



Instituto Nacional
de Salud Pública

Instituto Nacional de Salud Pública

Especialidad en Promoción de la Salud

Modalidad Virtual

Ciclo Escolar 2013-2014

**"La promoción en Enfermedades Crónicas: El Grupo de Ayuda Mutua en San Juan
de la Huertas, Estado de México, 2010-2012"**

Alumna: María Elena Rivera Montiel

Cuernavaca, Morelos 15 de junio de 2015

Contenido

Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Justificación.....	15
Marco referencial.....	35
Análisis y discusión.....	38
Conclusiones.....	40
Aportaciones.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	46

Introducción

La carga global por enfermedades crónicas no transmisibles muestra una tendencia incremental que además se concentra en países con ingresos bajos y medios.¹ En México, la diabetes mellitus (DM) ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres.² Entre las 32 entidades federativas de la república, el Estado de México tiene el mayor número de casos de la enfermedad.³

La Organización Mundial de la Salud no ha dejado de señalar la relevancia de la promoción de la salud y la educación como ejes fundamentales del abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, en concordancia con ello, la Secretaría de Salud ha implementado en todas las entidades del país la estrategia de Grupos de Ayuda Mutua (GAM), la cual mediante acciones de promoción les da la posibilidad a sus integrantes de desarrollar habilidades de autocuidado, pues tiene como objetivo que alcancen las metas de tratamiento y por lo tanto logren el control metabólico de la diabetes y otras enfermedades no transmisibles y así eviten las complicaciones asociadas.⁴ El monitoreo de las metas de tratamiento y las acciones del personal de salud se registran en un sistema que permite evaluar los resultados.⁵

A continuación se presenta el trabajo final para obtener el título de Especialista en Promoción de la Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública. El trabajo está constituido de acuerdo a la modalidad de Evaluación de Programa/Estrategia con base a la documentación de las acciones realizadas durante el periodo 2010-2012 en el Grupo de Ayuda Mutua “San Juan de las Huertas”, de la Jurisdicción Sanitaria Toluca en el Estado de México.

En una primera fase, para el desarrollo del trabajo terminal, se documenta la justificación con los datos internacionales y nacionales de la prevalencia de DM. Se investiga sobre la estrategia de los GAM, su creación, formación y funcionamiento, en una segunda parte se

describen los resultados, de indicadores de acreditación y los resultados de las entrevistas así como del personal de salud que intervino y las acciones que implementó.

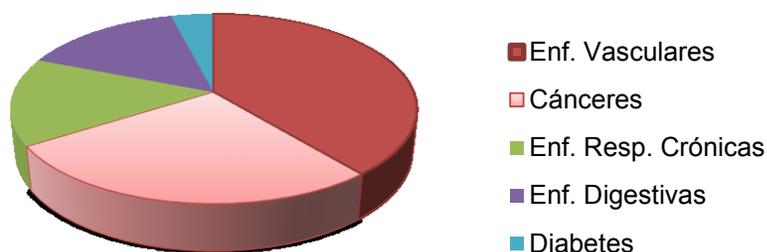
Por último el marco referencial basado en modelos teóricos; análisis y discusión del caso; conclusiones y aportaciones. La sección de bibliografía consultada y los anexos forman parte también de este documento.

Antecedentes

La carga de la enfermedad

Durante el año 2008 ocurrieron un total de 57 millones de muertes en el mundo; de ellas el 63%, es decir 36 millones, se debieron a enfermedades no transmisibles¹. La distribución de defunciones por estos padecimientos, para ese año, en personas menores de 70 años fue: enfermedades cardiovasculares (39%), cánceres (27%), enfermedades respiratorias crónicas (15%), enfermedades digestivas (15%) y diabetes mellitus (4%), (figura 1).¹

Figura 1. Porcentaje de distribución de muertes por padecimientos no transmisibles en el mundo, personas menores a 70 años, 2008

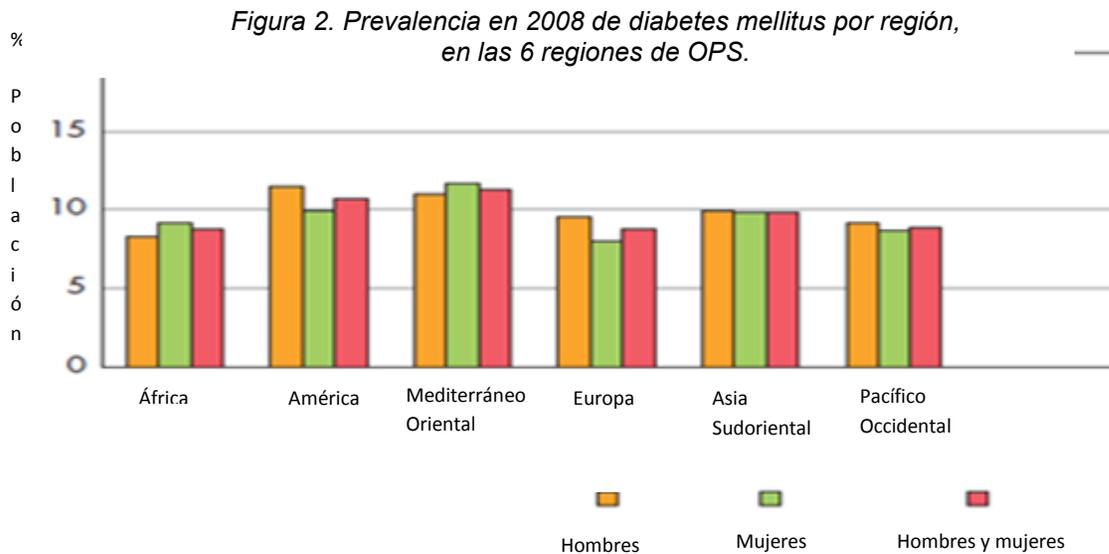


Fuente: *Burden: mortality, morbidity and risk factors. Chapter 1. WHO. 2008*

El 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles (28 800 000) se registró en países de ingresos bajos y medianos, y aproximadamente el 44%(16 millones), corresponden a personas de menos de 70 años.¹ Se prevé que el total de defunciones por enfermedades no transmisibles aumente en otro 17% (6 120 000) en los próximos 10 años.¹

La prevalencia global a nivel mundial de la diabetes (DM) en el año 2008 se estimó en 10% en los adultos mayores de 25 años, siendo mayor en la Región del Mediterráneo Oriental,

así como en la Región de las Américas (11% en ambos sexos) y menor en Europa y Pacífico Occidental (9% para ambos sexos), (figura 2).¹



Fuente: *Burden: mortality, morbidity and risk factors. Chapter 1. WHO, 2009*

La OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes, los casos en México para el año 2011, representaron el 16.4% del total de la región.⁶

En México de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000), la prevalencia nacional de DM en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC 95% 7.1-7.9), lo que representó 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaban con un diagnóstico médico previo a la entrevista.⁷ La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto a los hombres (7.2%).⁷

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia aumentó 14% respecto a cifras del año 2000.⁸ De acuerdo a los datos de la Secretaría de Salud representó un total de 8 millones de personas con DM (figura 3).⁸

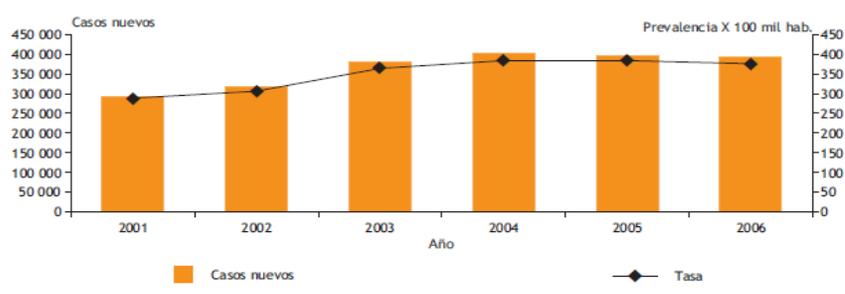


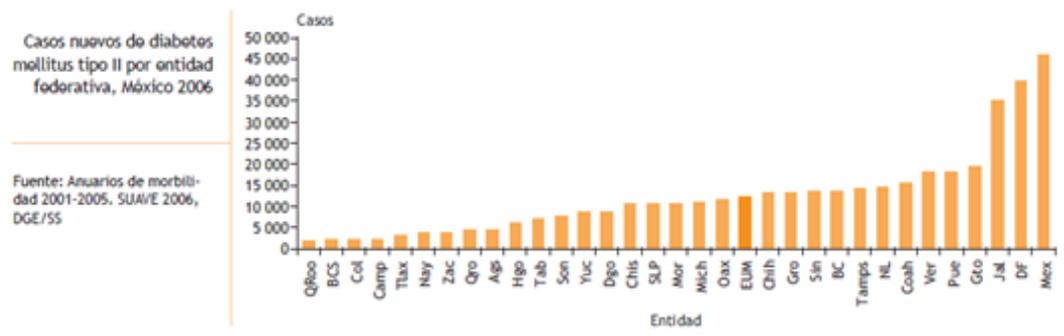
Figura 3

Casos nuevos y prevalencia de diabetes mellitus tipo II, México 2001-2006

Fuente: Anuarios de morbilidad 2001-2005, SUAVE 2006, DGE/SS

Las entidades federativas con el mayor número de casos en el año de 2006, fueron: Estado de México (45 987), Distrito Federal (39 942), Jalisco (35 106) y Guanajuato (19 445); que en conjunto representaron 35.6% del total de casos (figura 4).⁸ Para el 2012 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, Nuevo León, Veracruz, Estado de México, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.

