

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

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



**“Desarrollo de habilidades de auto- cuidado en un grupo
de diabéticos tipo 2 en Tlzapotla, Morelos durante
septiembre- diciembre de 2008”**

Proyecto terminal profesional que para obtener el grado de Maestra en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento.

Presenta: Olivia Alonso Beltrán

Director:

Mtra. Marcela Sánchez Estrada

Asesores:

Dra. María Guadalupe Ruelas González

Dr. Jesús Alejandro Vera Jiménez

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

A mis padres, Olivia y Armando.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Agradecimientos

A cada una de las personas que participaron en el grupo de diabéticos de Tilzapotla en el 2008: Inés, Alberta, Carolina, Teresa, Candelaria, Tomasa, Julia, Ceferina, Elia, Juana, Lucía, Viviana, Heriberta, Catalina, Felipa, Juana, Gerónima, María, Ambrosia, Lorenza, Reyna, Cira y Tranquilino.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el apoyo otorgado y por el impulso que brinda al desarrollo científico en mi país.

A todos los investigadores, académicos y personal administrativo del Instituto Nacional de Salud Pública/ Escuela de Salud Pública de México que de una o muchas formas hicieron posible mi recorrido.

A mi directora y asesores de mi Proyecto Terminal Profesional

A todos mis compañeros de generación, en especial a los que se preocupaban por mí ser, hacer y aún conservo su amistad.

A mis compañeros de viaje y de vida, a quien llamo y son mis amigos.

A mi novio, quien me acompañó en el inicio de esta experiencia y ahora en este cierre.

A mi familia, en especial a mis papás, de los que recibo siempre su amor y apoyo incondicional.

A Dios, por poner en mi camino a las personas y condiciones para saberme afortunada.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 5 |
| Antecedentes | 6 |
| <i>La situación de salud en Tilzapotla, Puente de Ixtla</i> | 10 |
| <i>Priorización</i> | 29 |
| <i>Importancia de la Diabetes Mellitus tipo 2</i> | 34 |
| Marco Teórico | 37 |
| <i>Autocuidado</i> | 37 |
| <i>Autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2</i> | 40 |
| <i>Intervención psicosocial: intervención educativa</i> | 41 |
| <i>Educación popular</i> | 43 |
| <i>Habilidades del pensamiento</i> | 44 |
| <i>Percepción de beneficio</i> | 45 |
| Planteamiento del problema | 47 |
| Justificación | 49 |
| Objetivos | 51 |
| Metodología | 52 |
| Ejecución de la intervención | 57 |
| Evaluación de la intervención | 71 |
| Resultados | 73 |
| <i>Resultados sociodemográficos</i> | 73 |
| <i>Evaluación Pre y post test</i> | 75 |
| Discusión | 82 |
| <i>Conclusiones</i> | 84 |
| <i>Recomendaciones</i> | 87 |
| Referencias bibliográficas | 90 |
| Anexos | 93 |

Introducción

Para el ejercicio de los salubristas es fundamental definir la situación de salud de cierta población a través de un diagnóstico, para de esta manera, tomar decisiones y acciones que repercutan en el mantenimiento o mejora del estado de salud. Este escrito presenta de manera sistematizada la descripción de la intervención “Habilidades de autocuidado en un grupo de diabéticos tipo 2 en Tilzapotla, Morelos durante septiembre- diciembre 2008”, el trabajo elaborado para incidir de manera positiva en la salud de la población, así como los resultados encontrados una vez finalizada la intervención.

El documento contiene un panorama de la situación general de salud de Tilzapotla y el ejercicio de priorización, en el cual la diabetes es reconocida como un problema preponderante en la comunidad. Se expone una justificación para llevar a cabo esta intervención, se plantea el problema y los objetivos así como el marco teórico que sirvió de referencia. En seguida se describe la metodología utilizada para llevarla a cabo, los resultados obtenidos y la discusión de estos después de haberla realizado, así como la conclusión y algunas recomendaciones.

La intención de esta intervención es incidir en un problema de salud pública desde una atención primaria y fomentar entre los involucrados la participación activa, en este caso, para llevar a cabo un programa para el desarrollo de habilidades de cuidado de la diabetes.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Antecedentes

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr en las personas es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud se ha discutido a lo largo de la historia y está reconocido en numerosos tratados internacionales y locales sobre derechos humanos y en las constituciones de diferentes países incluyendo a México (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1960) define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta definición se contempla un estado a alcanzar de orden utópico por la idea de un completo bienestar. Es importante remarcar que la ausencia no deja claro el concepto, no basta para explicar lo que es salud. A su vez las personas viven y se relacionan con otras personas que a su vez forman grupos y tienen repercusión con su salud. Los grupos influyen tanto negativamente como positivamente en la salud.

