



Instituto Nacional
de Salud Pública

ESCUELA DE SALUD
PÚBLICA DE MÉXICO

**Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México**

Programa de Especialidad en Promoción de la Salud

**El estilo de vida de participantes y no participantes de un proceso educativo
en diabetes mellitus tipo 2: una experiencia en la Jurisdicción Sanitaria de
Tlalpan, Distrito Federal de 2012 al 2013**

Modalidad: Estudio de caso

Directora: Dra. María Luisa Gontes Ballesteros

Asesora: Dra. Roselia Arminda Rosales Flores

Lectora: Dra. Marcela Sánchez Estrada

Elaboró: Araceli Rosas Gutiérrez

Agosto, 2014

Índice

	Pág.
Introducción.	1
1. Antecedentes del caso.	2
2. Justificación de la selección del caso.	5
3. Descripción del caso	
3.1 Contexto de la diabetes mellitus tipo 2 en el Distrito Federal.	8
3.2 El Centro de Salud José Castro Villagrana de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan.	9
3.3 Metodología.	9
4. Marco referencial	
4.1 Definición y características de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). . .	14
4.2 Normas de operación de los GAM en México.	15
4.3 El estilo de vida.	23
4.4 Educación para la salud.	24
5. Análisis de los resultados y discusión del caso.	29
6. Conclusiones.	39
7. Recomendaciones.	40
Referencias.	41

Introducción

La diabetes mellitus es un problema de salud pública a nivel mundial, representa un desafío para el sistema de salud tanto en el gasto económico, como la falta de infraestructura, repercute en la calidad de vida del paciente, cuidador y su familia, así como en el desarrollo económico por las incapacidades prematuras de quienes viven con la enfermedad. Se tiene evidencia que quienes tienen la enfermedad y participan en un proceso educativo, logran modificar su estilo de vida y reducen el riesgo de desarrollar complicaciones. Ante tal reto, la Promoción en la Salud constituye una estrategia encaminada a desarrollar aptitudes y habilidades individuales y grupales con el fin de modificar y fortalecer estilos de vida saludables.

En México, la conformación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) por el equipo de salud del primer nivel de atención, tiene entre sus acciones promover estilos de vida saludables a través de un proceso educativo en diabetes, intervención que se pudo demostrar en el presente estudio de caso al comparar dos grupos, lo que mostró que la educación en diabetes sigue siendo la piedra angular del tratamiento.

El documento integra siete apartados, en el primero se describe un panorama general de las políticas públicas que se han diseñado e implementado en educación en diabetes a nivel internacional y nacional; el segundo abarca el panorama epidemiológico de la diabetes mellitus en México y fundamenta la creación de los GAM para facilitar la adopción de estilos de vida en quienes viven con la enfermedad, así como investigaciones que se han realizado sobre la temática; en el tercero se expone la descripción del caso, en la que se incluyen datos estadísticos de la diabetes en el Distrito Federal, la ubicación y equipo médico que participa en el Centro de Salud en donde se llevó a cabo el estudio y la metodología que se siguió; el cuarto integra el marco referencial del trabajo, en el quinto se presentan los resultados y discusión, finalmente los siguientes apartados presentan las conclusiones y recomendaciones.

1. Antecedentes del caso

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (1). Este padecimiento es uno de los mayores retos que enfrenta la salud pública a nivel mundial, debido a la prevalencia, su creciente mortalidad, las incapacidades prematuras, la complejidad y el coste elevado de su tratamiento a los servicios de salud, aunado a las repercusiones económicas y humanas que trae consigo. (2, 3)

Si bien es cierto que las nuevas modalidades terapéuticas para el control de la enfermedad han mejorado, la educación en diabetes sigue siendo la piedra angular de la terapia (4), estrategia que se advirtió desde la década de los 20 con Elliot P. Joslin, cuando expuso que “el diabético que sabe más es quien vive más tiempo”. (5)

El impacto que ha tenido la diabetes en el mundo ha generado que organismos internacionales, gobiernos, organizaciones médicas y de la sociedad civil, participen en la creación de políticas públicas para la prevención y control, teniendo como antecedentes la Declaración de St. Vincent, Italia, en 1989, bajo el patrocinio de las Oficinas Regionales de la OMS y la Federación Internacional de Diabetes (FID) (6), y la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA) celebrada en San Juan, Puerto Rico, en agosto de 1996, la cual fue copatrocinada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) junto con la FID (7), teniendo entre sus planteamientos:

- El reconocimiento de la enfermedad como un problema de salud pública, grave, creciente y costoso.
- Crear condiciones para reducir el número de casos y muertes de esta enfermedad.
- Elaborar, desarrollar y evaluar programas integrales para la prevención, detección y control de la diabetes.

- Lograr que las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que los faculten en su autocuidado.
- Que el equipo de asistencia tenga las aptitudes y los conocimientos especiales necesarios para atender a las personas con diabetes.

Considerando entre las políticas públicas, que la educación puede optimizar el control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, se puso en marcha en 1998 un programa de educación a personas diabéticas no insulino dependientes y con sobrepeso, el cual fue coordinado por la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), con el auspicio de la FID. Los resultados obtenidos mostraron que cuando se aplica un programa educativo en pacientes con diabetes tipo 2, se logran disminuir complicaciones agudas y crónicas (8). Después de 15 años, la diabetes continúa siendo un desafío mundial, se estima que existen 366 millones de personas viviendo con la enfermedad, 4.6 millones han fallecido y en algunos países, este padecimiento se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad y complicaciones letales como infarto de miocardio, derrame cerebral, insuficiencia renal, ceguera y amputación. (9)

Ante tal situación, la FID convocó a expertos de todo el mundo para desarrollar el primer Plan Mundial Contra la Diabetes, el cual fue dado a conocer en 2011 ante líderes reunidos en la ONU de Nueva York, colocando a la diabetes y al resto de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la agenda de la sanidad mundial, teniendo entre sus objetivos (9):

- Implementar programas nacionales en diabetes.
- Mejorar los resultados sanitarios a través de un diagnóstico precoz, un tratamiento económicamente eficiente y la educación para el autocontrol.
- Prevenir el desarrollo de diabetes tipo 2 con intervenciones que afectan al estilo de vida y que las políticas e intervenciones sean socialmente responsables

dentro y más allá del sector sanitario, promoviendo una alimentación sana y la actividad física.(9)

México no está exento de la magnitud de la epidemia ni de seguir las recomendaciones internacionales para la prevención y control de la enfermedad. La Secretaría de Salud (SSA) estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, fortalecer los programas de protección contra el riesgo sanitario que están relacionados con el estilo de vida (10), estrategia que se retomó en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Diabetes y la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, al señalar entre sus acciones: incluir y fortalecer el componente educativo en la alfabetización en diabetes, dirigido a la comunidad, las personas con diabetes mellitus, sus familias y la población en riesgo, a través de la prevención y modificación del estilo de vida. (11, 12, 13)

Bajo este contexto la promoción de la salud es el eje estratégico que propicia los medios necesarios para mejorar y controlar la salud, retomando acciones de la Carta de Ottawa (1986), como la creación de entornos favorables, la participación comunitaria y el desarrollo de habilidades de quienes viven con la diabetes mellitus, la calidad de vida y alargar el desarrollo de las complicaciones de quien padece la enfermedad. (14)

