.
7. Secretaria de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. México: Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud; 2008.
8. Arredondo A, De Icaza E. The cost of diabetes in Latin America: evidence from Mexico. *Value Health* 2011; Jul-Aug, 14 (5 Supl 1): S85-S88.
9. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Información en Salud (SIS), enero a noviembre del 2010. Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.
10. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaria de Salud; 2007.
11. López Amador KH, Ocampo Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivo en Medicina Familiar* 2007; 9:80-86.
12. Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart Donna E. Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: A mixed method approach. *BMC Health Services Research* 2008; 8-33.
13. Briseño León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saúde Públ.* 1996; 12(1): 7-30.
14. Córdova Villalobos J.A, Barriguet Meléndez J.A, Lara Esqueda A, Barquera S, Rosas Peralta M, Hernández Ávila M et.al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mex* 2008; 50(5): 419-427.
15. Tobón Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir [en línea] [Fecha de acceso 10 febrero 2011] Disponible en: promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
16. Secretaria de Salud. Boletín de Práctica Médica Efectiva: Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.

17. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica GPC: Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la DIABETES MELLITUS TIPO 2 en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2008.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención tratamiento y control de la diabetes. (Diario Oficial de la Federación).
19. Balas-Nakash M, Rodríguez-Cano A, Muñoz-Manrique C, Vásquez-Peña P, Perichart-Perera O. Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutrición en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico. *Rev Invest Clin* 2010; 62 (3): 235-243.
20. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre SIDA y ETS. México: CONASIDA; 1990.
21. Real Ramírez J. Cumplimiento de la higiene de manos de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y los factores asociados en el personal de salud del servicio de pediatría de un hospital general de la Secretaría de Salud. [Tesis especialidad]. México; 2010.
22. Di Nicola, P. Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud. En: Donati P. *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid: Díaz de Santos S.A; 1994. P. 33-47.
23. Osborn CY, Egede LE. Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Diabetes Self-Care (IBM-DSC). *Patient Educ Couns* 2010; 79(1): 49-54.
24. Delahanty LM, Nathan DM. Implications of the Diabetes Prevention Program (DPP) and Look AHEAD Clinical Trials for Lifestyle Interventions. *J Am Diet Assoc*. 2008; 108(4 Suppl 1): S66-S72.
25. Jansink R, Braspenning J, Weijden T, Niessen L, Elwyn G, Grol R. Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations. *BMC Health Services Research* 2009; 9-19.
26. Fernández Alba R, Manrique Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global* [en línea] 2010 Junio [fecha de acceso 29 de abril de 2012]; (19). URL disponible en <http://www.scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion1.pdf>
27. Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM, Navarro Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública Mex* 2007; 49: 408-414
28. Lai WA, Chie WC, Lew-Ting CY. How diabetic patients' ideas of illness course affect non-adherent behavior: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2007; 57: 296-302.

29. Tunkay T, Musabak I, Engin Cok D, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008; 6:79.
30. Pérez Delgado A, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Garrote Rodríguez I, González Pérez S, Morales Rigau JM. Intervención educativa en diabéticos tipo 2. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea] 2009 Diciembre [fecha de acceso 18 de marzo de 2013]; 25(4): 17-29.
31. Guibert Reyes W, Grau Abalo J, Prendes Labrada M. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(2): 176-183.
32. Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra* 2001; (Supl.2): 43-53.
33. Franco Paz CA. Diseño de una estrategia de capacitación para la demanda de servicios de salud por picadura de alacrán. [Proyecto Terminal Profesional Maestría]. México; 2010.
34. Pineault R, Daveluy C. *La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 2ª ed. Barcelona: MASSON; 1995.
35. Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003; 32 (4):195-202.