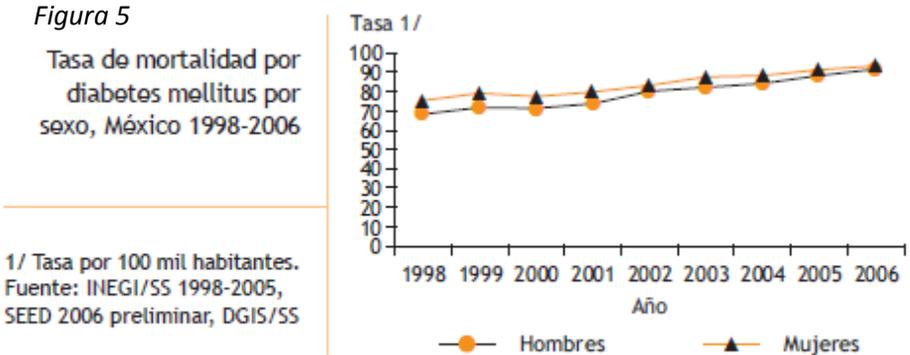
Figura 4



Fuente: Anuarios de morbilidad 2001-2005, SUAVE 2006, DGE/SS

En la ENSANUT 2012, respecto a la prueba de diabetes hubo una tendencia al aumento en la detección para los grupos de mayor edad en los hombres; en el caso de las mujeres se observó un decremento al pasar de 28.4% (IC95% 24.9-32.2) en 2006 a 19.7% (IC95% 15.3-24.8).

En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres ². La tasa de mortalidad demuestra una tendencia ascendente en ambos sexos en las últimas décadas, con más de 70 mil muertes anuales (figura 5).²



La carga de las enfermedades no transmisibles para los sistemas de salud, las economías, los sistemas educativos y los contribuyentes puede ser extraordinaria. Se calcula que si la diabetes y la hipertensión siguen aumentando en México como se ha proyectado, el presupuesto sanitario tendría que incrementarse entre un 5% y un 7% cada año.⁹

La DM se encuentra entre las primeras causas de insuficiencia renal; 10 a 20% de los pacientes mueren por esta causa.¹⁰ Además de ser la primera causa de retinopatía y amputación de miembros inferiores de origen no traumático, padecer diabetes incrementa el riesgo de morir por cardiopatías y enfermedades cerebro-vasculares.⁸

La diabetes se ha convertido en un problema en desarrollo, según la Federación Internacional en Diabetes (FID).¹¹ Representa una amenaza para la prosperidad sanitaria y económica de los países; ya que la diabetes costó a la economía mundial al menos 376 billones de dólares en 2010; el 11,6% del total del gasto sanitario mundial.¹¹ Se proyecta que para el año 2030, este número se incrementará a los 490 billones de dólares.¹¹

La FID se dio a la tarea de realizar proyecciones para el 2030 (figura 6). De no tomar medidas para detenerla, los casos de diabetes en México para ese año ascenderán 16.8

millones, lo que llevará al país a ocupar la sexta posición respecto al resto del mundo (figura 6).^{12, 6}

Figura 6. Total de pacientes con diabetes en los 10 países con mayor prevalencia en 2011 y proyecciones al 2030

No.	País	2011	No.	País	2030
		Millones			Millones
1	China	90.0	1	China	129.7
2	India	61.3	2	India	101.2
3	Estados Unidos	23.7	3	Estados Unidos	29.6
4	Federación Rusa	12.6	4	Brasil	19.6
5	Brasil	12.4	5	Bangladesh	16.8
6	Japón	10.7	6	México	16.4
7	México	10.3	7	Federación Rusa	14.1
8	Bangladesh	8.4	8	Egipto	12.4
9	Egipto	7.3	9	Indonesia	11.8
10	Indonesia	7.3	10	Pakistán	11.4

Fuentes: *Diabetes Research and Clinical Practice*. IDF Diabetes Atlas. 2012

El rol de la promoción de la salud

El Profesor Nigel Unwin, quien lidera el grupo de expertos detrás de 'Diabetes Atlas' de la FID ha afirmado:

"Los gobiernos necesitan invertir [...] especialmente promocionando dietas saludables y actividad física para reducir la obesidad y el riesgo de diabetes tipo 2. Sin una prevención efectiva, la diabetes saturará los sistemas sanitarios y dificultará el crecimiento económico".⁴

Lo anterior hace necesario el diseño de programas considerando el desarrollo de aptitudes personales, entornos favorables y reforzando la acción comunitaria con intervenciones como la participación comunitaria, apropiados culturalmente y abordando las disparidades de los sectores. Considerando que participación comunitaria basada en la corresponsabilidad de los pacientes para el autocontrol de la diabetes podría tener un efecto positivo y duradero en las conductas de autocuidado y en la salud.³ Por lo tanto es necesario voltear hacia la promoción a la salud y poder comprender las actividades intersectoriales dirigidas a promover el empoderamiento de los individuos y de los pueblos sobre los determinantes ambientales sociales y biológicos que afectan su salud con el fin de mejorarla.⁴

Los grupos de Ayuda Mutua en México

Las necesidades de participación comunitaria en las acciones de salud quedaron establecidas en la Asamblea Nacional de Salud de Alma-Ata, realizada en el año 1978, así como en la Primera Conferencia Internacional para Promoción de la Salud en Ottawa Canadá en 1986; donde se manifestó que la asistencia primaria de la salud es el punto donde convergen todos los problemas sanitarios de la comunidad, y desde donde se deben desarrollar acciones para resolver y poder llegar a la "salud para todos en el año 2000".¹³ Una de las estrategias de la promoción es reforzar acciones para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación social en salud.^{13, 14}

Para dar respuesta a esta necesidad, México, a través de la Secretaría de Salud implementó la estrategia Grupos de ayuda para personas con DM, la cual inició bajo el concepto de Clubes de diabéticos en el año 1990.⁵ En el año 2007, se transforma y se le da el nombre de Grupos de Ayuda Mutua (GAM).¹⁵

En un inicio, el GAM se conformaba solo de personas con diabetes, posteriormente se integraron a estos grupos otras enfermedades crónicas.¹⁶

Los objetivos del GAM son:

- Proporcionar educación a las personas que integran esta organización, con el propósito de contribuir en el control metabólico de la diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles.¹⁶
- Estimular la participación activa e informada del paciente, lo que fortalece la toma de decisiones en el cuidado de su salud, favorece el intercambio de experiencias a través de técnicas vivenciales y permite una retroalimentación con la finalidad del control de su enfermedad.¹⁵
- Otorgar al paciente la información necesaria sobre factores de riesgo y complicaciones de su padecimiento; así como fomentar la participación de la familia, incrementar el auto monitoreo, mejorar la calidad de la atención médica, realizar intervenciones tempranas para el control de la enfermedad, impulsar el tratamiento no farmacológico entre los individuos, que considere: el control de peso, el ejercicio físico y una alimentación saludable.¹⁵

“(El GAM) es la organización de los propios pacientes [...]. Cuentan con un espacio donde cada participante puede expresar libremente y de manera directa sus ideas, sentimientos y acciones, trabajando en una atmósfera de autenticidad, aprecio y comprensión. [...] son reuniones entre iguales.” *Estrategia Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas. Secretaría de Salud. Programa de Salud en el Adulto y Anciano. México: SSA 2011*

Así, un GAM es la organización de las y los pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, facilita la educación y el auto cuidado de la salud.¹⁷

Estructuración del GAM

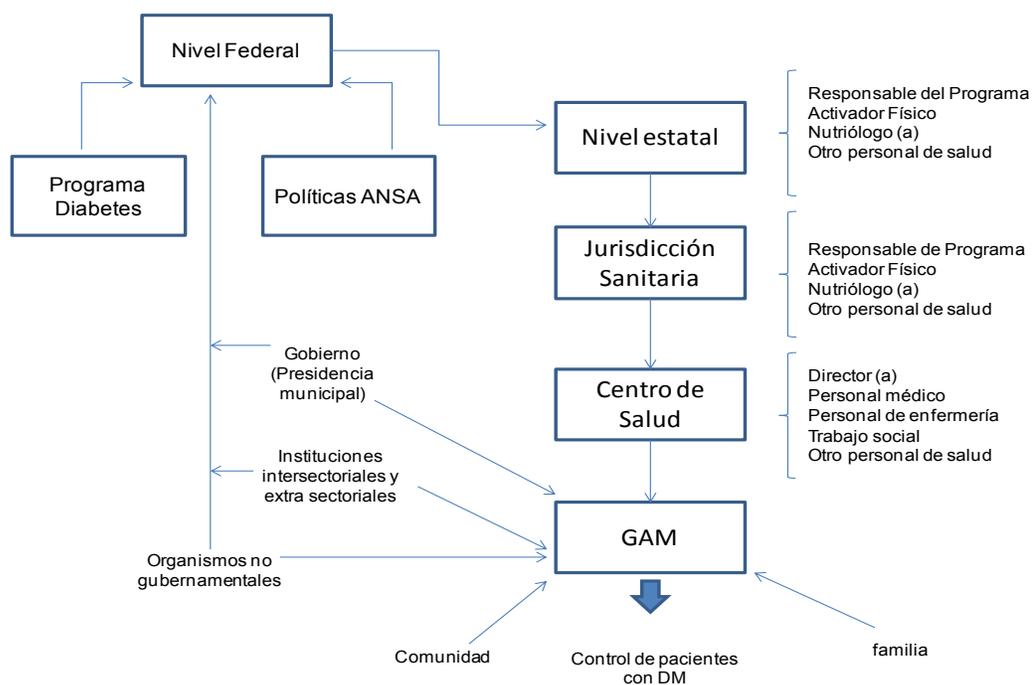
Un GAM debe estar conformado en cada Centro de Salud con un mínimo de 20 integrantes, (no hay un número máximo pero se recomienda que sea un número que sea de fácil manejo) no se podrán sumar más pacientes a este grupo, ya que la intención es evaluar el control y los resultados que se tendrán en el GAM, como grupo con el paso del tiempo.¹⁵

Un GAM debe contar con acta constitutiva, al momento de integrar el grupo se procede a su redacción y firma de los integrantes, y deberá contar con listas de asistencia a todas las sesiones.