2. Justificación de la selección del estudio de caso

En México los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT), reportan que 6.4 millones de adultos (9.2%) viven con diabetes, cifra que es alarmante cuando se estima que el total de personas adultas con esta enfermedad podría ser incluso el doble, de acuerdo a la evidencia previa sobre el porcentaje de diabéticos que no conocen su condición sobre este padecimiento (15,16). Respecto a la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes por entidad federativa, se observó que las prevalencias más altas se identifican en el Distrito Federal (12.3%), Nuevo León (11.4%), Veracruz (10.6%), Estado de México (10.5%), Tamaulipas (10.3%), Durango (10.2%) y San Luis Potosí (10%), los cuales rebasan el promedio nacional del 9.1% de quienes son mayores de 20 años. (16)

De las complicaciones más frecuentes relacionadas con la diabetes, del total de individuos que reportan diagnóstico previo, 47.6% (3 millones) padecieron visión disminuida, 38% (2.4 millones) ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies y 13.9% (889 mil) daños en la retina. Por gravedad, 2% (128 mil) sufrieron amputaciones, 1.4% (89 mil) diálisis y 2.8% (182 mil) infartos (16). En cuanto al costo anual en la atención de la diabetes, en el 2012 fue de 707 dólares por persona, requiriéndose 3,872 millones de dólares para el manejo de la enfermedad. (15)

Este panorama epidemiológico es el resultado del estilo de vida o de patrones de conducta no saludables de los individuos como “los hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo (...), sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas” (12), por lo que modificarlos podría prevenir el desarrollo de la diabetes y retrasar la aparición de complicaciones de quienes ya viven con la enfermedad.

Por lo anterior, la SSA a través del Programa de Acción Específico en Diabetes mellitus 2007-2012, implementó en el Plan de Prevención y Tratamiento de las

Enfermedades Crónicas, facilitar en la población la adopción de estilos de vida saludables con el fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en diabetes) de las personas con diabetes mellitus, sus familias y la población en riesgo (12). Para hacer frente a este compromiso implementó a nivel nacional, la creación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), teniendo como propósito “garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimientos, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de la enfermedad” (17, 18, 19).

El Instrumento para Medir el Estilo de Vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID), se ha convertido en una herramienta útil en investigaciones e intervenciones educativas, como lo señalan sus creadores Juan Manuel López, Cuauhtémoc Ariza, José Rodríguez y Catarina Munguía, quienes lo diseñaron y validaron en población mexicana y con diabetes tipo 2 del 2001 al 2002. (20)

De las investigaciones que han empleado el IMEVID, está el realizado por Corona, Bryan y Gómez (2008), quienes llevaron a cabo un estudio en un centro hospitalario de segundo nivel de atención, demostrando que existe relación entre un buen estilo de vida y el control glucémico en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. (21)

La investigación presentada por Mejía, Martínez, Roa, Ruiz y Pastrana (2008), para evaluar el impacto de una intervención educativa participativa en el estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con dos grupos de pacientes de 15 participantes cada uno, tuvo como resultado un favorable estilo de vida de quienes participaron en 12 talleres de 90 minutos cada uno, impartidos dos veces por semana. (22)

El trabajo publicado en el 2010 por Vázquez y otros autores, tuvo como objetivo conocer el estilo de vida, el consumo de macronutrientes y el consumo energético-calórico en 119 pacientes trasplantados de riñón en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sus resultados permitieron contextualizar las conductas de

riesgo para la salud de los pacientes en los factores nutricionales involucrados en el estilo de vida. (23)

La medición del estilo de vida tiene relevancia para el área de Trabajo Social que coordina un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud “José Castro Villagrana” de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan en el Distrito Federal, ya que sería la primera vez que se realice una medición del estilo de vida de los participantes y comparar al GAM con personas que viven la enfermedad y no han participado en un proceso educativo, permitiría fundamentar la necesidad de incidir en otros escenarios como el laboral, comunitario, escolar y hospitalario para la prevención y control de la diabetes.

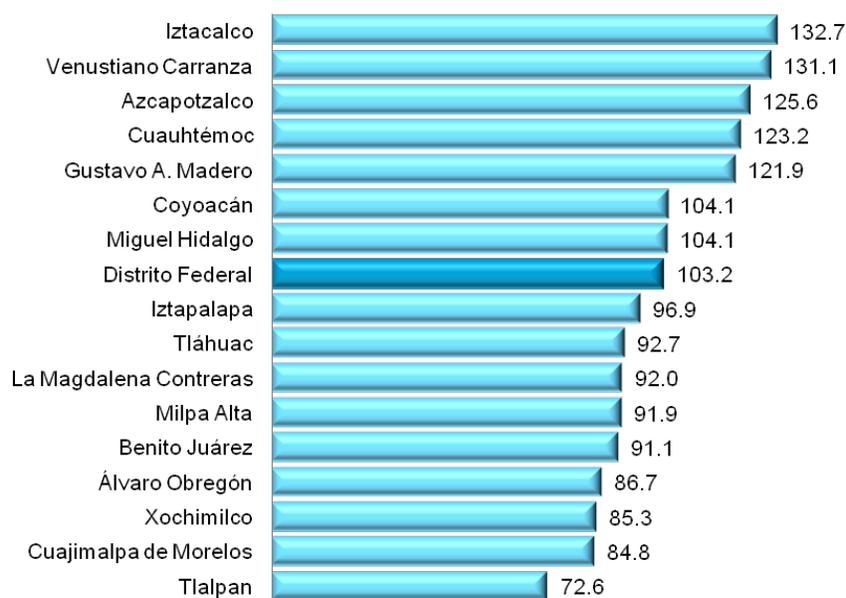
3. Descripción del caso

3.1 Contexto de la diabetes mellitus tipo 2 en el Distrito Federal

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), reportó en el 2010 que en el Distrito Federal habitaban 8,851,045 personas (4,617,297 mujeres y 4,233,748 hombres), ocupando la delegación Tlalpan el décimo segundo lugar con 650,567 habitantes. (24)

En el año 2010 la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en el Distrito Federal, fue de 103.2 defunciones por cada 100 mil habitantes, en donde las delegaciones de Iztacalco, Venustiano Carranza, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Coyoacán y Miguel Hidalgo registraron las mayores tasas con cifras superiores a la media de la entidad. Por el contrario, la delegación con la menor tasa fue Tlalpan con 72.6 casos por cada 100 mil residentes de la demarcación (ver Gráfica 1). (25)

Gráfica 1
Tasa de mortalidad de diabetes mellitus por delegación, 2010
(Defunciones por cada 100 mil personas)



Fuente: INEGI. Estadísticas de Mortalidad 2010. Consulta interactiva Censo de Población y Vivienda, 2010. Tabulados del cuestionario básico

3.2 El Centro de Salud José Castro Villagrana de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan

El Centro de Salud José Castro Villagrana se ubica en la esquina de Carrasco y Coapa s/n, colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan. La demarcación abarca 48 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB'S) desde el canal de Cuemanco hasta el bosque de Tlalpan y desde Periférico Sur a la altura de la Sala Ollin Yoliztli hasta Valle de Tepepan y Fuentes Brotantes. (26)

De los servicios que presta el Centro de Salud están la consulta médica general y familiar, salud bucal, salud mental, inmunizaciones, laboratorio, radiología, mastografía, farmacia, nutrición, detección de enfermedades, enfermería y trabajo social. Además cuenta con un Grupo de Ayuda Mutua con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y un Grupo de Adultos Mayores. (26)

Su área de influencia es de 31 colonias y pueblos, con una población abierta de 249,174 habitantes (2008). (26)

3.3 Metodología

Objetivo general

Comparar el estilo de vida de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 de los participantes del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, con personas que viven con la enfermedad y no han participado en un proceso educativo en diabetes.