Tanto la salud como la enfermedad son procesos que por su naturaleza están unidos a la misma vida. Aunque son antagónicos los conceptos, ambos están determinados por sistemas biológicos y sociales que implican respuestas biológicas, sin dejar de lado estrategias sociopolíticas y económicas. La existencia de los diferentes grupos sociales permite la manifestación de estos procesos, es decir, los problemas de salud y los estados de bienestar son característicos de cada grupo en momentos específicos de su evolución. Los conceptos de salud-enfermedad y población han evolucionado a través de la historia (Martínez, Anto y

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Gili, 1998). De acuerdo a esto, la respuesta social organizada se va modificando y actualizando conforme a esa evolución de la humanidad y conceptual.

Después de los grandes movimientos sociales del siglo pasado entre los años cincuenta y setenta que fomentaron que las personas tuvieran pleno acceso a sus derechos y no al trato desigual, se influyó en gran medida en la redefinición del sujeto intervenido por la respuesta social organizada. Dando cabida no sólo a la atención de las personas que acudían a los servicios sanitarios, sino a toda la población, Dando lugar a las actividades de prevención y promoción de la salud.

Las acciones de salud se pueden clasificar en tres grandes grupos: de promoción, de prevención y de curación y rehabilitación (Martínez et al, 1998). Cualquier estrategia de intervención es una combinación de estos tres tipos de acciones de salud. Para llevar a cabo alguna acción de salud se debe conocer el individuo a intervenir que en el caso de la promoción se actúa fundamentalmente a nivel de la sociedad y grupos específicos. En cuanto a la prevención se actúa en tres niveles dependiendo del problema y actividades: la sociedad, los grupos y los individuos. En cuanto a la curación y rehabilitación incluyen la medicina curativa y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente. (Redondo, 2004).

El propósito fundamental de la salud pública es promover la salud, prevenir la enfermedad y cuando se presente curarla o aliviarla (rehabilitar). La salud pública hace referencia al abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva poblacional y como componente de un campo del conocimiento y de la práctica social transformadora (Pineault, 1995). El objeto de estudio y trabajo de la

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

salud pública es la situación de salud de las poblaciones y para aproximarse a esto existe una herramienta que es el diagnóstico de salud.

El diagnóstico de salud según Pineault (1995) es:

“Un procedimiento de investigación que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidades o poblaciones, con el fin de identificar problemas y necesidades de salud, determinar algunos de sus factores causales, como parte de un proceso que no debe concluir hasta la solución o control de los problemas que se hayan detectado.”

Comentario [O1]: Se supone que en formato APA las citas largas van de esta forma pero agregaré las comillas

La situación de salud puede ser identificada por medio del análisis de los factores condicionantes, riesgos y daños a la salud y la respuesta social organizada. Estos son los aspectos que se debe considerar en un diagnóstico.

Con formato: Justificado

Los factores condicionantes son aquellos aspectos sociodemográficos, políticos, culturales, geográficos, de educación, económicos, recreativos y deportivos que inciden en la dinámica de la población. Estos factores influyen para que la población presente mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades así como que presente menor probabilidad para padecer otras enfermedades (Ministerio de Salud de la República de Perú, 2002).

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Los riesgos y los daños a la salud es el segundo aspecto que se analiza.

Con formato: Justificado

Los riesgos a la salud según Frenk (1993) son: biológicos, ambientales, ocupacionales, sociales y conductuales, como la violencia, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, entre otros. Los daños a la salud se clasifican en morbilidad y mortalidad. La morbilidad es el número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinado; y mortalidad es el número proporcional de muertes en población y tiempo determinado (Frenk, 1993).

El tercer aspecto es la respuesta social organizada y esta toma como vehículo los sistemas de salud que se definen como diversas organizaciones y personas que participan en la producción de servicios, cuya esencia es que todo resulta mayor que la suma de las partes según Frenk (1993).

Existen diferentes tipos de diagnóstico: el administrativo, el estratégico y el ideológico. El diagnóstico administrativo comprende las acciones desde la o las instituciones de salud; por otro lado el diagnóstico estratégico abarca el ámbito de los intereses y conflictos de las fuerzas sociales que interactúan con las instituciones de salud; y el diagnóstico ideológico se ocupa del nexo entre las fuerzas sociales en torno a la salud y la totalidad social (Méndez, s.f.).