24 Bibliografía

1. Del Prato S, LaSalle J, Matthaehi S, Bailey CJ. Tailoring treatment to the individual in type 2 diabetes practical guidance from the Global Partnership for Effective Diabetes Management. *Int J Clin Pract* February 2010; 64 (3): 295-304.
2. Egede LE, Strom JL, Durkalski VL, Mauldin PD, Moran WP. Rationale and desing: telephone-delivered behavioral skills interventions for Blacks with type 2 diabetes. *Trials* 2010; 11:35.
3. Flores Hernández S, Reyes Morales H, Villalpando-Hernández S, Reynoso Noverón N, Hernández Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Evidencia para la política pública en salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
5. Gucciardi E, Chi-Tyan Wang S, DeMelo M, Amaral L, Stewart DE. Caractéristiques des hommes et des femmes diabétiques. *Can Fam Physician* 2008; 54:219-227.

6. Hrisos S, Eccles MP, Francis JJ, Bosch M, Dijkstra R, Johnston M, et al. Using psychological theory to understand the clinical management of type 2 diabetes in Primary Care: a comparison across two European countries. *BMC Health Services Research* 2009; 9:10.
7. Mendoza Martínez L, López EC. Manual de Grupos de Autoayuda, sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda. D.F: Dirección General de Equidad y Desarrollo Social; 1999.
8. Osborn CY, Rivet Amico K, Cruz N, O'Connell AA, Perez-Escamilla R, Kalichman SC. A brief culturally tailored intervention for Puerto Ricans with type 2 Diabetes. *Health Educ Behav* December 2010; 37 (6):849-862.

25 Anexos

Anexo No.1

CUESTIONARIO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DIRIGIDA A USUARIOS DE LA CLINICA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD "DAVID FRAGOSO LIZALDE"

Hola, queremos conocer cuál es su percepción y conocimientos sobre la diabetes mellitus. Le agradecemos mucho su cooperación y le pedimos su sinceridad en sus respuestas, los resultados de esta encuesta serán tratados guardando estricta confidencialidad, el manejo de datos será de tipo estadístico y nos servirán para elaborar una propuesta de intervención para mejorar el control de la diabetes.

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre:				Folio:			
Sexo	F	M	Edad:	Estado civil:			
Escolaridad:			Ingreso familiar mensual:	<\$2000	\$2000 a \$3500	\$3500 a \$5000	>\$5000
Ocupación:				Duración de la enfermedad:			
II. CONOCIMIENTOS							
Marcar con una X el cuadro con la respuesta que usted considere correcta en cuanto a la diabetes.							
1. ¿Comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de diabetes?				Sí	No	No sé	
2. ¿La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo?				Sí	No	No sé	
3. ¿La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina?				Sí	No	No sé	
4. ¿Lo riñones producen insulina?				Sí	No	No sé	
5. En la diabetes sin tratamiento ¿Sube la cantidad de azúcar en la sangre?				Sí	No	No sé	
6. Si soy diabético ¿mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos?				Sí	No	No sé	
7. ¿La diabetes es curable?				Sí	No	No sé	
8. ¿Un resultado de 210 mg/dl de azúcar en la prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto?				Sí	No	No sé	
9. ¿La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina?				Sí	No	No sé	
10. ¿El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otros medicamentos para la diabetes?				Sí	No	No sé	
11. Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no dependiente de insulina).				Sí	No	No sé	
12. ¿Una comida muy abundante incrementa la producción de insulina?				Sí	No	No sé	
13. ¿La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes?				Sí	No	No sé	
14. ¿La diabetes frecuentemente causa mala circulación?				Sí	No	No sé	
15. ¿Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos?				Sí	No	No sé	
16. ¿Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies?				Sí	No	No sé	
17. ¿La manera en que preparo mi comida es igual de importante que los nutrientes que combino en las comidas que como?				Sí	No	No sé	
18. ¿La diabetes puede dañar mis riñones?				Sí	No	No sé	
19. ¿La diabetes puede causar que se me entuman o no sienta mis manos, dedos y pies?				Sí	No	No sé	
20. ¿Temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre?				Sí	No	No sé	
21. ¿Orinar seguido y tener mucha sed son señales de azúcar baja en la sangre?				Sí	No	No sé	

22. ¿Los calcetines y las medias elásticas apretadas son malos para los diabéticos?	Sí	No	No sé
23. ¿Una dieta adecuada para los diabéticos consiste principalmente de comidas especiales?	Sí	No	No sé
24. ¿Los medicamentos para el control de la diabetes pueden causar ceguera?	Sí	No	No sé

III. ACTTUDES
IV. CREENCIAS

Marcar con una X el cuadro con la respuesta que conteste su opinión.