Objetivo específicos

- Medir el estilo de vida del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud José Castro Villagrana de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan en el Distrito Federal.
- Medir el estilo de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 y que no han participado en un proceso educativo en diabetes.

Hipótesis de investigación

Las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 que participan en un proceso educativo en diabetes tienen un estilo de vida favorable en comparación con quienes no participan.

Material y Método

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La selección de la muestra fue intencional con sujetos tipo, para ello se conformaron dos grupos, el primero incluyó a los participantes del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud “José Castro Villagrana” de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, como criterios de inclusión fue tener por lo menos un año de participar en un proceso educativo en diabetes en el GAM, contar con un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, ser mayores de 18 años y de ambos sexos.

El segundo grupo al que se le denominó Grupo Comparativo (GC), se integró empleando la técnica de apareo (27), que consistió en igualar a los integrantes del GAM en las variables de: personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 (PVDMT2), sexo, edad y evolución de la enfermedad en años y que no han participado en un proceso educativo en diabetes.

Se empleó la técnica de la encuesta para la recolección de los datos, se diseñó una cédula de entrevista que integró: características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad), datos relacionados con la evolución de la diabetes mellitus tipo 2 (años de conocer su diagnóstico, presentación de complicaciones), y la medición del estilo de vida (IMEVID). Para la medición del estilo de vida se empleó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID) que está constituido por 25 preguntas cerradas, con tres opciones de respuesta cada una, agrupadas en seis dominios: alimentación, actividad física realizada, consumo de tabaco y alcohol, información sobre la diabetes, emociones y adherencia terapéutica. (20)

La escala de calificaciones del instrumento, tiene asignadas calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta.

Instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Dominios	Items	4	2	0
De su alimentación	1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
	2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
	3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más
	4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
	5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
	6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
	7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
	8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
	9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
De la actividad física que realiza	10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?	3 o más veces por semana	1 o 2 veces por semana	Casi nunca
	11. ¿Se mantiene ocupada/o fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
	12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
Del consumo de tabaco y de alcohol	13. ¿Usted fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
	14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más
	15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Raravez	1 vez o más por semana
	16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más
Información sobre la diabetes	17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
	18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca

Dominios	Items	4	2	0
Sobre sus emociones	19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
	20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
	21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
	22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Respecto a la adherencia terapéutica	23. ¿Sigue un plan alimenticio para controlar su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
	24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
	25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	1 vez o más por semana

La puntuación final de la prueba clasifica a las PVDMT2 (20) de la siguiente manera: Favorable de 80 a 100 puntos, Moderado de 40 a 79 puntos y Desfavorable de 0 a 39 puntos.

En un proceso educativo, lo deseable es tener un estilo de vida favorable, por lo que para este estudio de caso, se consideró la siguiente puntuación:

Estilo de vida	Puntuación
Favorable	De 80 a 100 puntos
Desfavorable	De 0 a 79 puntos

La aplicación de los instrumentos al Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud José Castro Villagrana, se llevó a cabo de noviembre a diciembre de 2012 y enero de 2013. De junio a noviembre de 2013 se encuestó al Grupo de Comparación (GC), para ello se utilizó la técnica de conveniencia “bola de nieve” o “en cadena”, que se basa en una red social que consiste en ubicar a sujetos que cumplan con los criterios establecidos y ampliar progresivamente los contactos facilitados por otros sujetos (28), los encuestados de éste grupo vivían en la delegación Tlalpan o laboraban en ella.

Como consideraciones éticas fue la participación voluntaria, el anonimato y la confidencialidad de la información.

Concluida la aplicación de instrumentos, se codificaron y capturaron. Se elaboró una base de datos en SPSS versión 21, se realizó un análisis estadístico descriptivo que se representó en tablas (frecuencias, porcentajes) y un análisis inferencial para la comprobación de la hipótesis a través de la prueba t de student para comparar grupos independientes.

4. Marco referencial

4.1 Definición y características de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Los grupos de autoayuda surgieron en Estados Unidos con las organizaciones de Alcohólicos Anónimos (1939), posteriormente comenzaron a conformarse grupos pequeños de mujeres que reflexionaban sobre la toma de conciencia de la identidad femenina, para padres con hijos discapacitados, para personas con problemas de salud mental y con padecimientos crónicos (29). La existencia de estos grupos tiene como premisa que sus miembros no se encuentran solos ante sus problemas. (30)

La diferencia de un grupo de autoayuda con los grupos de ayuda o ayuda mutua es que los primeros suelen funcionar autónomamente, al margen de los profesionales y no están limitados en el tiempo, en el caso de los segundos, “es necesario que un profesional se encargue de formarlos y asuma la tarea de dirección y liderazgo, funciones que deberán ir delegándose poco a poco a los miembros del grupo, fomentando que ellos mismos asuman la responsabilidad personal en la solución de sus problemas”. (29)

Sonia Ródenas (1996), define a los GAM como un grupo de personas, en que “los miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema compartido por todos ellos, de afrontar y superar una misma situación conflictiva, o de lograr cambios personales y/o sociales” (31) y guiados por un especialista.

Las psicólogas Estrella Durán y Sonia Hernández (2003), agregan que los GAM constituyen un recurso de apoyo social desarrollado para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave y crónica. (30)

Concha Colomer y otros autores (2006), agregan a lo anterior, que su objetivo es “dar apoyo material o emocional a los miembros que los forman, ya sean las

propias personas afectadas, sus familiares o cuidadores” (32), y proponen como características:

- Promover la salud de las personas.
- Mejorar la autoestima, permitiendo con ello que los participantes sean más competentes para afrontar el problema que les afecta.
- Favorecer actitudes positivas hacia el cambio.
- Mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas tanto enfermas como sanas.
- Las personas incrementan sus conocimientos sobre la enfermedad.
- Las personas utilizan los servicios sanitarios.
- Son una herramienta de participación comunitaria en salud.
- Adquieren habilidades para el control de su enfermedad.
- Son una guía para enfrentarse al día a día e integrarse en la sociedad.

Por otra parte, Sara Raggio y Gloria Soukoyan (2007), exponen en su libro titulado *Grupos de autoayuda y ayuda mutua: camino compartido hacia el bienestar*, ciertas conductas que se manifiestan entre los miembros como son:

- Asistencia voluntaria. No se está obligado a asistir, acude la persona interesada.
- Participación. Consiste en asistir, expresar experiencias y emociones, así como organizar y realizar tareas para el grupo. (33)

4.2 Normas de operación de los GAM en México

En México, los GAM tienen como antecedente los Clubes de Diabéticos que surgen en 1998, respaldados por el Programa de Salud del Adulto Mayor y el Anciano, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud (17). El término Grupos de Ayuda Mutua aparece en el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes 2001-2006, que tuvo como prioridad la promoción de la salud y la detección temprana de la diabetes, entre sus estrategias está el

fortalecer a los GAM con la utilización de los servicios de salud del primer nivel de atención. Para el sexenio 2007 a 2012 (34), el Programa de Acción Específico sobre Diabetes mellitus expone que el padecimiento ocupaba la primera causa de muerte en los mexicanos, por lo que era necesario ofrecer una atención integral a través de un equipo interdisciplinario para apoyar al paciente en el proceso de la adopción de estilos de vida saludables, es así que se da la acreditación permanente de la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua (12), con lo que se oferta el tratamiento interdisciplinario para el control adecuado de la hipoglucemia a través de:

- “plan de alimentación y orientación alimentaria,
- actividad física,
- tratamiento farmacológico,
- adherencia al tratamiento,
- monitoreo de las concentraciones de la glucosa sanguínea y determinación del nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1c),
- eliminar el tabaquismo y,
- manejo adecuado de lípidos HTA”. (12)

Para la operación de los GAM, la *Guía Técnica para el Funcionamiento de los Clubes de Diabéticos* (17), sigue siendo el documento normativo que los rige y establece los siguientes lineamientos a seguir:

A. Actividades de los GAM

1. Organización de cursos y talleres de capacitación a los pacientes.
2. Automonitoreo y cumplimiento de metas de tratamiento.
3. Aprendizaje práctico de estilos de vida saludables.
4. Adquisición de recursos propios.
5. Prevención y detección de diabetes en familiares y a nivel comunitario.
6. Actividades sociales y de recreación.