El diagnóstico integral de salud (DIS) incorpora los aspectos que manejan los diagnósticos ya mencionados, y con ello favorece a que el resultado de la investigación tenga un panorama más holístico sobre la situación de salud de la población estudiada. El DIS cuenta con cuatro fases. La primera es delimitación del sujeto de estudio la cual consiste en reconocer el área e identificar las características generales de la población. La siguiente fase es la identificación y

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

descripción de los factores condicionantes, del estado de salud y del sistema de Servicios de Salud. La fase que continúa es la evaluación integral de la situación de salud encontrada y la última fase es la elaboración de un pronóstico de la situación de salud (Testa, 1995). Existen diferentes métodos tanto cualitativos como cuantitativos para obtener datos que faciliten éste análisis. Al utilizar metodología mixta el investigador se ve beneficiado ya que se tiene diferentes perspectivas del problema y se conoce con mayor amplitud la situación que interesa. Algunas ventajas de utilizar ambos métodos es que el problema se aborda con mayor fluidez y dinamismo.

Se presenta a continuación la situación de salud identificada en la localidad de Tilzapotla en el Municipio de Puente de Ixtla, 2008.

La situación de salud en Tilzapotla, Puente de Ixtla

En el 2008, un grupo de especialistas llevaron a cabo un diagnóstico de salud administrativo en el municipio de Puente de Ixtla, y de manera particular, un DIS en la localidad de Tilzapotla. Puente de Ixtla se localiza geográficamente en las siguientes coordenadas: norte 18° 43', sur 18° 27', este 99°11' y oeste 99° 22' de longitud. Colinda con otros municipios y un estado. Al norte con Miacatlán y Xochitepec, al sur con el estado de Guerrero, al este con Jojutla y Zacatepec, al oeste con Amacuzac y Mazatepec, al noroeste con Tlaltizapán, y al suroeste con Tlaquiltenango. Las principales localidades que conforman el municipio son: Puente de Ixtla (cabecera municipal) Xoxocotla, San José Vista Hermosa, Tilzapotla, Ahuehuetzingo, Tequesquitengo, La Tigra, El Coco, El Estudiante, El Zapote y El Salto.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Tilzapotla es una localidad del estado de Morelos que pertenece al municipio de Puente de Ixtla, la cual se encuentra ubicada al sureste del estado; geográficamente se ubica con una latitud $18^{\circ}28'15''$, longitud $099^{\circ}16'29''$ y una altitud de 1000 metros sobre nivel del mar. Limita al norte con una localidad de Tehuixtla, municipio de Jojutla, Morelos; al sur con el estado de Guerrero, al Este con el municipio de Tlaquitenango y al Oeste con las localidades de la Tigra y El Salto, Morelos.

Cuenta con una superficie de 59.18 kilómetros cuadrados lo que representa al 19% del total del municipio. Su orografía se describe como una cadena montañosa hacia en suroeste de la cual sobre sale “El cerro frío”. La hidrografía del lugar cuenta con la presa “General Emiliano Zapata” con una capacidad de 6000 metros cúbicos, que fue construida en el año de 1968, y es nutrida con arroyos que se forman por aguas corredizas de las regiones montañosas durante esa época.



Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Las poblaciones que se abordaron para realizar los diagnósticos de salud fueron el municipio de Puente de Ixtla, Morelos y la localidad de Tilzapotla

Este DIS incluyó el análisis de tres componentes: factores condicionantes, riesgos y daños a la salud y respuesta social organizada. Para la realización del DIS en Tilzapotla se utilizaron fuentes primarias y secundarias. El diseño de la investigación de Tilzapotla fue de tipo ecológico, transversal, descriptivo, en el cual se estudió un universo de 4,688 habitantes (INEGI, 2005).

Primero se diseñó una muestra ya que se había determinado la población, se tomó la muestra de este universo con un nivel de confianza del 95%, resultando 426 habitantes como se muestra en la Figura1

Con formato: Justificado

$$\frac{n = z^2 \cdot (pq)}{E^2} \qquad \frac{n = 1.96^2 \cdot (.5 \cdot 5)}{(.05)^2}$$

$$\frac{n - 1 + n0 - 1}{N} \qquad \frac{n = 1 + 384 - 1}{4688} = 355$$

355 + 20% = 426

Figura 1. Formula para obtener muestra

La información de las fuentes primarias, es decir la que provino directamente de los habitantes de Tilzapotla, se obtuvo mediante una encuesta que consistió en la aplicación un cuestionario con el fin de recabar información de

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

una muestra en muestreo probabilístico sistematizado y de entrevistas semi estructuradas realizadas a cinco informantes clave.

Para elaborar el cuestionario que se uso como instrumento de la encuesta se operacionalizaron las variables de interés para conocer los tres aspectos que abarcó el DIS, factores condicionantes, riesgos y daños a la salud y respuesta social organizada; y con apoyo de instrumentos aplicados anteriormente, como el cuestionario de la encuesta del Censo 2000 y la ENSANUT se formularon las preguntas. El cuestionario contaba con los siguientes apartados: características sociodemográficas y económicas de la población, características de la vivienda, riesgos de la población (migración, obesidad, alcoholismo y violencia), morbilidad, discapacidad, mortalidad, recursos para la salud y servicios otorgados.