25. ¿Me enojo cuando pienso en mi diabetes?	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
26. ¿Me siento mal cuando pienso en mi diabetes?	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
27. ¿Me siento triste por tener que vivir con la diabetes?	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
28. ¿Tomo mis medicamentos de acuerdo a como me indico el médico?	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
29. ¿La diabetes es una enfermedad que hace la vida más difícil?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
30. ¿La diabetes es causa de mucho sufrimiento para mí?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
31. ¿Yo creo que dios puede curar la diabetes?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
32. ¿Creo que soy capaz de controlar mi diabetes de la forma en que mi doctor espera?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
33. ¿Si hago todo lo que mi doctor me dice puedo prevenir las complicaciones de la diabetes como la ceguera, amputaciones, insuficiencia renal, impotencia, etc.?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
34. ¿Yo creo que la diabetes se puede controlar?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
35. ¿El realizar una actividad física me ayudara a controlar mejor mi diabetes?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
36. ¿Estaría dispuesto a dejar de comer alimentos que me agradan si eso me ayuda a sentirme mejor?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
37. ¿Estaría dispuesto a restarle unos minutos a mi pasatiempo favorito para caminar unas cuerdas diariamente?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
38. ¿Acepto tomar con agrado mis medicamentos?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
39. ¿Estaría dispuesto a participar en un programa de control para la diabetes que incluya visitas a mi domicilio o llamadas telefónicas por parte del personal del centro de salud?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
40. ¿Estaría dispuesto a participar en un programa de control para la diabetes en donde me enseñen a preparar mis alimentos y qué tipo de ejercicio debo realizar?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
41. ¿Estaría dispuesto a participar en un programa de control para la diabetes que incluya apoyo psicológico?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

42. ¿Estaría dispuesto a participar en un programa de control para la diabetes en donde pueda establecer mis propias metas en cuanto a la pérdida de peso, actividad física, que pueda cumplir?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
43. ¿Estaría mi familia dispuesta a participar en un programa de control para la diabetes que incluya pláticas sobre alimentación correcta, control de peso?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
44. ¿En la consulta siempre me dicen que debo bajar de peso y eso me hace sentir mal?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
45. ¿La atención que recibo del personal del Centro de Salud me estimula a cumplir mi meta de bajar de peso?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
46. El realizar una actividad física me quita tiempo para descansar o pasar tiempo con mi familia o amigos	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
47. He llegado a pensar que aunque lleve una alimentación saludable no me ayudará a controlar mi diabetes.	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
48. ¿Si mantengo mis niveles de glucosa en sangre adecuados, puedo dejar de tomar mis medicamentos?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
49. ¿Los medicamentos naturistas son mejores que los que me indica mi médico para controlar la diabetes?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
50. ¿Prefiero controlar mi diabetes con tés o jugos que me han recomendado a tomar mis medicamentos?	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

V. PRACTICAS									
Marcar con una X el cuadro con la respuesta que conteste su situación									
51. En los últimos dos meses ¿A cuántas consultas asistió al Centro de Salud?	0	1	2	3	4	5	6	7	
52. De los últimos siete días ¿Cuántos ha seguido su plan de alimentación recomendado?	0	1	2	3	4	5	6	7	
53. De los últimos siete días ¿Cuántos comió cinco o más porciones de frutas y verduras al día?	0	1	2	3	4	5	6	7	
54. De los últimos siete días ¿Cuántos comió alimentos altos en grasa como la carne roja o productos lácteos como el queso o leche?	0	1	2	3	4	5	6	7	
55. De los últimos siete días ¿Cuántos participo en por lo menos 30 minutos de actividad física continua, incluyendo caminar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
56. De los últimos siete días ¿En cuántos participo en una sesión de ejercicios específicos? (zumba, caminar, aerobics, correr, andar en bicicleta o en todo lo que realiza en casa como parte de sus labores domésticas)	0	1	2	3	4	5	6	7	
57. De los últimos siete días ¿Cuántos se realizó una prueba de azúcar en sangre (destrostix) en el número de veces recomendado por su médico?	0	1	2	3	4	5	6	7	
58. De los últimos siete días ¿Cuántos se ha realizado un chequeo de sus pies?	0	1	2	3	4	5	6	7	
59. En los últimos siete días ¿Cuántos días tomo su número de pastillas recomendadas para la diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	
60. En los últimos siete días ¿Cuántos días se aplicó sus inyecciones de insulina indicada por su médico?	0	1	2	3	4	5	6	7	