B. La educación del paciente en diabetes mellitus

Los conocimientos y habilidades que debe adquirir el paciente en el GAM se describen en el *Currículum del Paciente Diabético*, que integra cinco módulos:

Módulo	Temáticas
1. Conocimientos de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué es la diabetes?- ¿Cómo evoluciona?- ¿Cuáles son sus manifestaciones?- ¿Cuáles son sus complicaciones?
2. Componentes del tratamiento	<ul style="list-style-type: none">- Plan de alimentación- Actividad física- Medicamentos- Interacción de los componentes del tratamiento
3. Metas del tratamiento	<ul style="list-style-type: none">- Niveles de glucosa- Presión arterial- Peso corporal- Lípidos
4. Desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades	<ul style="list-style-type: none">- Consejos dietéticos- Información sobre la actividad física- Automonitoreo y autocontrol (metas del tratamiento)- Utilización adecuada de medicamentos- Prevención de complicaciones- Situaciones de emergencia
5. Intercambio de experiencias y discusión de casos	<ul style="list-style-type: none">- Se recomienda que cada uno de los pacientes presente su propio caso

Se establecen como principios para el médico y personal de salud:

- Ayudar a que el paciente logre cambios permanentes en el estilo de vida y
- Adquirir habilidades y destrezas para el autocuidado.

Para el cumplimiento de dichos principios las estrategias son:

- a. Enseñanza centrada en el paciente. En las sesiones la atención debe enfocarse a los intereses, dificultades y expectativas de los pacientes. La educación de los pacientes debe estar orientada a resolver sus dudas. Este es un principio básico, se pretende que los pacientes sean los principales responsables del control de su propia enfermedad.

- b. Aprendizaje activo, aprender haciendo. Los pacientes no deben ser sometidos a clases sobre la fisiopatología de la enfermedad. Las sesiones deben enfocarse a conceptos básicos y contar con una amplia participación de los pacientes motivando su intervención.
- c. Trabajo en pequeños grupos. Al reunirse en pequeños grupos (6-8 pacientes) les permite discutir de manera personal cómo controlar su enfermedad.
- d. Solución de problemas. Los pacientes no van a calcular su alimentación en kilocalorías, sino en el mejor de los casos en porciones de acuerdo a los alimentos saludables disponibles para ellos.
- e. Autoaprendizaje. La participación con iguales y su contacto con el equipo de salud le permitirá obtener nueva información, lo que le facilitará adquirir por cuenta propia nuevos conocimientos.
- f. Aprendizaje significativo. Conocimiento que se vincula con las experiencias, vivencias e intereses de la persona. (17)

C. Etapas del proceso de cambio conductual

La *Guía* no señala el modelo conductual que emplea el personal de salud para abordar junto con el paciente en el proceso del cambio la adopción de un estilo de vida saludable y adquisición de habilidades y destrezas para el autocuidado, sin embargo establece una serie de etapas:

1. Convencimiento y negociación del paciente. El médico y el equipo de salud ayudan al paciente a convencerse de los beneficios del cambio y las dificultades prácticas a las que habrá de enfrentarse. Por lo que el paciente, a partir de una decisión razonada debe tener claridad respecto a los beneficios actuales y futuros y las metas (cambios) que debe lograr. Es indispensable negociar las metas en forma gradual.

2. Preparación para el cambio. El médico y el equipo de salud deben conocer las características básicas del paciente como persona, sobre todo su estilo de vida. Resulta difícil conducir el proceso de cambio, si se desconoce lo que se quiere transformar. Debe evaluarse el apoyo social en el hogar, la escuela y el trabajo para minimizar los conflictos potenciales.
3. Inicio del cambio. Una vez que el médico y el equipo de salud tienen una idea de los valores, metas, estilo de vida, ambiente social y creencias del paciente, se inicia el proceso de cambio:
 - Estableciendo el proceso de colaboración.
 - Satisfacción de la “Agenda” del paciente.
 - Atención a las conductas, no a los resultados.
 - Claridad de las instrucciones.
 - Desarrollo de un esquema de cambios graduales: evitar situaciones de “todo o nada”.
 - Preparación para enfrentar futuros problemas y posibles soluciones.
 - Utilización de técnicas de recordatorio.
 - Apoyo familiar.
4. Estrategia para mantener activo el proceso de cambio. Se establecen componentes de seguimiento y evaluación:
 - Identificación temprana y vigilancia continua de recaídas.
 - Contacto frecuente con el paciente.
 - Modificación de las intervenciones para evitar recaídas.
 - Apoyo de los profesionales en salud mental en caso de estrés. (17)

D. Integración de los GAM

La *Guía Técnica para el Funcionamiento de los Clubes de Diabéticos* recomienda establecer como mínimo un grupo por cada Centro de Salud, pero si las condiciones son adecuadas, se podrán instalar los que se consideren convenientes. Se considera importante capacitar al personal responsable del GAM sobre aspectos preventivos, factores de riesgo, control de la enfermedad y manejo de complicaciones.

La coordinación interna será responsabilidad de los miembros que integran el GAM, su estructura estará conformada por un coordinador, mesa directiva y socios.

- El coordinador, deberá recibir una capacitación sobre la promoción y operación del GAM y será el enlace entre los servicios y el personal médico de la Unidad de Salud, así también, establecerá alianzas con diversos organismos y personas para fortalecer al GAM.
- La Mesa Directiva, estará integrada por el Presidente, Secretario, Tesorero y Vocales. Todos ellos elegidos por los socios del GAM.
- Socios. Su compromiso es ser constantes en sus sesiones de capacitación, llevar a cabo su automonitoreo de manera regular y ayudar a los nuevos pacientes a resolver sus dudas. De acuerdo a su propia decisión y opinión podrán contribuir a la organización y desarrollo de las actividades. Se le denominará socio en el autocontrol y podrá automonitorearse en su domicilio o en el GAM. (17)

E. Evaluación del GAM

El GAM se evalúa para “conocer el avance de sus conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos, los cuales les permitieron modificar su conducta para el control de su enfermedad, expresado a través de sus metas de tratamiento” (17). Se establecen tres estándares para evaluar a los GAM:

1. Acreditación. Los requisitos de acuerdo al Sistema de Información en Salud (SIS) son:

La unidad de salud:

- Contar con acta de integración del GAM.
- Disponer del registro mensual de las metas de tratamiento en el formato correspondiente, previo a la acreditación (por lo menos contar con 3 meses consecutivos).
- Contar con un mínimo de 20 integrantes (en caso de menos integrantes, justificarlo).
- El grupo deberá contar con un coordinador médico o paramédico.
- Contar con los insumos necesarios para el funcionamiento del grupo (glucómetro, tiras reactivas, báscula, baumanómetro, estetoscopio).
- Módulo del Programa de Ejercicios para el Ciudadano de la Salud (PROESA) funcionando. Si no se cuenta con el Módulo, estará coordinado con otras instituciones para el apoyo en la realización de la actividad física (instalaciones, instructores, etc.).
- Lineamientos para la prevención primaria de diabetes mellitus e hipertensión arterial (documentos básicos, normas, documentos de consulta, documentos opcionales).
- Solicitar la acreditación a nivel jurisdiccional, estatal o nacional, según corresponda.