En cuanto a la guía de la entrevista se elaboró analizando las preguntas que arrojarían información para el análisis de los elementos del DIS y por acuerdo del grupo responsable. Los informantes clave fueron: el director de la primaria del centro de la localidad, el ayudante municipal, el comisariado ejidal, director y promotor del centro de salud y el sacerdote de la localidad. Los cuales se seleccionaron por acuerdo del grupo encargado de elaborar el DIS, siguiendo los criterios de la perspectiva cualitativa y posterior a un ejercicio de observación participativa.

Los datos de la encuesta fueron capturados en el programa de hoja de cálculo Excel® para ser sistematizados y analizados en el software STATA®. Las entrevistas se capturaron en procesador de textos de Microsoft® desde donde se importaron los archivos en formato de texto y codificadas en el software Atlas Ti®

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

para posteriormente ser analizadas con base en la fenomenología descriptiva, la cual se basa en estudiar una realidad percibido y así acceder a la experiencia.

Se utilizaron como fuentes secundarias el censo del 2000 y el II Censo de Población y Vivienda del 2005 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el Anuario Estadístico de los Servicios de Salud de Morelos, el Sistema de Información en Salud y el Registro Civil Municipal de donde se recolecto información de los tres aspectos que conformaban el DIS: factores condicionantes, riesgos y daños a la salud y respuesta social organizada.

Las características de la muestra estudiada en Tilzapotla son que predomina en Tilzapotla la población menor de 25 años con un porcentaje de 48.53%, resultante de la suma de los grupos quinquenales de cero a 24 años, mientras que la población de 25 a 49 representa únicamente el 26.08% del total de la población, y por último, la población mayor de 50 años constituye el 25.39%.

En la población de Tilzapotla como se muestra en la Tabla 1, el mayor número de habitantes se concentra en el sexo femenino con 51.6 %.

Tabla 1.
Población de Tilzapotla, Puente de Ixtla, 2000

| Población | Número de Habitantes | Porcentaje |
|-----------|----------------------|------------|
| Total | 4865 | 100 |
| Masculina | 2357 | 48.5 |
| Femenina | 2508 | 51.6 |

Fuente: INEGI 2000

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Cerca de la mitad de los habitantes están solteros, mientras que el 43.76% están casados o en unión libre. Únicamente el 5.44% de los habitantes viven en estado de viudez y menos del 2% están separados o divorciados.

En cuanto a educación, cerca del 20% de la muestra no sabe leer ni escribir en Tilzapotla (Ver Tabla 2). Esto es más del doble que el 8.4% de la población mexicana, arrojado por el II Censo de Población y Vivienda (2005).

Tabla 2.
Alfabetismo Tilzapotla, 2006

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| Saben leer y escribir | 353 | 80.05 |
| No saben leer y escribir | 87 | 19.73 |
| No cuenta con el dato | 1 | .23 |

Fuente: Encuesta del diagnóstico integral de salud Tilzapotla, 2008

Respecto a ocupación, el 27.89% de la muestra se dedica a las labores del hogar, un 25.85% son estudiantes, 13.83% de la muestra son obreros o comerciantes y el 6.12% son agricultores o ganaderos, así mismo sólo el 1.81% de la muestra se encuentra desempleada.

El 33.12% de la muestra que se encuentra laborando tiene un ingreso quincenal de entre 751 y 1,250 pesos. El 31.16% tiene un ingreso por debajo de los 750 pesos y el 9.09% reporta entre 1,251 y 1,750 pesos. El 26.62% de la muestra tiene un ingreso por arriba de 1,750 pesos.

Tabla 3.
Ocupación, Tilzapotla, 2008

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| Concepto | Número | Porcentaje |
|----------------------------|--------|------------|
| No aplica | 41 | 9.30 |
| Empleado | 34 | 17.01 |
| Comerciante/ obrero | 61 | 13.83 |
| Agricultor/ ganadero | 27 | 6.12 |
| Hogar | 123 | 27.89 |
| Estudiante | 114 | 25.85 |
| Desempleado | 8 | 1.81 |
| Otro/trabajo por mi cuenta | 31 | 7.03 |
| No sabe | 2 | 0.45 |

Fuente: Encuesta del diagnóstico integral de salud Tilzapotla, 2008

De acuerdo a esta encuesta, el 27.59% de los hogares tienen dos habitantes, mientras que en el 17.24% habitan cinco personas y el 15.52% de los hogares cuenta con tres habitantes. El resto de los hogares en menores porcentajes están constituidos por siete, seis, cuatro y una persona.