LE AGRADECEMOS MUCHÍSIMO SU COLABORACIÓN.



Instituto Nacional de Salud Pública

7 cda. De Fray Pedro de Gante No. 50 Col. Secc. 16 Belisario
Domínguez C.P. 14050 Deleg. Tlalpan, México D.F.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ acepto participar en el estudio "Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2", proporcionando la información que se me solicita acorde a un cuestionario establecido.

El encargado de la encuesta me ha informado que el estudio tiene el propósito de obtener información acerca de los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas con respecto a la diabetes mellitus tipo 2, con el propósito de desarrollar una propuesta de intervención para el control de la diabetes tendiente a mejorar la participación de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el autocuidado de su estado de salud.

También he sido informado(a) que los datos que proporcione serán totalmente confidenciales y serán utilizados con fines estadísticos sin revelar mi nombre.

Estoy consciente además de que el hecho de que me niegue a participar en este estudio, no tendrá ninguna consecuencia ni limitación en mi derecho a recibir atención en el Centro de Salud o en cualquier otro servicio de salud, y que en caso de tener dudas, comentarios o quejas, puedo comunicarme con el investigador responsable del estudio el Dr. Manuel Palacios Martínez, al teléfono: **54871054** de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Fecha:

Nombre y firma de conformidad

ANEXO No.3

Tabla 6. Resultados de la sección de Conocimientos Básicos sobre Diabetes.

Característica	Contesta adecuadamente
	General N=106
El comer azúcar no es causa de diabetes.	11 (10.3%)
La diabetes es causada por la falta de insulina.	73 (68.8%)
La diabetes no es causada porque los riñones no excretan la glucosa del cuerpo.	30 (28.3%)
Los riñones no producen insulina.	62 (58.4%)
Si soy diabético, mis hijos tienen más riesgo de ser diabéticos.	85 (80.1%)
La diabetes no es curable.	98 (92.4%)
La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y 2.	76 (71.6%)
Una comida abundante estimula la producción de insulina	54 (50.9%)
Es igual de importante el escoger los alimentos a ingerir que la forma de prepararlos.	81 (76.4%)
Los alimentos de los diabéticos no deben de ser diferentes a los de los demás.	33 (31.1%)

Fuente: Cuestionario CACP adaptado del Diabetes Knowledge Questionnaire 24 DKQ.

Tabla 7. Resultados de conocimientos sobre control de la glucemia.

Característica	Contesta adecuadamente
	General N=106
Si se es diabético y no se lleva tratamiento médico, dieta y ejercicio sube la glucemia.	98 (92.5%)
Identificación de valores altos de glucemia.	99 (93.4%)
La realización de glucosurias no es la mejor prueba para valorar la glucemia.	48 (45.3%)
El ejercicio no aumenta la necesidad de insulina u otros medicamentos para el control de la glucemia.	66 (62.3%)
El medicamento no es más importante que la dieta y el ejercicio.	72 (67.9%)
No son datos de hiperglucemia la sudoración y la sensación de frío.	25 (23.6%)
No son datos de hipoglucemia la presencia de polidipsia y polifagia.	56 (52.8%)