El GAM:

- Deberán estar al momento de la acreditación (al tercer mes), mínimo el 85% de los integrantes registrados en el formato de Registro Mensual de Metas de Tratamiento en la evaluación inicial (primer mes).
- Disminución del 3% del peso corporal grupal o disminución de 2 cm de cintura.
- Promedio grupal de glucosa menor de 140 mg/dl.
- Promedio grupal de presión arterial menor de 140/90 mm Hg (en caso de ser hipertensos).

2. Reacreditación

- Presentar el Registro Mensual de Metas de Tratamiento en el formato correspondiente, previo a la reacreditación (por lo menos contar con 6 meses consecutivos).
- Deberán estar al momento de la reacreditación, mínimo el 70% de los integrantes registrados en el formato de Registro Mensual de Metas de Tratamiento en la evaluación inicial (primer mes).
- Disminución del 5% del peso corporal grupal o más del peso inicial o más de 2.5 cm de cintura.
- Promedio grupal de glucosa menor de 140 mg/dl.
- Promedio grupal de presión arterial menor de 140/90 mm Hg. (en caso de ser hipertensos).

3. Excelencia

- Presentar el Registro Mensual de Metas de Tratamiento en el formato correspondiente, previo a la reacreditación (por lo menos contar con 1 año consecutivo).
- Deberán estar al momento de la reacreditación, mínimo el 80% de los integrantes registrados en el formato de Registro Mensual de Metas de Tratamiento en la evaluación inicial (primer mes).
- Disminución del 10% del peso corporal o más del peso inicial o más de 5 cm de cintura.
- Promedio grupal de 7% de hemoglobina glucosilada.
- Promedio grupal de presión arterial menor de 130/85 mm Hg (en caso de ser hipertensos). (35, 36)

4.3 El estilo de vida

Las enfermedades crónicas como lo es la diabetes mellitus, se caracterizan por una prolongada temporalidad, obedecen en la mayoría de los casos a estilos de vida inadecuados de la gente y se manifiestan con mayor frecuencia en adultos mayores y de mediana edad (37). De ahí que, la salud de los individuos depende en gran medida de la adopción de hábitos saludables o estilos de vida saludables.

La Organización Mundial de la Salud (1986) define al estilo de vida como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (38)

Otros autores como Luis Guerrero y Anibal León (2010), consideran al estilo de vida como “un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir”. (39)

En el libro de *Psicología de la Salud* de Oblitas y Becoña (2000), se retoman tres aproximaciones al concepto de estilo de vida:

1. De una forma **genérica** la cual cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública.

Desde esta aproximación se proponen dos estilos de vida:

- a. *Estilo de vida saludable* con dos dimensiones que califican como: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc., y b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc., y
- b. *Estilo de vida libre* caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.

2. El estilo de vida **socializado**, hace referencia a la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación.

“Asume que el individuo no es el único responsable de morir de cáncer tras cuarenta años como fumador. Esto es, su forma de vida no es solo una cuestión de voluntad o sentido de responsabilidad y se critica, por tanto, la sobreestimación de nivel de control sobre su propio estilo de vida puesto que muchos elementos con pocas o ninguna posibilidad de alteración personal, son precisamente los más peligrosos para la salud a nivel epidemiológico”.

3. El estilo de vida de un enfoque **pragmático**, se caracteriza por establecer que los componentes del estilo de vida son relevantes para la salud y considera que a través de la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos las pautas de comportamiento pueden generar efectos en conductas saludables. (37)

En los enfoques señalados, se observa que el estilo de vida no es responsabilidad sólo del individuo, sino que intervienen factores relacionados con los determinantes sociales en salud. En el caso de la diabetes mellitus, se tiene como objetivo que la persona que vive con la enfermedad logre desarrollar un estilo de vida saludable para prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones, a través de la adopción de un plan alimenticio, la realización de actividad física, la adherencia terapéutica y evitar el consumo de alcohol y tabaco.

4.4 Educación para la salud

En la década de los 70's y 80's el objetivo de la educación para la salud tuvo cambios importantes, las investigaciones demostraban que las conductas humanas no dependían sólo de factores internos del individuo, sino que también influían factores ambientales y sociales. (40)

En este sentido, Luis Salleras Sanmartí (1990), sugiere que existen dos grandes etapas por las que ha pasado la educación para la salud, la etapa clásica y la etapa apoyada en un modelo de educación popular. (40)

Etapa clásica

Surge a partir del siglo XX y abarca hasta la década de los años setentas, destaca dos enfoques:

1. Carácter informativo y puntual. Esta orientación resalta la transmisión de información con intencionalidad formal, es decir, los profesionales de la salud son quienes cuentan con los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud de los individuos, estos desempeñan un papel pasivo y receptor.
 2. El elemento comportamental en la salud. Esta perspectiva aparece cuando se empiezan a realizar estudios en los campos de la psicología, la medicina social y conductual, así como en la psicología de la salud, ciencias que tratan de explicar de qué manera el comportamiento de los individuos impacta su salud.
- (40)

Modelo de educación popular

En esta etapa se tiene una visión más amplia, participativa, crítica y emancipadora de las personas respecto al cuidado de la salud. Enfatiza la influencia de factores sociales, ambientales y de desigualdad económica respecto a las condiciones de salud en las que viven los individuos y grupos sociales, por lo que se apoya en un modelo de educación popular, utilizando como recursos la investigación participativa y la organización popular. La educación para la salud, se centra en los colectivos y grupos desde una perspectiva macro de los problemas de salud-enfermedad, de esta manera las prácticas educativas en salud no sólo deben centrarse en las personas, sino en su entorno, permitiendo que ellas mismas determinen de forma activa el desarrollo de su conciencia, mediante el descubrimiento de su contexto de vida en las distintas esferas en las que se desenvuelven. (40)

A partir de ambos periodos se configuran distintas acepciones sobre educación para la salud:

- El Comité de Terminología para la Educación para la Salud la entiende como un “proceso con dimensiones sociales, intelectuales y psicológicas, relacionadas con las actividades que incrementen las capacidades de la gente para tomar decisiones informadas, que afectan su bienestar personal, familiar y comunitario”. (41)
- La National Conference on Preventive Medicine (1975) la definió como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitarlos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos. La educación para la salud debe servir para:
 - Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud;
 - Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables;
 - Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables;
 - Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva;
 - Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de Educación para la Salud de la Comunidad;
 - Incrementar, mediante la investigación y evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos. (42)

Miguel Costa y Ernesto López (1996) enfatizan que la educación para la salud es un “proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las

prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo” (43). Consideran que el enfoque preventivo de la primera etapa de la educación para la salud, se limita a centrarse solamente en la enfermedad sin considerar factores personales y ambientales. Por ello, proponen el modelo centrado en la capacitación, potenciación y competencia que pretende promover cambios, no de forma coercitiva, sino a través de la elección informada.

Por otra parte, Costa y López señalan que los objetivos de la educación para la salud son capacitar a los individuos para:

- a) Definir sus propios problemas y necesidades.
- b) Comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos y apoyos externos y
- c) Promover las acciones más apropiadas para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad (43).