Las viviendas de Tilzapotla con drenaje conectado a la red pública representan el 72%. El 69.9% de las viviendas tiene techo de losa, concreto, tabique, ladrillo o terrado con viguería y el resto tiene techos de material ligero según el II Censo Nacional de Población y Vivienda (2005). El 81.9% de las viviendas encuestadas tienen piso de cemento o firme, el 8.62% es de tierra y el 9.48 % cuentan con piso de madera u otro material. En estos hogares encuestados se encontró que el 40.5% cuenta con automóvil, el 38.79% cuenta

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

con horno de microondas, el 10.34 % por ciento tiene Internet, y el 14.66% cuenta con algún tipo de televisión de paga (Ver Tabla 4).

Tabla 4.
Bienes en las viviendas de Tilzapotla, 2008

| Número de viviendas que cuentan con: | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Automóvil | 47 | 40.52 |
| Horno Microondas | 45 | 38.79 |
| Computadora que tiene acceso a Internet | 12 | 10.34 |
| Televisión de paga (cable) | 17 | 14.66 |

Fuente: Encuesta del diagnóstico integral de salud Tilzapotla, 2008

El segundo aspecto que se analizó fue la migración y se encontró que 58 hogares que corresponde al 50% tienen un familiar viviendo en EEUU. De estos 116 hogares, el 72.41% que son 42 hogares reciben remesa como se muestra en la Figura 2.

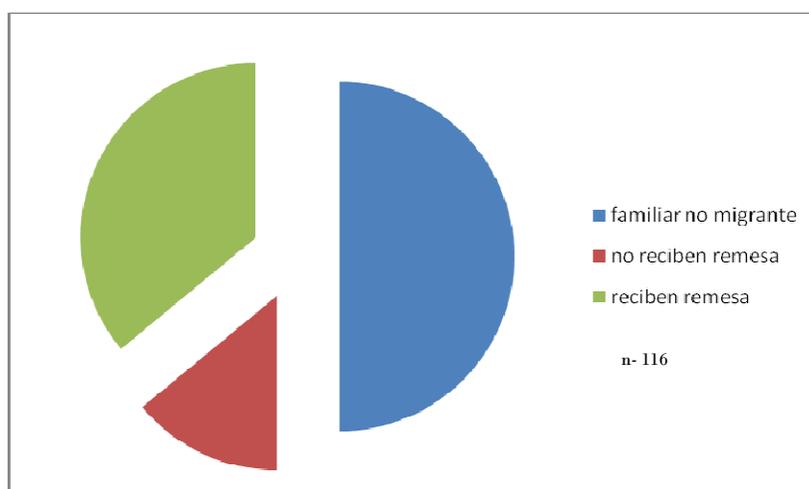


Figura 2. Migración en Tilzapotla

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Fuente: Encuesta del diagnóstico integral de salud Tilzapotla, 2008

De los que reciben remesa el 51.72% la usan para alimentación, el 31.05% para mejora de la vivienda, el 20.69% lo usa para educación y el 15.52% lo usa para adquisición de bienes y el 12.06% lo usa para otras cosas. Las personas usan este ingreso para satisfacer principalmente sus necesidades básicas y mejorarlas como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5.
Uso de Remesa enviada de EEUU a habitantes de Tilzapotla, 2008

| Uso de remesas | Número | Porcentaje |
|-----------------------|--------|------------|
| Alimentación | 30 | 51.72 |
| Mejora de vivienda | 18 | 31.05 |
| Educación | 12 | 20.69 |
| Adquisición de bienes | 9 | 15.52 |
| Otros | 7 | 12.06 |

Fuente: Encuesta del diagnóstico integral de salud Tilzapotla, 2008

Otros factores de riesgo para la salud encontrados fueron la obesidad y el sedentarismo. De las personas encuestadas el 75.3% perciben tener un familiar con obesidad y el 82% reporta no realizar ejercicio como mínimo tres veces a la semana.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Las principales enfermedades mostradas en Tilzapotla según el Sistema de Información en Salud (2005) y como se observa en la Tabla 6 son en primer lugar las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 89.200 por cada 1,000 habitantes. En segundo lugar están las infecciones diarreas por organismos y mal definidas con una tasa de 21.987 por cada 1,000 habitantes, en tercer lugar se encuentran las infecciones por vías urinarias con una tasa de 19.260 por cada 1,000 habitantes. El cuarto lugar lo ocupa la intoxicación por picadura de alacrán, la enfermedad registrada en quinto lugar es la faringitis y amigdalitis estreptocócicas con una tasa de 5.795 por cada 1,000 habitantes, seguida por la gastritis con una tasa de 5.795 por cada 1,000 habitantes. La tricomoniasis urogenital ocupa el último lugar en la lista con una tasa de 3.068 por cada 1,000 habitantes.