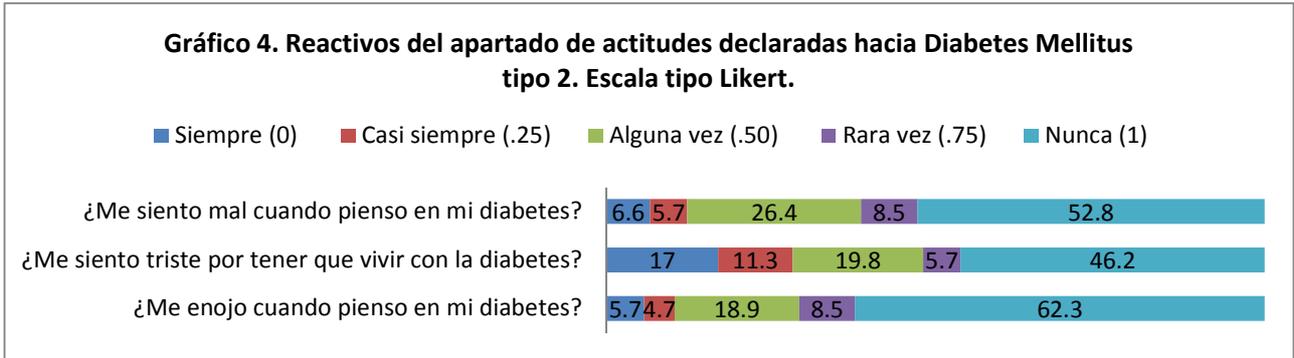
Fuente: Cuestionario CACP adaptado del Diabetes Knowledge Questionnaire 24 DKQ

Tabla 8. Resultados de Conocimientos sobre complicaciones de la diabetes.

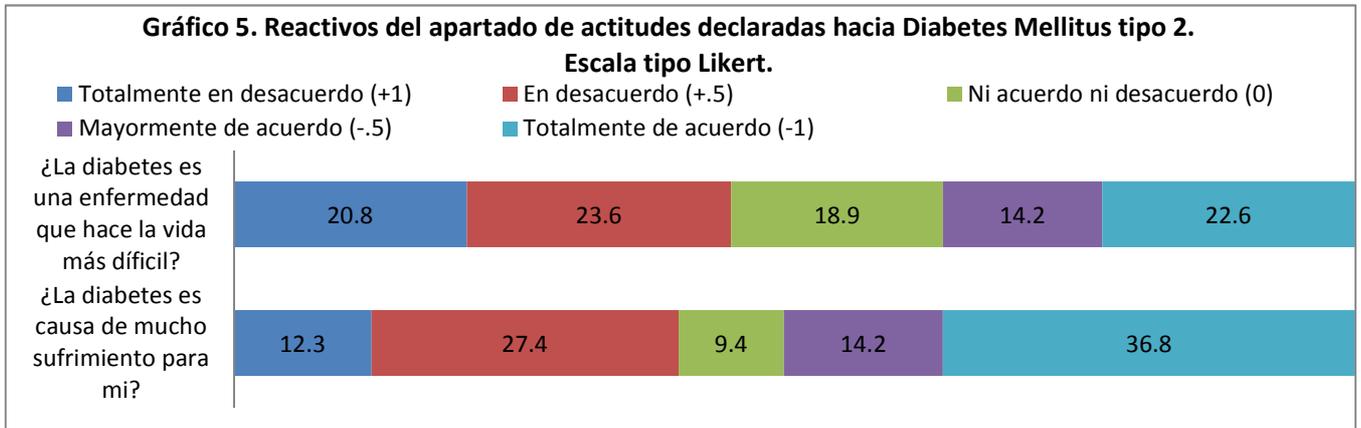
Característica	Contesta adecuadamente
	General N=106
La diabetes causa problemas de circulación.	90 (84.9%)
Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento.	89 (84.0%)
Una persona que tiene diabetes debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas.	103 (97.2%)
La diabetes puede dañar los riñones de las personas que la padecen.	103 (97.2%)
La diabetes produce alteraciones en la percepción sensitiva.	93 (87.7%)
Las personas que tienen diabetes no deben utilizar las medias elásticas apretadas.	86 (81.1%)
La insulina no produce ceguera.	41 (38.7%)