De ahí que proponen las siguientes recomendaciones:

- Las estrategias deben dirigirse a estilos de vida y no a comportamientos aislados.
- Los objetivos de cambio deben ser orientados a los estilos de vida y a los contextos donde se dan.
- Es importante motivar a las personas hacia la elección de entornos para vivir mejor, más que a la elección de conductas aisladas, aunque éstas le reporten algún beneficio.

Al respecto de este último punto Irma Torres Fermán y colaboradores (2008), agregan que: “la efectividad de las estrategias dependerá de qué tan complejos y congruentes sean los estilos de vida de las personas.” (44)

Se puede resumir que para que la educación para la salud tenga lugar deben considerarse las condiciones de vida y los entornos en que la gente trabaja, estudia y vive, los modelos y valores socioculturales, los estilos de vida, los servicios y políticas del Estado relacionados con la salud, los recursos personales, el nivel de participación, así como las redes sociales que condicionan la salud de las personas, grupos y comunidades.

5. Análisis de los resultados y discusión del caso

El GAM del Centro de Salud José Castro Villagrana se denomina “Ave Fénix”, se integró en el 2010 y logró su acreditación dos años después, participan 30 personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 (PVDMT2), que llevan a cabo su proceso educativo en diabetes, una vez a la semana.

En el GAM participa un equipo médico permanente que consta de un médico familiar, una enfermera, una nutrióloga, una trabajadora social, una activadora física y una odontóloga. Para la revisión del fondo de ojo, las PVDMT2 acuden anualmente al servicio de oftalmología del Hospital General Dr. Manuel Gea González. No todos los participantes viven en la Jurisdicción de Tlalpan, sin embargo acuden al GAM por que es el más cercano a su domicilio u opinan que es mejor que otros a los que han asistido.

El Grupo de Comparación (GC) se conformó de 30 PVDMT2 que no han participado en un proceso educativo en diabetes. Las variables de edad, sexo y tiempo de evolución se igualaron con las del GAM.

a. Características sociodemográficas del GAM y GC

El número total de encuestados fue de 60 PVDMT2, tenían de 45 a 80 años de edad, la mediana y moda fue de 62 años, predominó el sexo femenino y más de la mitad eran casados. En el GAM, más del 50% tenía un nivel educativo básico, predominando la participación de las amas de casa. En el GC cerca de la mitad contaba con estudios de posgrado y el 33% eran trabajadores activos (ver Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1

Características sociodemográficas

Variables	GAM*		GC**	
	F	%	f	%
Edad				
40-49	4	13.3	4	13.3
50-59	6	20.0	6	20.0
60-69	15	50.0	15	50.0
70-79	3	10.0	3	10.0
> 80	2	6.7	2	6.7
Sexo				
Femenino	28	93.3	28	93.3
Masculino	2	6.7	2	6.7
Estado civil				
Casada/o	20	66.7	18	60.0
Soltera/o	4	13.3	1	3.3
Viuda/o	3	10.0	5	16.7
Divorciada/o	2	6.7	4	13.3
Unión libre	1	3.3	2	6.7
Ocupación				
Ama de casa	25	83.4	11	36.7
Trabajador en activo	4	13.3	15	50.0
Pensionado	1	3.3	4	13.3
Escolaridad				
Ninguna	5	16.7	0	0.0
Primaria	15	50.0	5	16.7
Secundaria	2	6.7	8	26.7
Bachillerato	5	16.7	2	6.7
Licenciatura	2	6.7	1	3.3
Posgrado	1	3.3	14	46.7

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

b. Datos relacionados con la evolución de la diabetes mellitus

El 60% de las PVDMT2 tienen menos de cinco años con la enfermedad y más del 70% presenta complicaciones como enfermedades vasculares (desarrollo de varices y úlcera varicosa), neuropatía (pérdida de sensibilidad en extremidades inferiores), disminución visual, desórdenes en la piel (ardor, resequedad, irritación) y problemas urinarios. Sólo en el GC se presentaron enfermedades hepáticas como hígado graso (ver Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2

Datos relacionados con la evolución de la diabetes mellitus

Variables	GAM*		GC**	
	f	%	f	%
Tiempo de evolución (años)				
< 5	9	30.0	9	30.0
6 - 10	8	26.7	8	26.7
> 11	13	43.3	13	43.3
Presenta complicaciones				
Sí	22	73.3	21	70.0
No	8	26.7	9	30.0
Tipo de complicación				
Desórdenes en la piel	6	20.0	11	36.6
Enfermedades hepáticas			12	40.0
Nefrología	1	3.3	5	16.6
Neuropatía	10	33.3	2	6.6
Pie diabético	2	6.6	3	10.0
Vasculares	10	33.3	2	6.6
Visión disminuida	10	33.3	7	23.3

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

c. Medición del estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID)

En ambos grupos la categoría estilo de vida **desfavorable** obtuvo los mayores porcentajes (ver Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3

Medición del estilo de vida

Estilo de vida	GAM*		GC**	
	f	%	f	%
Favorable	7	23.3	3	10.0
Desfavorable	23	76.7	27	90.0

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

Para obtener la medición del estilo de vida por dimensiones, se definió un punto de corte a través de la media y la suma de una desviación estándar por cada grupo de población y cada dimensión, y se observó que sólo el consumo de tabaco y alcohol se ubicó en el estilo de vida favorable en el GAM (ver Cuadro No. 4).

Cuadro No. 4
Medición del estilo de vida por dimensiones

Dimensiones	GAM				GC			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alimentación	6	20.0	24	80.0	8	26.7	22	73.3
Actividad física	11	36.7	19	63.3	6	20.0	24	80.0
Consumo de tabaco y alcohol	18	60.0	12	40.0	10	33.3	20	66.7
Información sobre la diabetes	5	16.7	25	83.3	8	26.7	22	73.3
Emociones	9	30.0	21	70.0	9	30.0	21	70.0
Adherencia terapéutica	9	30.0	21	70.0	7	23.3	23	76.7

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

En cuanto a datos por ítems clasificados en dimensiones para medir el estilo de vida de PVDMT2, se observó lo siguiente:

▪ **De su alimentación**

- Los participantes de ambas muestras no incorporan en su plan alimenticio comer diario frutas y verduras.
- La ingesta de 4 tortillas o más representó más del 70% en ambos grupos.
- Más de la mitad de los encuestados del GC agrega azúcar a sus alimentos o bebidas, presentándose con un mayor porcentaje en el GAM.
- Más del 90% de los integrantes del GAM agregan sal a su comida, ingieren alimentos entre comidas y comen fuera de casa (ver Cuadro No. 5).

Cuadro No. 5

Medición del estilo de vida de acuerdo a su alimentación

Ítems	GAM*				GC**			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	f	%	f	%	f	%	f	%
¿Con qué frecuencia come verduras?	1	3.3	29	96.7	6	20.0	24	80.0
¿Con qué frecuencia come frutas?	1	3.3	29	96.7	8	26.7	2	73.3
¿Cuántas piezas de pan come al día?	23	76.6	7	23.4	7	23.4	23	76.6
¿Cuántas tortillas come al día?	7	23.4	23	76.6	8	26.7	22	73.3
¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	4	13.3	26	86.7	10	33.3	20	66.7
¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	3	10.0	27	90.0	13	43.3	17	56.7
¿Come alimentos entre comidas?	2	6.6	28	93.4	8	26.7	12	73.3
¿Come alimentos fuera de casa?	1	3.3	29	96.7	5	16.7	25	83.3
Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, ¿pide que le sirvan más?	22	73.3	8	26.7	16	53.3	14	46.7

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

- **De la actividad física que realizan**

- El 43% de los participantes del GAM realizan de 2 veces a la semana a casi nunca 15 minutos de ejercicio, situación que se duplica con el GC, ubicándolos también en una categoría desfavorable.
- En cuanto a ver la televisión y estar en casa tejiendo, leer o descansar ocuparon altos porcentajes en ambos grupos (ver Cuadro No. 6).