Tabla 6.
Diez Causas Principales de Morbilidad General, Tilzapotla, 2005

| Concepto | Puente de Ixtla | Casos | Tasa |
|----------|---|-------|--------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 527 | 89.200 |
| 2 | Infecciones diarreas por organismos y mal definidas | 129 | 21.987 |
| 3 | Infección de vías urinarias | 113 | 19.260 |
| 4 | Intoxicación por picadura de alacrán | 60 | 10.226 |
| 5 | Faringitis y amigdalitis estreptocócicas | 34 | 5.795 |
| 6 | Gastritis | 34 | 5.795 |
| 7 | Candidiasis urogenital | 31 | 5.283 |
| 8 | Otitis media | 28 | 4.772 |
| 9 | Conjuntivitis | 25 | 4.261 |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | | |
|----|--------------------------|----|-------|
| 10 | Tricomoniasis urogenital | 18 | 3.068 |
|----|--------------------------|----|-------|

Fuente: Sistema de Información en Salud Ene-Dic. 2005
Tasa: 100 000 por habitantes

Las principales causas percibidas de enfermedad en Tilzapotla de acuerdo con los datos recabados en la encuesta para el DIS (2008) son las infecciones respiratorias agudas, hipertensión, enfermedad diarreica aguda, asma y en quinta posición la Diabetes Mellitus.

Más de la mitad de la muestra, percibe su salud como buena, es decir, percibe que se encuentra en un estado de bienestar y equilibrio, como se muestra en la Tabla 7. Menos del 5% percibe su salud como mala. Es una localidad que en su mayoría percibe que tiene una salud entre buena y regular.

Tabla 7.
Percepción de salud, Tilzapotla, 2008

| Concepto | Número | Porcentaje |
|-----------|--------|------------|
| Buena | 272 | 61.68 |
| Regular | 145 | 32.88 |
| Mala | 17 | 3.85 |
| No aplica | 1 | 0 |

Fuente: Encuesta del diagnóstico integral de salud Tilzapotla, 2008

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

El 1.81% de la muestra percibe que presenta discapacidad motriz, el 0.45% corresponde a discapacidad visual e intelectual y no se encontró que se perciba ninguna discapacidad auditiva.

La mortalidad registrada en el Estado de Morelos en el 2006 tiene a la Diabetes Mellitus en tercera posición en la lista de las principales causas de muerte con una tasa de 60.6 por 100,000 habitantes. Según los Servicios de Salud de Morelos (2005) la Diabetes Mellitus es la primera causa de muerte registrada en el municipio de Puente de Ixtla con un total de 32 defunciones y una tasa de 53.87 por cada 100, 000 habitantes. Es decir, en un año a causa de la Diabetes Mellitus murieron 53 personas por cada 100, 000 habitantes de Puente de Ixtla.

En Tilzapotla la primera causa de muerte es la insuficiencia renal con cuatro casos y una tasa de 0.680 según el Registro civil Municipal (2005). La segunda causa es la insuficiencia cardiaca congestiva con una tasa de 0.340 al igual que la bronconeumonía. Como cuarta causa está el infarto agudo al miocardio, le sigue la ruptura de aneurisma y la sexta causa es trombosis mesentérica. La séptima causa es la meningitis bacteriana, la octava es debido a la prematurez y la novena es melanoma maligno. La décima causa registrada es la úlcera gástrica. A partir de la cuarta causa los registros fueron solamente de un caso, con una tasa de 0.170 según el Registro Civil Municipal, como se muestra en la Tabla 8. La insuficiencia renal está relacionada directamente con la Diabetes Mellitus ya que es una de las complicaciones tardías de esta enfermedad después de que se da un daño vascular.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Tabla 8.
Diez causas principales de mortalidad general, Tilzapotla, 2005

| Número | Causas | Casos | Tasa |
|--------|-----------------------------------|-------|-------|
| 1 | Insuficiencia renal | 4 | 0.680 |
| 2 | Insuficiencia cardiaca congestiva | 2 | 0.340 |
| 3 | Bronconeumonía | 2 | 0.340 |
| 4 | Infarto agudo al miocardio | 1 | 0.170 |
| 5 | Ruptura de aneurisma | 1 | 0.170 |
| 6 | Trombosis mesentérica | 1 | 0.170 |
| 7 | Meningitis bacteriana | 1 | 0.170 |
| 8 | Prematurez | 1 | 0.170 |
| 9 | Melanoma maligno | 1 | 0.170 |
| 10 | Úlcera gástrica | 1 | 0.170 |