Fuente: Cuestionario CACP adaptado del Diabetes Knowledge Questionnaire 24 DKQ

ANEXO No.4

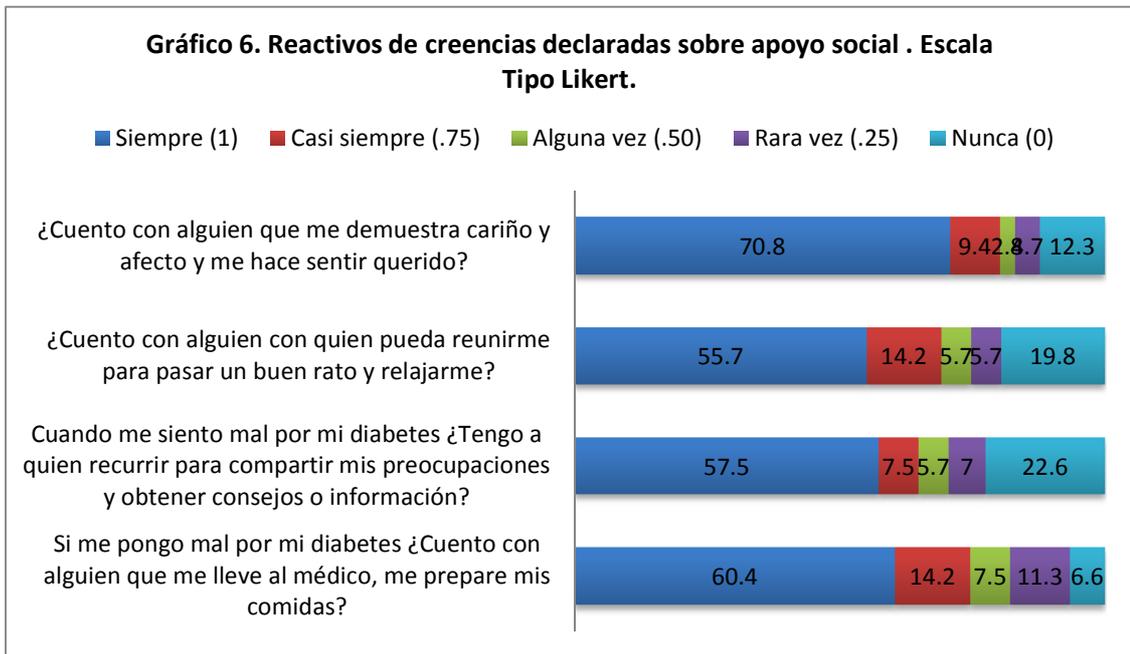


Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2