Las actividades de un GAM dependen en su mayoría del personal del centro de salud pero al mismo tiempo se apoyan en políticas públicas. Interviene dentro de su marco normativo desde el nivel federal con el Acuerdo de Salud Alimentaria (ANSA) creado por la Secretaría de Salud en el año 2010, donde participa la industria, organismos no gubernamentales y la academia; este acuerdo tiene como su principal objetivo revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles.¹⁸

El control de cada GAM se llevará a cabo por la jurisdicción correspondiente con el apoyo estatal y federal a través del Programa de Diabetes. *Figura 7*

Figura 7. Niveles de intervención que actúan sobre el GAM. México 2010



Para llevar a cabo en las unidades de atención primaria de la Secretaría de Salud de todas las entidades federativas las acciones y actividades según lo establecido por el Acuerdo en Salud Alimentaria, el nivel federal gestionó la contratación de 269 nutriólogos, 237 activadores físicos jurisdiccionales y 32 médicos del deporte, quienes fueron capacitados en el mes de marzo de 2010 para realizar actividades con énfasis en enfermedades no transmisibles en diferentes ámbitos, entre ellos los grupos de ayuda mutua.¹⁹

Funciones del personal de salud

El coordinador del GAM; debe diseñar una propuesta educativa que responda a las necesidades del grupo, el cual le corresponde sesionar de forma mensual como mínimo y, de acuerdo a la estructura del grupo, estableciendo tiempos y temas que reconozcan claramente el objetivo de la reunión.¹⁵ Se deben registrar todas las actividades que se realicen, sesiones educativas, activación física, nutrición, así como su revisión mensual de los integrantes a través del formato de metas de tratamiento (anexo 1).¹⁵

Posteriormente se registran los estos datos en el sistema informático en internet: el Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM), que permite capturar, validar y hacer seguimiento de la información del grupo (figura 8).¹⁵



Figura 8: Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM) .Secretaría de Salud. CENAPRECE. 2013

Los médicos del deporte deben contribuir a que los integrantes del GAM adquieran una cultura de actividad física y de control o en su caso prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.¹⁹ Es su obligación realizar un plan anual de trabajo, elaborar propuestas tendientes a lograr la interacción y coordinación de las dependencias, instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividad física.¹⁹ Además supervisa y orienta al activador físico jurisdiccional.¹⁹ Evalúa actividades del personal de nutrición y activación de nivel jurisdiccional.¹⁹

La función del personal de nutrición estatal es fomentar estilos de vida saludables como la alimentación correcta, el consumo de refrigerios o colaciones saludables así como el consumo de agua natural en los GAM; bajo un programa anual de trabajo en coordinación con el personal de nutrición jurisdiccional y el responsable del programa.¹⁹

Asimismo, coordina las acciones del licenciado en nutrición jurisdiccional y establece los contenidos temáticos de las capacitaciones de cursos de orientación alimentaria en el ámbito jurisdiccional.¹⁹

El activador físico jurisdiccional, instrumenta programas y difunde técnicas que involucren el movimiento integral de los músculos para la práctica de la actividad física en los GAM, además de coordinar actividades con Promoción de la Salud así como el personal de nutrición.¹⁹

Evaluación de los GAM

Un paciente con diabetes está controlado cuando su glucosa en ayunas manifiesta cifras por debajo de 130 mg/dl o la hemoglobina glucosilada por debajo de 7%.¹⁷

En los GAM se consideran también otros factores de riesgo como el peso y la presión arterial, estas variables son tomadas también en cuenta para el control de los participantes.

La OMS establece los parámetros para que un paciente con enfermedad crónica alcance el control, la Secretaría de Salud considera tres fases para lograr este control en los GAM: acreditación, re acreditación y acreditación con excelencia, que se resumen en la figura “criterios de acreditación” (figura 9).¹⁵

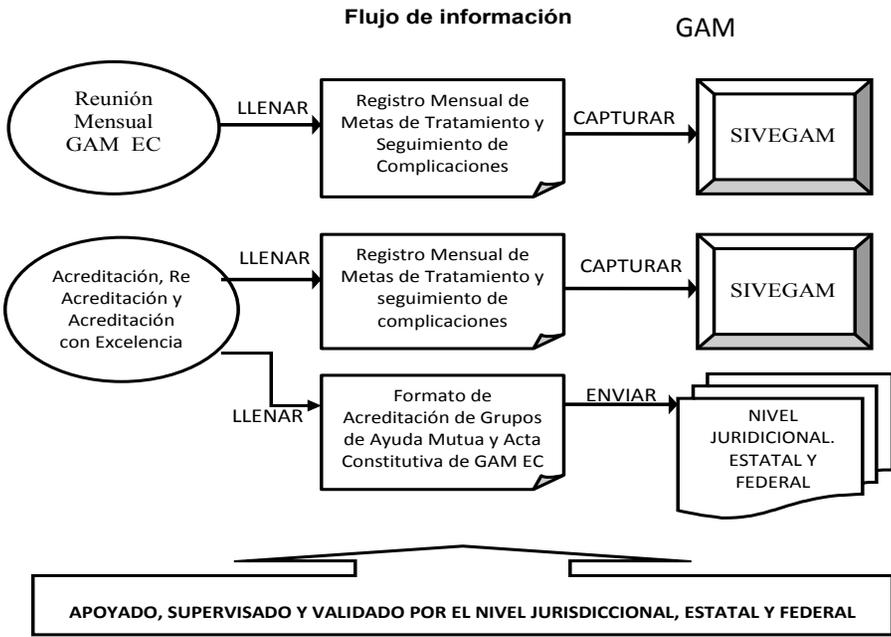
Figura 9-Criterios de acreditación

Criterio	Acreditación	Re acreditación	Acreditación con excelencia
Asistencia	Al menos 85%	Al menos el 85%	Al menos el 80%
Promedio grupal del peso	Disminución 3% del promedio grupal de peso corporal	Disminución de 5% del promedio grupal de peso corporal	Disminución de 10% del promedio grupal de peso corporal
Promedio grupal de cintura	Disminución de 2 cm del promedio grupal de cintura	Disminución de 2.5 cm del promedio grupal de cintura	Disminución de 5 cm del promedio grupal de cintura
Promedio grupal del nivel de glicemia	Promedio grupal de glicemia igual o menor a 126 mg/dl	Promedio grupal de glicemia igual o menor a 126 mg/dl	Promedio grupal de hemoglobina glucosilada menor 6.5
Promedio grupal de presión arterial	Promedio grupal de presión arterial igual o menor de 140/90 mm Hg	Promedio grupal de presión arterial igual o menor de 130/80 mm Hg	Promedio grupal de presión arterial igual o menor de 130/80 mm Hg
Antigüedad y constancia en las sesiones	Mínimo 4 meses	Mínimo 7 meses consecutivos	Mínimo 12 meses consecutivos

Las acreditaciones se solicitan a nivel superior (figura 7), y cumplen el proceso descrito en el diagrama de la figura 10.¹⁵

De acuerdo a lo revisado en SIVEGAM se programa el proceso, que siempre deberá contar con la asistencia del responsable del programa de diabetes jurisdiccional, quien deberá llenar el formato de acreditación.¹⁵ (Anexo 2)

Figura 10



Justificación de la selección del caso

En 1940, la diabetes mellitus no formaba parte de las principales causas de mortalidad en México, al registrar una tasa de 4.2 defunciones por cada 100,000 habitantes. El padecimiento era considerado como una patología de baja frecuencia ya que sólo afectaba a una de cada cien personas adultas. Su importancia se reflejaba en la población de más de 20 años.²⁰

La trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado, en que empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país. En 1980 y en 1990 las tasas de mortalidad por diabetes se incrementaron significativamente a 21.8 y 31.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente. En 2000 la tasa aumento a 46.8 y, para 2012, se estima en 72.0 por 100,000 habitantes, siendo la segunda causa de muerte para este último año en el territorio nacional (figura 11).

Figura 11. Mortalidad por diabetes en México, 1940-2012

AÑO	TASA*	LUGAR DENTRO DE LAS PRIMERAS 20 CAUSAS
1940	4.2	--
1960	7.9	19
1970	16.9	15
1980	21.8	9
1990	31.7	4
2000	46.3	1
2005	63.0	1
2006	65.2	1
2007	66.6	1
2008	70.8	1
2012	72.66	2

* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Anuarios de mortalidad/SEED/DGIS/INEGI/1940, 1960-2008, para 2012 datos de mortalidad general por INEGI, utilizando población CONAPO

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2006 arroja que la población con obesidad presentó una prevalencia mucho mayor que aquélla sin obesidad. La población con

enfermedades crónicas concomitantes, ya sea por diagnóstico médico previo o detectadas mediante la encuesta, reveló una mayor prevalencia de diabetes mellitus en comparación con la población no afectada, lo que incluye hipertensión arterial (13.7%), hipercolesterolemia (23.3%), microalbuminuria (15.5%) y enfermedad renal (12.3%).

Las entidades federativas con el mayor número de casos en el año de 2006, fueron: Estado de México (45 987), Distrito Federal (39 942), Jalisco (35 106) y Guanajuato (19 445); que en conjunto representaron 35.6% del total de casos.⁸

Para este trabajo se selecciona el Estado de México por ser la entidad federativa en 2006 con el mayor número de casos de diabetes mellitus en el país, y se continúa entre los primeros lugares en los siguientes años. Aunado a ello, las principales causas de muerte de las personas mayores de 60 años en el estado de México son las siguientes:

Para el caso de los hombres: en el primer lugar la diabetes mellitus 7.78%, seguida de otras enfermedades crónicas como las enfermedades isquémicas del corazón 6.49%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.09%, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 3.56%, enfermedad cerebrovascular 3.16%, infecciones respiratorias agudas bajas 1.58%, enfermedades hipertensivas 1.56%, nefritis y nefrosis 1.29%, tumor maligno de la próstata 1.29% y desnutrición calórico-proteica 0.87%.²¹

Para las mujeres: diabetes mellitus 10.66%, enfermedades isquémicas del corazón 6.74%, enfermedad cerebrovascular 4.45%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.28%, enfermedades hipertensivas 2.67%, infecciones respiratorias agudas bajas 1.92%, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 1.63%, desnutrición calórico-proteica 1.35%, nefritis y nefrosis 1.12% y tumor maligno del hígado .64²¹

En el 2012 la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en el Estado de México fue de 10.5%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente menor en mujeres (9.7%) que en hombres (11.5%), con una razón hombre: mujer de 1.2:1. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico

previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (19.3 y 12.2%, respectivamente), la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más (25.5%) y en mujeres de la misma edad (30.3%). La prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.3 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años.