Fuente: Registro Civil Municipal, Ene-Dic. 2005

En cuanto al último aspecto del DIS, la respuesta social organizada, un apartado que se incluyó fue la cobertura y se encontró que el 20.41% de los habitantes encuestados cuenta con seguridad social. Según la encuesta para el DIS Tilzapotla (2008), entre los habitantes que cuentan con seguridad social, se reconoce que el 15.19% cuenta con derecho a la atención en el IMSS, mientras que el 5.22% en el ISSSTE. Por otro lado, sólo el 36.96% cuenta con Seguro Popular, que es una protección social en salud más no una seguridad social. La población encuestada acude a los servicios de Salud de Morelos cuando enferman en un 43.54%, reconociendo que la atención privada muestra un 26.98%, el Seguro Popular con un 22.05%, en el IMSS se registra el 11.31%, el 3.90% acude

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

a ISSSTE, y solo el 1.36% acude al médico tradicional, los datos se presentan en la Tabla 10.

Tabla 9.
Unidades de atención donde acude la población cuando se enferma en Tilzapotla, 2008.

| Institución | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| IMSS | 50 | 11.34 |
| ISSSTE | 17 | 3.90 |
| Servicios de Salud de Morelos | 192 | 43.54 |
| Seguro Popular | 97 | 22.05 |
| Seguro Médico privado | 119 | 26.98 |
| Médico Tradicional | 6 | 1.36 |
| Otro | 2 | 0.45 |

Fuente: Encuesta del diagnóstico integral de salud Tilzapotla, 2008

Tilzapotla cuenta con un centro de salud rural concentrado (CSRC), el cual brinda atención desde 1967. Este centro de salud se compone por dos consultorios médicos, un cuarto de inmunizaciones, una farmacia, un módulo de CEDATOS que es donde se da servicio para el control térmico e hidratación, una sala de expulsión y cuarto de hospitalización con capacidad para dos pacientes, una habitación para el médico pasante, una sala de espera, una cocina, tres baños, un almacén, dos bodegas.

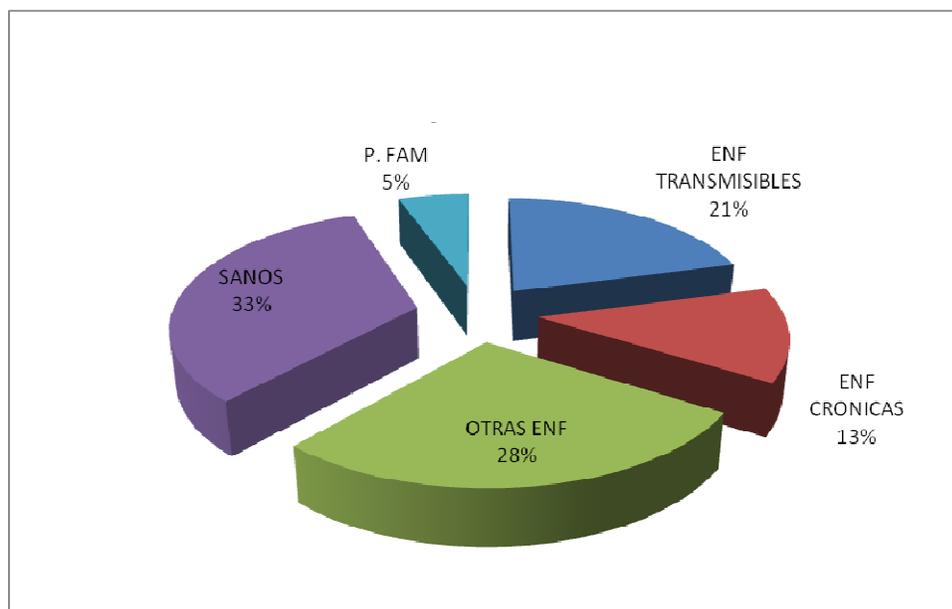
Del total de consultas otorgadas en el 2008 por sexo el 63% fueron a mujeres y el 37% a hombres. Las mujeres son el grupo que más hace uso de los

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

servicios de salud en Tlzapotla por las consultas otorgadas y queda evidenciado según el Sistema de Información en Salud (2008)

Según el Sistema de Información en Salud (2005) y como se observa en la Figura 3, las consultas otorgadas a personas sanas representan el 33% que corresponde a detecciones y acciones de la línea de vida (como vacunaciones y control del niño sano y el adulto mayor), las consultas otorgadas por enfermedades transmisibles el 21%, las consultas por enfermedades crónicas el 13%, por planificación familiar el 5% y por otras causas el 28%.

Figura 3. Consultas otorgadas



Fuente: Sistema de Información en Salud Ene-Dic. 2005

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Las sesiones educativas impartidas en el CSRC de Tilzapotla, son parte de la promoción a la salud. En el 2005 se dieron un total de 106 pláticas educativas en donde los principales temas abordados fueron enfermedades prevenibles por vacunación con un 43% y a diabetes e hipertensión se le dedicó el 9.4% a cada una de ellas como se observa en la Tabla 10.