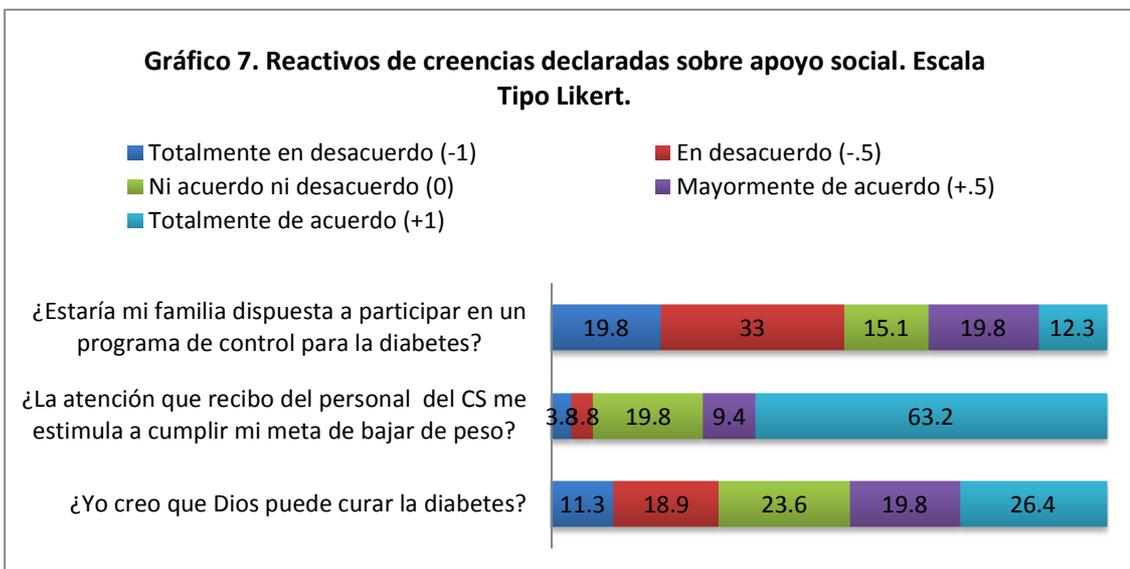


Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2

ANEXO No.5



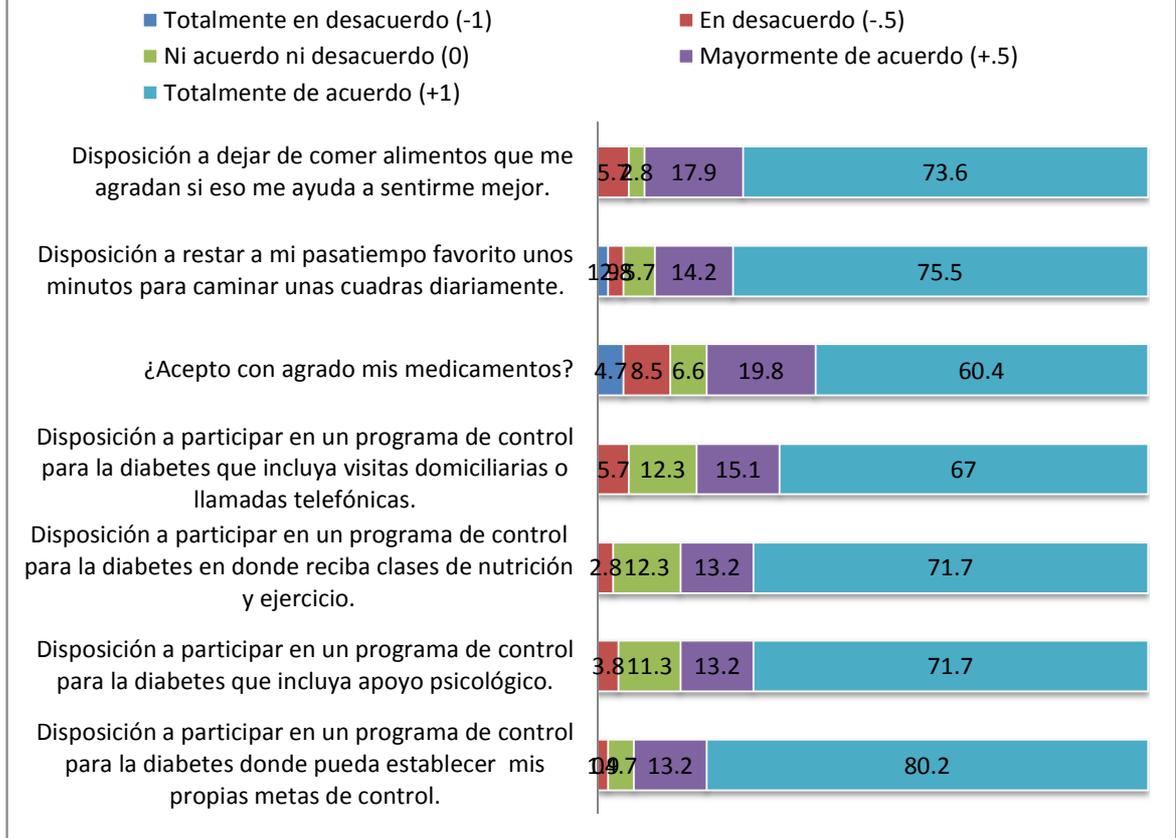
Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.