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en el Estado de México 10.6 se ubicó por encima de la media nacional (9.2%)

Durante el periodo 2010 a 2012, por el trabajo desempeñado dentro de la Secretaria de Salud, pude tener acceso a los Grupos de Ayuda Mutua durante su proceso para acreditación y específicamente en este GAM de San Juan de las Huertas tuve la oportunidad de realizar entrevistas a los integrantes del grupo.

Objetivo general

Analizar el cambio en las conductas de pacientes con DM que pertenecen al GAM San Juan de las Huertas después de haber participado en la estrategia/acciones de promociones de la salud.

Objetivos específicos del trabajo final

1. Describir las acciones que implementaron los servicios de salud para el trabajo con los grupos GAM.
2. Describir la experiencia de los integrantes del GAM y su interacción con la diabetes mellitus.
3. Identificar los principales cambios en la conducta, cumplimiento de tratamiento y empoderamiento de los diabéticos que participaron en grupos GAM.

Descripción del caso

Centro de Salud “San Juan de las Huertas”:

Ubicado en Zinacantepec, Estado de México, actualmente Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud con más de 14,000 personas beneficiarias, cuenta con los servicios de consulta general, gineco-obstetricia, pediatría, psicología, nutrición, farmacia, dos unidades dentales, salas de rehidratación, estimulación temprana y área de expulsión. Dentro del grupo que conforma el manejo del GAM se ubica a:

- Una médica, quien realiza los procedimientos de las actividades finales de los programas sectoriales de acción y de apoyo establecidas para este nivel de atención; realiza los procedimientos de las actividades de los servicios auxiliares para el diagnóstico y tratamiento de los programas de atención médica y aquellos requeridos por los programas de salud pública, realiza y en su caso supervisa la aplicación técnica y administrativa de la normatividad establecida para la prestación de servicios de salud pública, de atención médica y sus auxiliares y las de asistencia social para el primer nivel de atención; cumple con el volumen y cantidad de metas establecidas en los programas de promoción de la salud, educación para la salud, orientación nutricional, prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, vigilancia epidemiológica, salud materno-infantil, salud mental, salud ambiental, control y vigilancia de la planificación familiar y del resto de programas de la secretaria de salud. Además es responsable del GAM en el Centro de Salud.

Egresada de la FES Iztacala UNAM y además cuenta con una maestría en administración en sistemas de salud, con diplomado en enfermedades metabólicas y obesidad, ha asistido a Congresos de Síndromes Metabólicos, está a cargo del GAM desde el 2008, Su nivel inmediato superior es la directora del Centro de Salud; no tiene nivel inmediato inferior.

- Una nutrióloga cuya función es fomentar una alimentación correcta mediante esquemas de manejo nutricional para prevenir de origen las principales causas de las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes, hipertensión

arterial y dislipidemias así como para prevenir o retardar la presencia de complicaciones. Egresada de la Universidad Autónoma del Estado de México, con diplomas en manejo nutricional, trabaja directamente con el grupo desde 2009, su nivel inmediato superior es la directora del Centro de Salud; no tiene nivel inmediato inferior.

- Una psicóloga, cuya función es promover la salud mental a través de pláticas psico-educativas talleres y cursos dirigidos a la población en general, además de participar en el tratamiento de pacientes y cooperar con el equipo multidisciplinario para brindar atención integrada al paciente y a los grupos generados en el centro de salud; egresada de la Universidad del Valle de México, con especialidad en psicología clínica, maestría en formación docente, cursos en comunicación efectiva, inteligencia emocional, risoterapia y asistencia al adulto mayor, además de alimentación sana y habilidades cognitivas. Integrada al Centro de Salud desde 2009, su nivel inmediato superior es la directora del Centro de Salud; no tiene nivel inmediato inferior.

Perfiles del personal de salud jurisdiccional con relación directa en el GAM

- Una coordinadora Normativa del Programa de Atención a la Salud del Adulto y del Adulto Mayor en el ISEM

Funciones:

Adaptar y aplicar las estrategias y lineamientos emanados del nivel estatal; definir los recursos necesarios para el programa; apoyar y coordinar las acciones en los diferentes entornos de los municipios adscritos a la jurisdicción de Toluca.

Gestionar y distribuir los insumos necesarios para el programa.

Promover y coordinar las acciones entre las instituciones públicas, privadas y otros sectores de la población.

Coordinar y controlar el desarrollo de las acciones correspondientes para prevenir enfermedades crónico-degenerativas, a efecto de elevar la calidad de vida del adulto y del senescente.

Participar y vigilar el cumplimiento de la normatividad técnica en materia de control de enfermedades, de promoción de la salud, de salud del adulto y del senescente.

Analizar y atender los problemas relacionados con el control de enfermedades, la promoción de la salud, de salud del adulto y del senescente.

Además de ser Médico Cirujano cuenta con una Maestría en Administración en Sistemas de Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México.

Con experiencia en el programa de 6 años. Su ámbito de responsabilidad es la Jurisdicción sanitaria Toluca. Nivel inmediato superior, nivel estatal; nivel inmediato inferior los centros de salud que pertenecen a la jurisdicción sanitaria.

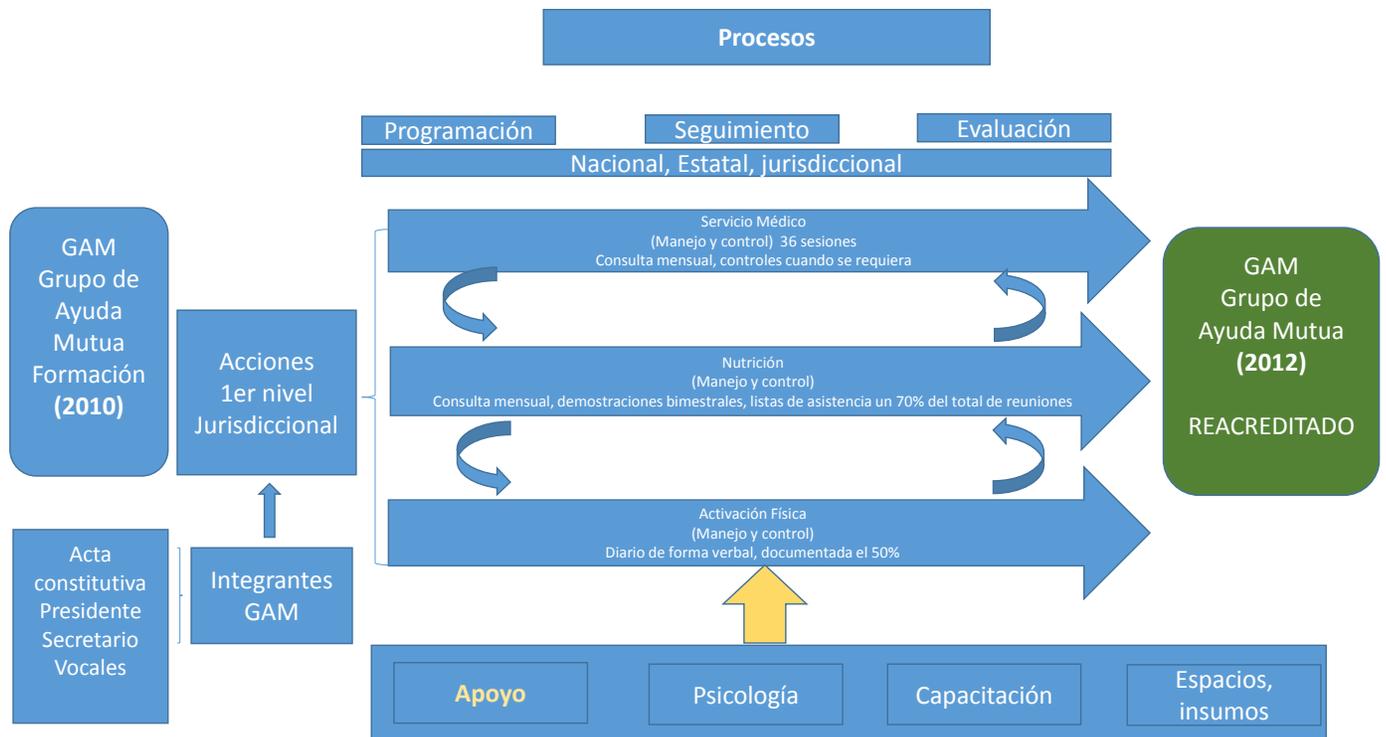
- Una Activadora Física, cuya función es: Promover una cultura de actividad física y de prevención de enfermedades crónicas mediante la práctica de movimiento integral de los músculos, a través de instrumentación de un programa anual y difusión de técnicas que involucren el movimiento integral de los músculos para la práctica de la actividad física en las instituciones correspondientes y en los Grupos de Ayuda Mutua, además de coordinar actividades con Promoción de la Salud.