Cuadro No. 6

Medición del estilo de vida de acuerdo a la actividad física que realiza

Ítems	GAM*				GC**			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	f	%	f	%	f	%	f	%
¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?	17	56.7	13	43.3	5	16.7	25	83.3
¿Se mantiene ocupada/o fuera de sus actividades habituales de trabajo?	11	36.7	19	63.3	7	23.3	23	76.7
¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	9	30.0	21	70.0	3	10.0	27	90.0

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

- **Del consumo de tabaco y alcohol**

- Casi todos los participantes del GAM no fuman y 30% rara vez ingiere bebidas alcohólicas (ver Cuadro No. 7).

Cuadro No. 7

Medición del estilo de vida de acuerdo al consumo de tabaco y alcohol

Ítems	GAM*				GC**			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	f	%	f	%	f	%	f	%
¿Usted fuma?	27	90.0	3	10.0	19	63.3	11	36.7
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	27	90.0	3	10.0	19	63.3	11	36.7
¿Bebe alcohol?	19	63.3	11	36.7	12	40.0	18	60.0
¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	19	63.3	11	36.7	12	40.0	18	60.0

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

▪ **De la información sobre la diabetes**

- El ítem de ¿a cuántas pláticas acude?, tiene en la respuesta favorable “todos los días de la semana”, motivo por el cual el GAM no alcanzó dicha categoría, ya que ellos acuden un vez a la semana.
- Las PVDMT2 no tratan de buscar información sobre lo que implica la enfermedad (ver Cuadro No. 8).

Cuadro No. 8

Medición del estilo de vida de acuerdo a la información sobre la diabetes

Ítems	GAM*				GC**			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	f	%	f	%	f	%	f	%
¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	0	0.0	30	100.0	0	0.0	30	100.0
¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	5	16.7	25	83.3	2	6.6	28	93.4

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud “José Castro Villagrana” de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

▪ **Sobre sus emociones**

- En esta dimensión del 60% al 80% ubicó al GC, quienes perciben enojarse con facilidad, se sienten tristes y tienen pensamientos pesimistas sobre su futuro a causa de su enfermedad, esta misma situación se presentó en el GAM, pero con menor porcentaje (ver Cuadro No. 9).

Cuadro No. 9
Medición del estilo de vida de acuerdo a sus emociones

Ítems	GAM*				GC**			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	f	%	f	%	f	%	f	%
19. ¿Se enoja con facilidad?	11	36.7	19	63.3	5	16.7	25	83.3
20. ¿Se siente triste?	11	36.7	19	63.3	6	20.0	24	80.0
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	17	56.7	13	43.3	10	33.3	20	66.7
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	21	70.0	9	30.0	12	40.0	18	60.0

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

▪ **Respecto a la adherencia terapéutica**

- Alrededor del 50% de los participantes del GAM sigue un plan alimenticio y no olvida tomarse o aplicarse los medicamentos, y más del 80% sigue las instrucciones médicas para el control de su enfermedad (ver Cuadro No. 10).

Cuadro No. 10
Medición del estilo de vida de acuerdo a la adherencia terapéutica

Ítems	GAM*				GC**			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	f	%	f	%	f	%	f	%
23. ¿Sigues un plan alimenticio para controlar su diabetes?	13	43.3	17	56.7	6	20.0	24	80.0
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?	18	60.0	12	40.0	11	36.7	19	63.3
25. ¿Sigues las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	26	86.7	4	13.3	9	30.0	21	70.0

* Grupo de Ayuda Mutua

** Grupo Comparativo

Fuente: PVDMT2 PVDMT2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud "José Castro Villagrana" de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan y PVDMT2 que no participan en un proceso educativo. 2012-2013.

Para la comprobación de la hipótesis de investigación, las hipótesis alterna y nula fueron:

H_1 = Existe un estilo de vida favorable de las personas con diabetes mellitus tipo 2 que participan en un proceso educativo en diabetes en comparación con quienes no participan.

H_0 = No existe un estilo de vida favorable de las personas con diabetes mellitus tipo 2 que participan en un proceso educativo en diabetes en comparación con quienes no participan.

Aplicando la prueba estadística t de student para grupos independientes, se obtuvo un valor de $0.00 \leq 0.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula (ver Cuadro No. 11)

Cuadro No. 11

		Prueba T para la igualdad de medias							
		F	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Estilo_vida	Se han asumido varianzas iguales	13.024	5.538	58	.000	21.73333	3.92419	29.58844	13.87822
	No se han asumido varianzas iguales		5.538	48.628	.000	21.73333	3.92419	29.62081	13.84586

6. Conclusiones

- Al comparar la puntuación final de la medición del estilo de vida del Grupo de Ayuda Mutua y el Grupo Comparativo, se apreció porcentualmente que los primeros tienen una mayor calificación, y al analizar los resultados con la prueba t de student la diferencia resultó significativa con $p \leq 0.05$ por lo que existe un estilo de vida favorable de las personas con diabetes mellitus tipo 2 que participan en un proceso educativo en diabetes en comparación con quienes no participan.
- Al GAM se incorporan personas que presentan la enfermedad y que tienen más de 60 años, casi el total de los participantes son del sexo femenino, las cuales en su mayoría se dedican al hogar (83%).
- Ambos grupos presentan complicaciones relacionadas con la diabetes mellitus, las cuales coinciden con las reportadas en la Encuesta Nacional de Salud 2012: visión disminuida y pérdida de la sensibilidad de los pies.
- De las dimensiones que integran el estilo de vida en el GAM la categoría desfavorable se presentó en la alimentación, actividad física, las emociones y adherencia terapéutica, esto nos lleva a retomar lo que señala Irma Fermán, la efectividad de una estrategia para la modificación de estilos de vida dependerá de qué tan complejos sean éstos para adoptarlos y mantenerlos.
- La medición del estilo de vida en la dimensión de información sobre la diabetes fue desfavorable para el GAM, debido a que cuando se cuestionó sobre el número de pláticas, la respuesta que se tiene como favorable es “todos los días de la semana”, lo que motivó que no alcanzara un puntaje mayor ya que se reúnen sólo una vez a la semana.
- En el caso del GC, todas las dimensiones que califica el IMEVID presentaron altos porcentajes en la categoría de desfavorable, aunque es de llamar la atención que para saber que tienen complicaciones como hígado graso acuden al médico.