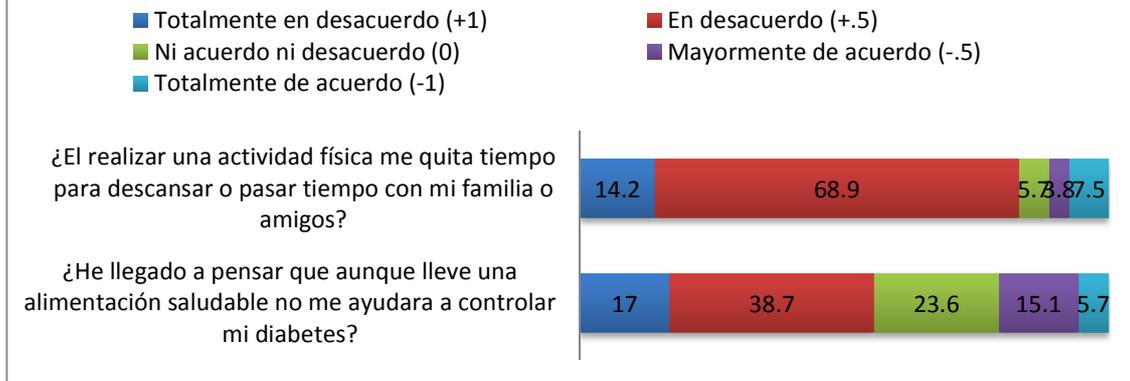
ANEXO No.6

Gráfico 8. Reactivos de actitudes declaradas hacia actividades de autocuidado en diabetes mellitus tipo 2. Escala Tipo Likert.



Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.

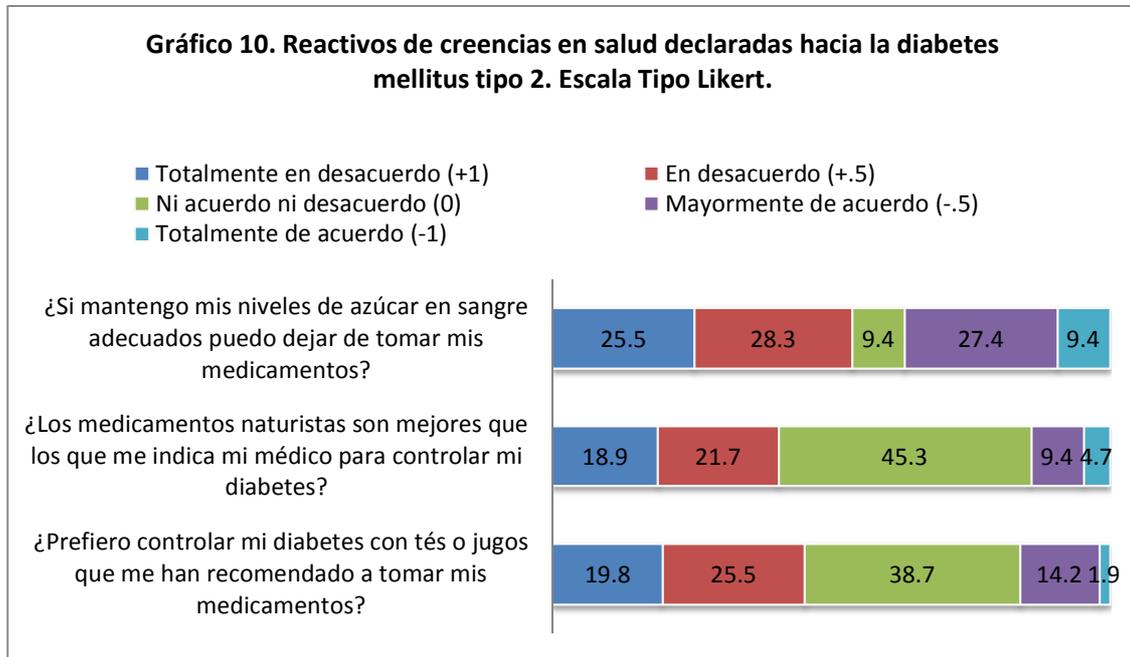
Gráfico 9. Reactivos de actitudes declaradas hacia actividades de autocuidado en diabetes mellitus tipo 2. Escala Tipo Likert.



Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.

ANEXO No.7

Gráfico 10. Reactivos de creencias en salud declaradas hacia la diabetes mellitus tipo 2. Escala Tipo Likert.



Fuente: Cuestionario CACP sobre diabetes mellitus tipo 2.