Cuenta con diploma en activación y es bailarina profesional, integrante de una compañía de ballet de Toluca desde hace 10 años, su experiencia es en grupos de baile desde hace 12 años, Ingreso en 2010 a la Jurisdicción Sanitaria y trabajó directamente con seis Grupos de Ayuda Mutua durante ese tiempo a los cuales llevo a la acreditación. Su nivel inmediato superior es su contraparte a nivel estatal; nivel inmediato inferior los centros de salud que pertenecen a la jurisdicción sanitaria

- Una Licenciada en Nutrición cuya función es fomentar una alimentación correcta mediante esquemas de manejo nutricional para prevenir de origen las principales causas de las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias. La Licenciada es egresada de la Universidad Guadalajara Lamar, residente en Toluca, Estado de México, donde trabajó en el programa del “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria” (ANSA), apoyando en la Acreditación y Re acreditación en los Grupos de Ayuda Mutua desde el 2009. Su

nivel inmediato superior es su contraparte a nivel estatal; nivel inmediato inferior los centros de salud que pertenecen a la jurisdicción sanitaria.

Acciones del personal de salud en el manejo del GAM



Estrategias que realizaron los trabajadores de salud

Programación:

Se conformó el grupo de ayuda mutua bajo un acta constitutiva, seleccionando presidente, secretario y vocales definiendo funciones para cada uno.

Se diseñó una propuesta educativa, se sesionó de forma mensual como mínimo para los temas seleccionados, entre ellos, información del padecimiento.

Se plantearon sesiones mensuales con temas de nutrición y talleres de alimentación.

Se programó activación diaria o como mínimo una vez a la semana en el centro de salud, con el compromiso de los días de no asistencia realizaría activación en su casa.

Programación de actividades con personal de psicología al menos una vez al mes cuando se acudiera a activación física.

Toda la información quedaría en su expediente personal así como en los formatos de registro mensual

Seguimiento

Se programa que el mismo día de la sesión educativa se daría el seguimiento a su control metabólico y mediciones de talla y peso.

Seguimiento al llenado del registro mensual por parte del personal del centro de salud.

En las mismas sesiones con la psicóloga se daría seguimiento de su estado emocional.

Personal de la jurisdicción asiste cada 3 meses a realizar seguimiento de actividades.

Evaluación

El personal encargado del GAM de acuerdo al seguimiento notificará al nivel superior el momento en que el grupo esté listo para realizar las acreditaciones

Nivel jurisdiccional y estatal acudirá a realizar las acreditaciones en la fecha señalada de acuerdo a la petición con oficio de notificación.

El GAM San Juan de las Huertas está conformado por 25 integrantes, el 88% mujeres, en su mayoría personas casadas y viudas, más del 60% son personas mayores de 50 años y el 44% no sabe leer ni escribir, como lo indica la figura 10:

Figura 10- Cuadro descriptivo del GAM San Juan de las Huertas

	Número	Porcentaje
Género		
Hombre	3	12%

Mujer	22	88%
Estado Civil		
Soltero (a)	2	8%
Casado (a)	14	56%
Viudo (a)	9	36%
Edad		
Menor de 40 años	3	12%
40-49 años	5	20%
50-59 años	9	36%
Más de 60 años	8	32%
Escolaridad		
No sabe leer ni escribir	11	44%
Primaria	10	40%
Secundaria	4	16%

Resultados

Recordando los criterios de la acreditación que se mencionan en la figura 9, se realizan las operaciones para los indicadores:

Criterio	Acreditación	Re acreditación
Asistencia	Al menos 85%	Al menos el 85%
Promedio grupal del peso	Disminución 3% del promedio grupal de peso corporal	Disminución de 5% del promedio grupal de peso corporal
Promedio grupal de cintura	Disminución de 2 cm del promedio grupal de cintura	Disminución de 2.5 cm del promedio grupal de cintura
Promedio grupal del nivel de glicemia	Promedio grupal de glicemia igual o menor a 126 mg/dl	Promedio grupal de glicemia igual o menor a 126 mg/dl
Promedio grupal de presión arterial	Promedio grupal de presión arterial igual o menor de 140/90 mm Hg	Promedio grupal de presión arterial igual o menor de 130/80 mm Hg
Antigüedad y constancia en las sesiones	Mínimo 4 meses	Mínimo 7 meses consecutivos

Estimación de los indicadores

La asistencia se calcula el número de asistentes a la sesión entre el total de integrantes del grupo.

Número de asistentes al evento / total de integrantes del GAM por 100

Para la acreditación: $25/25 = 100\%$

Reacreditación $21/25 = 84\%$

Promedio grupal de peso

1) Suma del peso de pacientes con diagnóstico de inicio al GAM de sobrepeso y obesidad al inicio del GAM que están presentes/ total de integrantes del GAM con diagnóstico de sobrepeso u obesidad que se les tomo medida en el evento

Se obtiene el promedio

2) Se realiza un regla de 3, donde el promedio basal es el 100%, entonces el promedio actual es a X, posteriormente se obtiene la diferencia de porcentajes

Acreditación	Reacreditación
<p>En este caso 18 pacientes con índice corporal mayor a 25 se realiza la sumatoria del peso en el momento</p>	<p>En este caso 17 pacientes con índice corporal mayor a 25 se realiza la sumatoria del peso en el momento</p>
<p>$61+48+82.2+74.4+60.4+60.5+56.5+67+64.2+66.5+87.8+60.8+60+68+91.3+65.5+65.9+62.3= 1202.3 / 18 = 66.79$</p>	<p>$64.5+45+79.2+79.6+64.5+59.5+62.3+54.5+65+65+90+56+62.6+71.5+92.5+67+60= 1138.7 / 17 = 66.98$</p>
<p>Entonces la basal 70.89 corresponde al 100%, y el 66.79 corresponde a 94.2% Se realiza una resta $100 - 94.2= 5.8$</p>	<p>Entonces la basal que fue de 70.89- 100%, a que corresponde 66.98 = 94.4 Por lo tanto $100\% \text{ menos } 94.4\%= 5.6$</p>

Promedio grupal de perímetro abdominal

<p>A: Promedio del perímetro abdominal de pacientes con diagnóstico de inicio al GAM de sobrepeso y obesidad</p>
<p>B: Promedio del perímetro abdominal de pacientes con diagnóstico de inicio al GAM de sobrepeso y obesidad que están presentes en el evento.</p>
<p>Entonces $A - B =$ Disminución de 2 cm del promedio grupal de cintura para acreditar</p>
<p>Disminución de 2.5 cm del promedio grupal de cintura para reacreditar</p>

Acreditación	Reacreditación
$96+84+104+101+88+97+87+97+85+93+110+93+87+103+105+97+88+97= 1712/18 =95.11$	$88+101+87+111+94+86+104+107+97+92+93+81+102+104+89+88+101= 1625 / 17= 95.58$
Entonces $98.64 - 95.11 = 3.53$	Entonces $98.64 - 95.58 = 3.06$

Promedio grupal de nivel de glicemia

Sumatoria de la medición de glucosa en el momento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus al ingresar al GAM / los integrantes con diabetes o diabéticos mixtos en el momento

Acreditación	Reacreditación
$103+70+75+116+114+126+104+95+84+118+135+84+190= 1414 / 13 = 108.7$	$115+157+99+198+106+82+105+103+127+94+110+99+116= 1511/ 13 = 116.2$

Promedio grupal de presión arterial

Sumatoria de la medición de presión arterial en el momento de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial al ingresar al GAM / los integrantes con hipertensión arterial o hipertensos mixtos en el momento

Primero se obtiene con esta fórmula la presión sistólica, posteriormente la diastólica

Acreditación	Reacreditación
<p>Sistólica</p> $110+100+110+90+120+100+120+110+100+90+90+100+100+100+90= 1530 / 15 = \mathbf{102}$	<p>Sistólica</p> $120+110+120+100+110+100+120+110+120+130+90+120+110= 1550 / 13 = \mathbf{119.2}$
<p>Diastólica</p> $70+60+70+70+80+70+70+70+80+60+60+70+60+70+60 = 1020 / 15 = \mathbf{68}$	<p>Diastólica</p> $70+70+80+60+70+60+60+70+70+90+50+80+60 = 890 / 13 = \mathbf{68.4}$

Resultados de los indicadores:

Criterio	Basal (al inicio)	Acreditación	Re acreditación
Asistencia		Al menos 85%	Al menos el 85%
GAM San Juan	100%	100% ✓	85% ✓
Promedio grupal del peso		Disminución 3% del promedio grupal del peso corporal	Disminución del 5% del promedio grupal del peso corporal
GAM San Juan	70.89 kg	5.8% ✓	5.6% ✓
Promedio grupal del perímetro abdominal		Disminución de 2 cm del promedio grupal de cintura	Disminución de 2.5 cm del promedio grupal de cintura
GAM San Juan	98.64 cm	3.53 cm ✓	3.06 cm ✓
Promedio grupal del nivel de glicemia		Promedio grupal de glicemia igual o menor a 126 mg/dl	Promedio grupal de glicemia igual o menor a 126 mg/dl
GAM San Juan	188.23 mg/dl	108.7 mg/dl ✓	116 mg/dl ✓
Promedio grupal de presión arterial		Promedio grupal de presión arterial igual o menor de 140/90 mm Hg	Promedio grupal de presión arterial igual o menor de 130/80 mm Hg
GAM San Juan	135.66/81.2 mm Hg	102/68 mm Hg ✓	119/68 mm Hg ✓
Antigüedad y constancia en las sesiones		Mínimo 4 meses	Mínimo 7 meses consecutivos
GAM San Juan		4 meses ✓	7 meses ✓
Fecha	Enero 2010	Junio de 2010	Mayo de 2012

Con respecto a la parte cualitativa, aunque no es parte de la evaluación para los GAM, posterior a la reacreditación en el mes de mayo de 2012 pude tener acceso a realizar una entrevista al grupo, así como otras de forma individual. Se buscó a través del método de fenomenología, el significado de los integrantes del GAM, las experiencias, lo aprendido y la interpretación que cada uno le otorga a su padecimiento, la integración al grupo y el manejo que se demuestra por parte de cada uno.