7. Recomendaciones

- El Grupo de Ayuda Mutua es una estrategia educativa para desarrollar estilos de vida favorables.
- Mensualmente se evalúan metas grupales de disminución de peso corporal o disminución de cintura o de glucosa o presión arterial (en caso de ser hipertensos), pero no se ha considerado como lo señala la *Guía para el Funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua* conocer el avance de conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos para desarrollar estilos de vida saludable, por lo que el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID) es una opción, lo que permitiría al equipo médico profundizar en las temáticas del *Currículum del Paciente Diabético* de acuerdo a las dimensiones que integra el IMEVID, o al darle a conocer los resultados a los participantes les permitiría valorar su estilo de vida.
- Se requiere implementar estrategias por parte de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan para crear Grupos de Ayuda Mutua ya sea en los Centros de Salud o en escenarios laborales, escolares y comunitarios.
- Dentro de las actividades de los Grupos de Ayuda Mutua deben diseñarse acciones para incorporar a un mayor número de hombres, así como derivar a los participantes a Programas de No Fumadores.
- Es importante diseñar acciones para que la familia del paciente participe, ya que la adopción de estilos de vida saludables no son exclusivos de la persona que vive con la enfermedad, sino en gran parte influye su entorno familiar.
- Se requiere de la participación de sectores como las organizaciones de la sociedad civil, instituciones de salud y educación, farmacéuticas y voluntariado, para atender factores de riesgo como el sedentarismo y la ingesta de alimentos con abundantes carbohidratos que llevan al sobrepeso y obesidad y en la mayoría de los casos a desarrollar diabetes mellitus tipo 2.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes mellitus. Nota descriptiva N°312, Octubre de 2013.
2. Federación Internacional de Diabetes (FID). Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021. Federación Internacional de Diabetes: Nueva York; 2011. [consultado 2013 enero 20]. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
3. Gobierno de la República. México. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; 2013.
4. World Health Organization (OMS). Expert committee on diabetes mellitus. Second Report. Technical report series 646, World Health Organization, Geneva; 1980.
5. Joslin E. Diabetes mellitus. Argentina: Inter-Médica S.A; 1990.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS), Federación Internacional de Diabetes (FID). Diabetes Care and Research in Europe: The Saint Vincent Declaration, OMS, Saint Vincent, Italy; 1989.
7. Alleyne G. La diabetes: una declaración para las Américas. Informe Especial. Bol Oficina Saint Panam 1996; [consultado 2013 mayo 24]; 121(5): [aprox. 5pp.]. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v121n5p461.pdf>
8. García R, Suárez R. Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulino-dependientes (PEDNID-LA). Rev Cubana Endocrinol 200112(2):[aprox. 10pp.]; [consultado 2013 abril 21]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol12_2_01/end04201.pdf

9. Federación Internacional de Diabetes (FID). Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021. Federación Internacional de Diabetes: Nueva York; 2011. [consultado 2013 enero 20]. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
10. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. México; 2007. [consultado 2012 febrero 3]. Disponible en: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf
11. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México; 2007. [consultado 2012 marzo 7]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf
12. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Diabetes mellitus 2007-2012. México; 2007. [consultado 2012 marzo 4]. Disponible en: http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/proy_prog/2._pcdm.pdf
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Diario Oficial de la Federación 23 de noviembre 2010. México. <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/dmdocuments/NOM%20015%20SSA2%2021010%20Diabetes%20Mellitus.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá; 1986 [consultado 2012 octubre 3]. Disponible en: http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es

15. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud, Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. [consultado 2013 mayo 18]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>
16. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2012. Resultados Nacionales, Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. [consultado 2013 mayo 18]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
17. Secretaría de Salud. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. Guía Técnica para su Funcionamiento. Clubes de Diabéticos. México; 1998. [consultado 2012 marzo 4]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/5759.pdf>
18. Secretaría de Salud. Guía Técnica para capacitar al paciente con diabetes. México; 2001. [consultado 2012 marzo 4]. Disponible en www.respyn.uanl.mx/vi/1/contexto/guiadiabetes.pdf
19. Lara A, Aroch A, Jiménez RA, Arceo M, Velázquez O. Los Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión. Archivos de Cardiología de México; 2004 octubre-diciembre; 74(4):330-336 <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/ac044l.pdf>
20. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México 2003; 45(4):259-268 [consultado 2013 mayo 23]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10645404.pdf>
21. Corona JC, Bryan M, Gómez YA. Relación entre estilo de vida y control glicémico en pacientes con DM2. Rev Elect 1-7 Ministerio de Salud 2008 marzo [consultado 2013 junio 22].

22. Mejía O, Martínez S, Roa V, Ruiz J, Ruiz CJ, Pastrana E. Impacto de una estrategia educativa participativa. El estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ethos Educativos*. Mayo-agosto 2008; 42:187-196
23. Vázquez Pulgar, E. Ibarra-Ramírez, F.; Figueroa-Núñez, B.; Gómez Alonso, C.; Rodríguez-Orozco, A. R. Consumo de macronutrientes y estilo de vida en pacientes con trasplante renal que acudieron a un evento deportivo nacional. *Nutr Hosp*, 2010 enero-febrero [consultado 2013 mayo 18]; 25(1): [aprox. 5 pp.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226755016.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística, Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010. México. [consultado 2012 junio 22]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/DF/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=09>
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes”. México. [consultado 2012 noviembre 14]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>
26. Monroy F. Carpeta de información básica. Centro de Salud T-III “Dr. José Castro Villagrana”. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; 2008. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/cvyda/spyc/centros/CastroVillagrana.pdf>
27. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México: McGraw-Hill; 2006.
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. Diseño de la muestra en proyectos de encuesta. 2011. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=28995&upc=702825003325&s=est&tg=0&f=2&pf=Eco>

29. Villalba C. Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Interv psico* 1996; [consultado 2013 noviembre 15]; 5 (15): [aprox. 6pp.]. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol3/arti2.htm>
30. Gracia E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós; 1997.
31. Ródenas S. Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social* 1996 Octubre; [consultado 2013 julio 27]; (4): [aprox. 10pp.] [consultado 2013 noviembre 15]. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5837/1/ALT_04_14.pdf
32. Colomer C, Paredes, Hernández J. Los grupos de ayuda mutua y la salud. Barcelona: ELSEVIER, MASSON; 2006.
33. Raggio, S y Soucoyan G. Grupos de Autoayuda y Ayuda Mutua: camino compartido hacia el bienestar. Buenos Aires: Lugar; 2007.
34. Secretaría de Salud. Programa de Acción y Control de la Diabetes 2001-2006, México; 2001. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf
35. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Entrevista a Agustín Lara Esqueda, Director del Programa de Salud del Adulto y el Anciano. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud. 11 de Marzo, 2005. [consultado 2013 agosto 12]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n21025.htm>
36. Secretaría de Salud. Manual Metodológico de Caminando a la Excelencia 2008-2012. http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Manual_Cam_Excelencia_vFinal.pdf

37. Oblitas GL y Becoña IE. Psicología de la Salud. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V; 2000.
38. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. 1998. <http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/GLOSARIO%20DE%20PROMOCI%C3%93N%20DE%20LA%20SALUD.pdf>
39. Guerrero, ML y León SA. Estilo de vida y salud. Artículos arbitrados [en internet] 2010 enero-junio 14(48): [aprox. 7 pp.]; [consultado 2013 junio 13]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
40. Salleras, SL. Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos S.A; 1990.
41. Polaino-Lorente, A. Educación para la salud. Barcelona: Herder; 1987.
42. Pedrero, E y Morón A. Aproximación al concepto de educación para la salud: una perspectiva histórica. 1er Congreso Virtual Internacional sobre innovación pedagógica y praxis educativa. INNOVAGOGIA, 2012 nov 21-23, Sevilla, España. [consultado 2013 octubre 15]. Disponible en: <http://riemann.upo.es/congresos/index.php/innovagogia2012/linnovagogia2012/paper/viewFile/161/164>
43. Costa, M y López, E. Educación para la salud, una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.
44. Torres-Fermán, I., Beltrán-Guzmán, F., Barrientos-Gómez, C., Lin-Ochoa, D y Martínez-Perales, G. La investigación en educación para la salud. Retos y perspectivas. *Rev Med UV* [en internet] 2008 [consultado 2012 marzo 19]; 8(1): [aprox. 10pp.]. Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol8_num1/articulos/investigacion.pdf