Percepciones de los usuarios

Fortalecimiento de sus capacidades, mayor confianza, tienen conocimiento de su padecimiento, definición, riesgos, complicaciones y cuidados que deben tener. El conocimiento que manejan es con un vocabulario coloquial.

“la diabetes como algo mortal, ya nunca se cura, se controla pero no se cura”

“la diabetes es descuido de uno mismo por no llevar la dieta como debe de ser (...) si es mortal pero muy tardada, duramos mucho si no la sabemos controlar(...) si nos sabemos cuidar uno mismo puedo durar muchos años y a lo mejor ni diabética me muero, nos podemos morir incluso de otra cosa antes que de diabetes...”

“por un mal descuido, primero porque puede ser hereditario, por nuestros abuelos (...) por malpasarse de comer, por comer azúcar, por tomar refresco, comer carnes (...) porque debemos de comer variable, almorzar y a las dos horas una fruta o verdura, después vuelve uno a comer y otras dos horas otra verdura (...) no un chocolate, no tres bombones, nada de eso”

“si sabe uno comer no nos vamos a enfermar”

“cuando me embarace de mi hija (...) tenía 40 años (...) era mi primer embarazo (...) se me subió mucho la azúcar”

“también por el sedentarismo”

“por estar pasada de peso”

“por no hacer ejercicio”

Integración con el Grupo

Se saben protagonistas y les gusta ser parte del GAM. Impulsan cambios positivos ante las situaciones en las que viven tanto de forma personal como con los compañeros.

“llegamos por parte de la Dra. del Grupo”

“llegamos por la Nutrióloga Marlene (...) ella fue la que nos invitó”

“nos sacaron una lista de quienes necesitábamos”

“salíamos a hacer ejercicio en la delegación en lo que se reconstruía el centro de salud”

“yo llegue porque una compañera me invito (...) yo tuve un accidente (...) y no movía mi mano (...) ahí le van a ayudar, le van a hacer ejercicio, y que cree que si, llegue aquí y ya pude mover mi mano

“ya tengo como 7 años en el grupo, me gusta”

Participación en el Grupos

Son autónomos, participan y son responsables del desarrollo de sus capacidades tanto en el grupo como en su medio ambiente, familiar y social

“fuimos a concurso de baile”

“nos ayudó mucho que nos aprendimos bien la rutina, salimos muy contentas”

“convivimos”.

Capacidades para alcanzar sus metas

Han desarrollado capacidades para alcanzar sus metas, son apoyo incluso para que sus familiares alcancen también sus objetivos.

“fuimos a una demostración, fuimos a demostrar porque ganamos el primer lugar (...) fuimos con toda la actitud”

“íbamos con el corazón, demostrar que aunque somos personas enfermas estamos bien controladas, íbamos bien, demostrar que no porque seamos grandes o enfermas ya nos vamos a morir, que vean que si participamos”

“yo tengo 61 años me veo de 40 pero me siento de 30”

“demostramos con actitud, con positivismo, con ganas de vivir y echarle pa’ rriba (...) porque somos un grupo”

Conductas de riesgo

Identifican conductas de riesgo como mala alimentación, desórdenes alimenticios, falta de activación física, aumento de peso, sedentarismo; y las evitan.

“No comer a nuestras horas, malpasarnos, no comer frutas ni verduras, comer comida chatarra, que aunque le guste hay que saberlo controlar (...) por eso les digo a mis compañeros, frutas y verduras todos los días”

“yo como de todo pero me cuido, me he sentido muy bien, me estoy cuidando bien, casi azúcar no la tomo”

Habilidades y destrezas para su cuidado personal, necesidades, cambios conductuales y estilos de vida.

Se identifican habilidades y destrezas para su cuidado personal como cuidarse los pies, cortarse uñas, checar su glucosa, presión arterial; así mismo otros tipos de habilidades que no solo los ayuda a ellos sino a toda la familia, como es la adecuada alimentación, variada, correcta en cantidad y porciones. Activación física regular en espacios destinados a ello e

incluso implementan de acuerdo a sus necesidades. Se identifican cambios de estilo de vida.

Conocen si se sienten satisfechos o incómodos en el grupo, en sus hogares y en otros medios. Son personas activas, saben identificar sus logros, no están alejados de la realidad y su meta a futuro es vivir, vivir sin complicaciones, con una mejor salud.

“Yo me siento muy bien en el grupo (...) el grupo me ha dado salud, porque las compañeras, la doctora y la nutrióloga me han ayudado mucho, yo era una mujer de 77 kilos y ahora peso 66, gracias a Dios tengo 65 años y me siento no vieja, no joven pero todavía con fuerza “

“cuando entre aquí estaba pasada de peso y tenía mi autoestima muy baja y ahora ya me siento más mejor”

“dejamos nuestras penas y somos compañeras y nos ayudamos”

“venimos, nos ponemos a bailar, a hacer ejercicio”

“si se cansan a levantar el ánimo”

“a veces también traemos un problema y siempre decimos ánimo, se va a resolver, nos debemos dar ánimos nosotras mismas”

“si no viene quien nos pone la rutina de ejercicios, tu pones unos pasos, tu otros y así; nos conformamos como grupo”

“nos sentimos mucho mejor que antes”; “el ejercicio me fortalece mucho, porque hasta el estrés se me quita, el dolor de cabeza y con el ejercicio se me olvida todo (...) hasta de lo que me duele”

“yo tengo 4 años en el grupo, cuando me detectaron la azúcar yo me sentí morir, morir, don Julio me vio, que siempre que lo veo se acuerda de mí y me dice, yo te vi que como lloraste, pero yo me sentí morir, se me vino la depresión (...) don Julio me decía, no te vas a morir, échale ganas, y ahora me siento bien, a veces no puedo venir diario pero voy a la zumba y le digo a la Dra., aunque no venga aquí pero hago ejercicio,

“yo cuando llegue aquí pesaba 88 kilos ahora peso 73 kilos, voy bien, estoy bien”

“a veces fallamos por la distancia, somos 4 que vivimos en ojo de agua”

“pero ustedes hacen ejercicio porque todo les queda lejos (...) “tienen un campo de futbol donde se puede hacer ejercicio”

“ha cambiado mi vida mucho, cuando no vengo a hacer ejercicio me siento triste, estoy más contenta cuando vengo”

“ha cambiado mi vida porque antes discutía mucho con mi esposo y nos peleábamos mucho, el venir aquí me ayudó mucho a ya no discutir con él y estar mejor además no tengo hijos y me ayuda mucho estar aquí, las compañeras ya me dicen has esto (...) has esto otro, me han ayudado mucho mis compañeras”

“la Dra. Psicóloga trabajaba temas de depresión y hacía ejercicios y sacábamos todo lo que traíamos dentro, nos daba sugerencias como salir de eso y nos sentíamos mucho mejor”

“mi vida cambio mucho (...) también había fallecido mi esposo (...) yo no me bañaba, era llorar y llorar, me decidí venir y las compañeras me ayudaron muchísimo y ahora me siento feliz, soy alegre y estoy muy bien”.

“Para mí, mi vida dio un giro de 180 grados, porque nosotros obviamente nos la llevábamos bien relajada, comíamos a deshoras, todo lo rico era la comida, me enteré que soy diabética e hipertensa (...) me deprimí al principio (...) pero yo quiero vivir no quiero sentirme mal, y eso fue lo que hice, una buena actitud y para mí fue todo, nos enseñaron a cuidarnos, cambiamos totalmente nuestra alimentación (...) porque la herencia ahí está, porque a todos nos hace bien (...) porque ya nos cuidamos todos, el eje de la casa pues es la mamá y tenemos que poner el ejemplo porque nuestros hijos estén mejor que nosotros, debemos tener más cuidado.

Marco referencial

La concepción antropológica que fundamenta la pedagogía de Freire se refiere a un hombre cuya característica distintiva es la conciencia de sí mismo y del mundo, conciencia que le permite establecer relaciones con la realidad. Esta relación se caracteriza, por ser activa, porque vincula al hombre con el espacio y el tiempo y porque el hombre puede captarlos y transformarlos de forma reflexiva y crítica.²²

En la educación liberadora juega un papel fundamental el diálogo que va unido a las circunstancias existenciales de quienes dialogan, es decir, a la realidad.²²

A la vez, este diálogo que problematiza la realidad rompe con los esquemas tradicionales de la educación que separa educando y educador. A partir de la situación de diálogo no es

el educador el que educa en exclusividad, sino que éste es también educado mediante la conversación con el educando; así se elimina la dicotomía sujeto-objeto en el proceso educativo. En la pedagogía de Freire es fundamental su afirmación de que “*nadie educa a nadie, así tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión mediatizados por el mundo.*”²²

Alfabetizar, por tanto, supone que el sujeto alfabetizado supere la conciencia intransitiva y logre la conciencia crítica liberándose, además, de la opresión de la cultura impuesta. Por eso, alfabetizar, en la concepción de Freire, es mucho más que proporcionar al educando un mecanismo de expresión, es situarlo en el mundo.²²

La alfabetización no puede estar desvinculada con la realidad, la acción se realiza de adentro hacia afuera, el propio educado es protagonista de su educación y el educador es solo un colaborador.²² Con ello el integrante del GAM toma el control de su padecimiento y salud en su vida.

Por otro lado las políticas y los programas para la promoción en salud de las enfermedades no transmisibles deben tener en cuenta los determinantes sociales para un adecuado funcionamiento.³

Las intervenciones para mejorar los resultados en diabetes se pueden dirigir a las personas con la enfermedad; incluyen las acciones dirigidas a la mejora del autocontrol, la toma de la medicación, dieta, el ejercicio, el auto-monitoreo y el uso oportuno de los servicios de salud.²⁰

De acuerdo a la Carta de Ottawa, la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes propicios, el fortalecimiento de la acción comunitaria en la gestión de salud, el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicios, hacen posible que se incremente el bienestar y la calidad de vida de los individuos.⁴

Las intervenciones para mejorar la salud deben tener las siguientes características:

- Buscan contribuir al incremento de los recursos para la salud y al mejoramiento de las *condiciones de vida* (calidad de vida) para, de esta manera, fortalecer el potencial de salud.

- Sus políticas y programas deben basarse en un proceso de conocimiento y aceptación por parte de la población.
- Implican fomentar estilos de vida saludables, habilitar a las personas para que aumenten su capacidad de control sobre la prestación de servicios benéficos para la salud, así como, implantar condiciones estructurales que hagan posible la salud plena y efectiva para toda la población.⁴

La promoción de la salud se refiere a fortalecer la capacidad de la gente para controlar el ecosistema, las condiciones socioeconómicas, estilo de vida y servicios de salud.⁴

En el GAM se maneja la filosofía del modelo de activación o empoderamiento, donde se reconoce el derecho fundamental de las personas con ECNT a ser los primeros en la toma de decisiones para el control de su padecimiento. Este modelo se apoya en tres puntos importantes; enseñar, educar y apoyar, dándoles el poder a los integrantes de los mismos.²³

Las ECNT son enfermedades de automanejo que llevan implícita una responsabilidad personal que no es negociable, es ineludible e inevitable.²³ El Empoderamiento motiva a las personas con ECNT a descubrir y desarrollar sus habilidades innatas para lograr su autocuidado. Si las personas no están convencidas que tiene la habilidad para ejecutar cierta conducta es poco probable que la lleven a cabo.²³

Es importante que para lograr el empoderamiento, los/las coordinadores de los GAM estén conscientes de que hay tres condiciones que caracterizan a los integrantes: la elección, el control y las consecuencias.²³

Por empoderamiento se entiende al proceso mediante el cual los individuos y la población colectivamente se fortalecen, se apoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para tomar decisiones informadas.²⁴

El empoderamiento es un proceso a través del cual los grupos son capaces de expresar sus inquietudes, participar en las decisiones y lograr acciones, son otra de las estrategias relevantes de la Promoción en Salud; tienen en cuenta que la población es sujeto y no sólo objeto del proceso. Según las circunstancias cada miembro de la comunidad puede tomar

parte en la construcción y producción de la salud, en las que intervienen además del sector salud otros sectores y la población en forma individual u organizada.²⁴

Análisis y discusión

Para dar respuesta a las necesidades de participación comunitaria en las acciones de salud establecidas, se implementa constituir al menos un GAM en cada centro de Salud, para este caso se cuenta con el GAM San Juan de las Huertas, conformado por 25 personas, que de acuerdo a la legislación actual de educación es considerado este número como el máximo de un adecuado recurso para mejora del aprendizaje, lo cual aumenta la calidad del funcionamiento del sistema educativo.

La responsable de los Grupo de Ayuda Mutua es el médico de la unidad, sin embargo todo el equipo colabora en ello a través de un manejo interdisciplinario; los trabajadores de salud que participan con el GAM en general cuentan con los requisitos para cubrir el perfil e incluso existe quien tiene más estudios de lo solicitado además de contar con capacitación en el área laboral.

En este caso la coordinadora del GAM; diseñó una propuesta educativa, se sesionó de forma mensual como mínimo para los temas impartidos, por lo que cumplió con lo establecido en el programa, aunque no siempre se registró la asistencia del grupo pero cumplieron con el requisito para acreditar y reacreditar.

No se contó con un médico del deporte como lo marca la Estrategia, lo que hizo que la responsabilidad fuera del activador físico jurisdiccional, así como en el apoyo del resto de los actores.

A pesar que los integrantes refirieron acudir diariamente a activación solo se contó con el 50% de evidencia.

Contaron con el apoyo de una nutrióloga y psicóloga en el centro de salud, actores que no se menciona dentro de la estrategia como un requisito para la conducción del grupo; pero en este caso el del manejo de herramientas psicosociales en el GAM por parte del personal

de psicología fue de gran ayuda y avance en el empoderamiento de la salud individual y colectiva del grupo.

El personal de salud que trabaja con el GAM cuenta con instrumentos físicos como son: el abordaje nutricional para el manejo de enfermedades crónicas; herramientas psicosociales para el manejo; determinaciones antropométricas, clínicas y bioquímicas para las metas de tratamiento; prevención y manejo del pie de personas con diabetes mellitus así como los mapas de conversación que contiene temas para desarrollar en grupo sobre tratamiento médico y monitoreo de la glicemia, comer sano y mantenerse activo, logrando objetivos con insulina y como trabaja el cuerpo y la diabetes. Pero es importante señalar que este material solo se tiene en la jurisdicción sanitaria y se utiliza para todos los Centros de Salud, por lo que se vuelve insuficiente para los requerimientos de todos los GAM que dependen de ella. Además que los mapas de conversión no son un diseño del programa, es una donación de laboratorios particulares.

La evaluación del GAM estrictamente se basa en las variables biológicas, a las cuales no siempre se les da el mismo nombre en todos los formatos e instrumentos del programa, lo que puede llegar a confundir al lector, estos son: alcanzar niveles óptimos de glucosa, presión arterial, peso, perímetro abdominal y asistencia, de acuerdo a lo que se menciona en la sección correspondiente de este trabajo, para realizar los diferentes procesos de acreditación.

Al realizar el análisis mediante los formatos de registro mensual, podemos ver que existe una leve variación respecto a lo que arroja el sistema, aunque cumplen con los estándares establecidos para la acreditación y reacreditación.

Tomando en cuenta que solo son determinaciones antropométricas, biológicas y químicas las que se consideran para evaluar la optimización de acreditación, siendo estrictos, ello no refleja los tres objetos de la creación del GAM que se señalan al principio del documento; solo nos habla del control metabólico del paciente.

En el GAM que se describe en este caso, se proporciona educación a las personas que lo integran, y de acuerdo a Freyre se realiza la alfabetización, se estimula la participación activa para la toma de decisiones en el cuidado de su salud, se favorece el intercambio de experiencias para que exista retroalimentación; hay educación para la salud respecto a

complicaciones, factores de riesgo y se fomenta la participación individual, grupal y familiar, sin embargo estos aspectos no se consideran para la evaluación del GAM. Si bien se alfabetiza a las personas que integran el GAM, se estimule la participación activa para la toma de decisiones en el cuidado de su salud, se favorezca el intercambio de experiencias, exista retroalimentación; se eduque y comuniqué respecto a complicaciones, factores de riesgo y se fomente la participación individual, grupal y familiar; éstos aspectos no se considera para la evaluación del GAM.

La entrevista grupal así como las siete entrevistas individuales dejaron ver:

Fortalecimiento de sus capacidades, mayor confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo, desarrollo a cambios positivos ante las situaciones en las que viven, identifican de conductas de riesgo, se organizan para sus actividades, son autónomos, participan y son responsables del desarrollo de sus capacidades, tienen habilidades y destrezas, externan sus estados de ánimo, identifican sus logros, tiene metas realistas y a futuro, son activos, de forma general han incrementado su autoestima y manejan cambios de estilos de vida, individual y familiar.

Conclusiones

A través de los documentos analizados y las entrevistas se pudo describir las acciones que implementaron los servicios de salud para el trabajo con los grupos GAM.

Se logró describir la experiencia de los integrantes del GAM y su interacción con la diabetes mellitus, identificando los principales cambios en la conducta, cumplimiento de tratamiento y empoderamiento de las personas con diabetes que participaron en grupos GAM a través de la educación en salud, se promovió la responsabilidad individual y colectiva para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas y sus consecuencias, lo que conlleva a la alfabetización, al empoderamiento, a incrementar la autoestima, la toma de decisiones, además de ampliar conocimientos y habilidades para impulsar una participación activa.

El personal que participa es de suma importancia para el desarrollo y manejo del GAM, desde su formación académica como la interrelación con el resto del equipo y los integrantes

del GAM. Cuanto más preparado y comprometido el personal de salud que participa en el GAM, se logran mejor los objetivos.

Todos los centros de salud deben disponer con el material necesario para poder trabajar una adecuada promoción de la salud en el Grupo de Ayuda Mutua.

Actualmente no existe una evaluación cualitativa de la estrategia GAM

Aportaciones

Se debe continuar trabajando con la promoción de la salud en los Grupos de Ayuda Mutua para el empoderamiento y cambio de conductas, así como contar con los insumos necesarios en cada unidad de salud.

El personal de salud que participe con las actividades del grupo debe estar capacitado y debe trabajar el concepto interdisciplinario y de ser posible transdisciplinario para poder alcanzar las metas y objetivos de los Grupos de Ayuda Mutua.

Es importante considerar contar con personal en el área de psicología para un manejo adecuado de forma individual y grupal, donde el resultado además se vea reflejado en la familia y en la comunidad.

Para poder evaluar si los objetivos del GAM se alcanzan, es importante no solo considerar las variables biológicas, se deben incluir variables cualitativas que demuestren el cumplimiento con la parte de promoción en la salud en un Grupo de Ayuda Mutua. Se debe valorar integrar a la parte de evaluación de la estrategia una entrevista grupal o individual a los integrantes del GAM para tener conocimiento de su grado de educación, alfabetización, empoderamiento y participación social.

Bibliografía

1. Burden: mortality, morbidity and risk factors. WHO. [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 4,]. Disponible en:
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf
2. Sistema Nacional de Información en Salud. Secretaria de Salud. Anuario estadístico 2008. [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre]. Disponible en:
<http://sinais.salud.gob.mx/>
3. Tang TS, Funnell MM, Oh M. Lasting Effects of a 2-Year Diabetes Self-Management Support Intervention: Outcomes at 1-Year Follow-Up. *Prev Chronic Dis* 2012;9: 110313. [Consultado 2015 enero 08]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110313>
4. Romeo C. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23 (3) [sitio en internet]. [Consultado 2015 enero 28]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi13307.htm
5. Federación Internacional de Diabetes [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 10]. Disponible en:
http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 10]. Disponible en:
http://www.paho.org/fep/index.php?option=com_content&view=article&id=421&Itemid=259&lang=es

7. Olaiz- Fernández G, Rivera_Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando- Hernández S, Hernández-, Ávila M, Sepúlveda- Amor J. ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006

8. Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. México 2007. Pág. 55-57 [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/sm2006.pdf>

9. La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas. OPS [consultado 2015 enero 08] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16158&Itemid

10. Diabetes. Nota descriptiva. Septiembre 2012 OMS. Consecuencia frecuente de la diabetes [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 5]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

11. Federación Internacional de Diabetes [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 10]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/10/20/corazon/1256043460.html>

12. Federación Internacional de Diabetes [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 10]. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>

13. Declaración de Alma- Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma- Ata, URSS 6-12 septiembre de 1978, 1-3 [sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 11]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

14. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986, 1-5 [sitio en internet].
[Consultado 2013 noviembre 12]. Disponible en:
<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
15. Estrategia Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas. Secretaria de Salud. Programa de Salud en el Adulto y Anciano. México: SSA 2011, 16-34 pp.
16. Programa de Acción Diabetes Mellitus. Secretaria de Salud 2001,10-52 [Sitio en internet]. [Consultado 2013 noviembre 14]. Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/diabetes_mellitus.pdf
17. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Secretaria de Salud: México 2010, 6 p.
18. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Secretaría de Salud, México septiembre 2013 pág. 27.
19. Manual de Operación para las Intervenciones contra el Sobrepeso y la Obesidad en el marco del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria. Secretaría de Salud, México, febrero de 2011, pág. 7
20. Richard H, Jana B, Nataly R, Wilson K. A Systematic Review of Interventions to Improve Diabetes Care in Socially Disadvantaged Populations. Diabetes care, volume 29, number 7, July 2006. [consultado 2015 ene 09]
21. Censo de Población y Vivienda 2010. México. Arzate Salgado, J. Mejía Modesto, A Montes de Oca Vargas, H. y Vela Cuevas, M. (2012), Andar despacio. Envejecimiento Demográfico en el Estado de México, GEM/CEMyBS, Toluca. [sitio en internet]. [Consultado 2015 febrero 21].

Disponible

en:

<http://portal2.edomex.gob.mx/cemybs/adultosmayores/estadisticas/index.htm>

22. Teoría y práctica de una educación liberadora: el pensamiento pedagógico de Paulo Freire. Carreño, Miryam. Universidad Complutense de Madrid. Cuestiones Pedagógicas, 20, 2009/2010 195-214 p.
23. Herramientas Psicosociales para el manejo de Enfermedades Crónicas. Secretaria de Salud. Programa de Salud en el Adulto y Anciano. México: SSA 2011, 15-16 p
24. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. González M. Julio. Rev Med Uruguay 2002; 18: 192-197 sitio en internet]. [Consultado 2015 febrero 19]. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2002v3/art-2.pdf>

Anexo 2



Formato para acreditación de Grupos de Ayuda Mutua EC

Gobierno FEDERAL

SALUD



				SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO FORMATO PARA ACREDITACIÓN DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA			
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

ENTIDAD: _____ JURISDICCION S. _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____
 UNIDAD MEDICA _____ NOMBRE DEL GAM: _____

INDICADORES	MEDICIONES BASALES	MEDICIONES AL MOMENTO DE LA ACREDITACION	REDUCCIONES /RESULTADO	Cumple con el criterio de acreditación	
				SI	NO
Presenta metas de tratamiento de los últimos tres meses SI: _____ NO: _____					
Número de integrantes del GAM	Inicio: _____	Al momento: _____	% de asistencia _____		
Promedio de peso corporal	Inicio: _____	Al momento: _____	% de reducción _____		
Promedio de Permetro de Cintura	Inicio: _____	Al momento: _____	Cms. : _____		
Promedio Grupal de Glucosa en pacientes con DM y Mixtos	Grupal _____ mg/dl	Grupal _____ mg/dl	Promedio: _____ Mg/dl		
Promedio Grupal de Presión Arterial en pacientes con HTA y Mixtos	Grupal _____ / _____ mm Hg	Grupal _____ / _____ mm Hg	Promedio: _____ / _____ mm Hg		

Nombre (s) _____ Firmas _____
 Coordinador GAM (es) _____

Validado por Nivel Jurisdiccional _____

Validado por Nivel Estatal _____

Validado por Nivel Nacional _____

Grupo Acreditado: SI: _____ NO: _____ FECHA: _____ SELLO _____

OBSERVACIONES:

GUIA DE ENTREVISTA GRUPAL

GUIA PARA ENTREVISTA DEL GRUPO ----- GAM SAN JUAN DE LAS HUERTAS.
EDO DE MEXICO

Esta guía para entrevista de grupo permitirá tener información en las experiencias Enfermedades Crónicas (DM).

La presente tiene carácter confidencial cuyo uso será exclusivo para el análisis e investigación y no serán utilizadas para ningún propósito distinto. La participación es voluntaria y por tanto es en plena libertad de negar a participar o de retirar cuando desee el participante.

El consentimiento informado será oral para el grupo focal.

Esta dinámica durara 1 hr. Máximo

- ¿Para usted qué es la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, obesidad?
- ¿Por qué cree que padece su enfermedad?
- ¿Cómo conoció el grupo de ayuda mutua? ¿Conoce otros grupos de ayuda?
- ¿Cómo se siente de estar en este Grupo de Ayuda Mutua?
 - ¿Ha cambiado su vida desde que está en un grupo GAM?, ¿De qué forma?

GUIA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

GUIA PARA ENTREVISTA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS INTEGRANTES DEL GAM SAN JUAN DE LAS HUERTAS

Mayo de 2012

Introducción

Buenas tardes mi nombre es _____ y el objetivo de realizarle esta entrevista es conocer cuál ha sido su experiencia en el Grupo de Ayuda Mutua

Comenzaremos con preguntas generales, si usted no desea responder a alguna o algunas de ellas, las podemos omitir y continuar con la siguiente. En caso de que usted quiera ampliar alguna respuesta, siéntase con la libertad de hacerlo. Recuerde que en la entrevista no hay respuestas buenas o malas y tampoco será juzgado (a).

Perfil

¿Cuál es su edad?

¿Fue a la escuela? ¿Hasta qué grado estudió?

¿Dónde nació? Siempre ha vivido aquí en San Juan, Zinacantepec?

¿A qué se dedica?

¿Es usted casado/a, viudo/a...?

¿Tiene hijos? ¿Cuántos y de qué edades?

¿Tiene nietos? ¿Cuántos y de qué edades?

¿Con quién vive usted?

¿Recibe algún tipo de apoyo de algún programa? ¿Cuál?

¿Depende de alguien económicamente? ¿De quién?

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

- 1) ¿Desde cuándo le diagnosticaron su enfermedad?
- 2) ¿Existen otras personas enfermas en su casa (de esa enfermedad u otras enfermedades)
- 3) ¿Por qué cree que se enfermó?
- 4) ¿Que hizo cuando se supo enfermo?
- 5) ¿Cómo se sintió usted con su enfermedad?
- 6) ¿Qué hizo al respecto?
- 7) ¿Qué le dijeron en su casa, su familia, su trabajo (Lo ayudaron, como lo vieron) Como se manejó con ellos?

8) ¿Cómo llegó al Grupo de Ayuda Mutua, desde cuándo?

INTEGRACION Y PARTICIPACION EN GAM

9) ¿Conoce a todos los integrantes del GAM? COMO SE SIENTE CON ELLOS

10) ¿Conoce al personal de salud que maneja el GAM? ¿Sabe quiénes son? ¿Cómo se siente con ellos?

11) ¿Qué actividades realiza en su Grupo? (buscar si toma decisiones, si colabora, si participa y es responsable)

12) ¿Qué actividades realiza en casa, trabajo? (buscar si toma decisiones, si colabora, si participa y es responsable)

13) ¿Cómo se cuida usted su enfermedad

ENSEÑANZAS EN EL GAM

14) **¿Qué le han enseñado en el GAM?** ¿Sabe que alimentos son buenos para su salud y cuales son malos? ¿Actividad física?

15) ¿Ha aprendido una nueva forma de alimentación? ¿Cómo? ¿Cuál? ¿La práctica, en donde?

16) ¿Ahora qué sabe de su enfermedad?

17) ¿Sabe cuáles pueden ser sus complicaciones? ¿Menciónelas

18) ¿Conoce porque motivos se puede complicar su enfermedad?

19) ¿Usted se cuida? Como se cuida para no tener complicaciones ¿Se hace automonitoreos, revisión de pies, revisión de ojos, acude a su cita médica (Conoce los valores normales de glicemia, presión arterial, etc.)?

20) ¿Conoce en qué momento acudir por ayuda? (tipo de ayuda y con quien)

21) ¿Sigue tomando el mismo medicamento que cuando empezó su enfermedad (mas menos, igual)

22) **¿Cómo se siente hoy?** ¿Hoy que dice su familia? ¿Qué dicen sus amigos? ¿Cómo es su relación con ellos?

23) ¿Qué le gusta del Grupo de Ayuda Mutua?

24) ¿Qué no le gusta del Grupo de Ayuda Mutua?

25) ¿Ha cambiado su vida desde que está en un grupo GAM? ¿De qué forma?

26) ¿Qué le hace falta su grupo de ayuda mutua

27) ¿Cuál cree que es la finalidad o la meta del GAM? ¿Donde pretenden llegar?

28) ¿Cuál es la meta de usted? ¿Qué quiere para su salud?

29) **¿RECOMIENDA ESTAR EN UN GRUPO GAM?** ¿Por qué?

Hemos llegado al final de la entrevista, si tiene alguna duda con gusto se la puedo aclarar.....Muchas gracias por la información y el tiempo otorgado.