Las sesiones educativas en su mayoría las impartió el promotor de salud como parte de los servicios del mismo centro. Estas sesiones correspondieron al programa de enfermedades crónico degenerativas de promoción a la salud y durante este mismo año fueron diez sesiones con el tema de Diabetes Mellitus que representan el 10% de las sesiones. Por otra parte, según la encuesta, los servicios preventivos recibidos en el mes de mayo del 2008 para la detección de Diabetes Mellitus es del 5.9%

Tabla 10.
Sesiones educativas otorgadas de promoción a la salud, CSRC, Tilzapotla, 2005.

| Temas | Total de sesiones | Número de personas |
|---|-------------------|--------------------|
| Enfermedades prevenibles por vacunación | 43 | 1526 |
| EDAS | 6 | 271 |
| Nutrición infantil | 1 | 40 |
| Arranque parejo en la vida | 4 | 68 |
| Planificación Familiar | 4 | 68 |
| Climaterio | 1 | 36 |
| Hipertensión arterial | 10 | 156 |
| Diabetes Mellitus | 10 | 156 |
| Salud Bucal | 3 | 30 |
| Alcoholismo | 2 | 27 |
| Tabaquismo | 2 | 27 |
| Accidentes | 1 | 40 |
| Tuberculosis | 1 | 40 |
| Enfermedades transmitidas por vector | 2 | 40 |
| Mejoramiento del medio ambiente | 1 | 40 |
| Dengue | 9 | 105 |
| IRAS | 6 | 30 |
| Total | 106 | 2700 |

FUENTE: SIS CSRC, Tilzapotla, 2008.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Como se observa en la tabla 11, el 65% del total de la muestra estudiada para fines del diagnóstico no acudió en el último mes a algún tipo de servicios preventivos y del 35% restante, el 30% acudió a vacunación y cerca del 20% a la prueba del Papanicolaou mientras que el 10% acudió a pláticas de educación para la salud en el último mes y el 7% a la revisión del niño sano, el resto de la muestra acudió a otro servicio con que representaban un porcentaje pequeño. En la localidad de Tilzapotla están familiarizados con algunos servicios preventivos pero es poca la población que acude a pláticas educativas. Estas pláticas educativas se llevan a cabo en las instalaciones del mismo centro de salud y principalmente se realizan con gente que cuenta con Oportunidades.

Tabla 11.
Servicios preventivos recibidos en el mes de mayo, 2008, Tilzapotla.

| Atención Preventiva | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Vacunación | 50 | 32.68 |
| Papanicolaou | 29 | 18.95 |
| Platicas de educación para la salud | 16 | 10.46 |
| Revisión niño sano | 11 | 7.19 |
| Exploración mamaria | 9 | 5.88 |
| Detección diabetes | 9 | 5.88 |
| Revisión bucal | 8 | 5.23 |
| Detección hipertensión arterial | 7 | 4.58 |
| Detección obesidad | 6 | 3.92 |
| Planificación familiar | 4 | 2.61 |
| Atención prenatal | 2 | 1.31 |
| Detección próstata | 2 | 1.31 |

Algunos datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes clave de la comunidad de Tilzapotla se presentan a continuación:

Factores condicionantes

Las consecuencias positivas que tiene el fenómeno de la migración en Tilzapotla son de índole económicas, las viviendas mejoran, las personas están en mejor situación e incluso el poblado ha mejorado en cuanto a su urbanización y su iglesia. Las desventajas de la migración en Tilzapotla se traducen en desintegración familiar y carencia de recursos humanos en la producción agrícola e industrial, así como en el consumo de drogas que son más accesibles en los EEUU. Un hecho característico de los migrantes de Tilzapotla es que llevan un profundo arraigo por su tierra que además de que los motiva a enviar divisas, también los trae de vuelta con frecuencia. Además buscan reunirse estando en Estados Unidos, han formado una colonia que le llaman Chicago-Tilza.

Riesgos y daños a la salud

Las tres principales enfermedades presentadas con mayor frecuencia son infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y crónicas como diabetes e hipertensión. La mortalidad en Tilzapotla se concentra en los grupos de personas mayores de 60 años y no existen muchos casos en otros grupos de edades menores. En esta comunidad las principales causas de mortalidad son por enfermedades crónicas degenerativas y complicaciones por algunas de esas enfermedades. Otra causa de muerte es por la cirrosis (relacionada con el

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

consumo del alcohol). Por último, se mencionó al cáncer como una enfermedad causante de muerte en la comunidad.

Respuesta social organizada

Los habitantes de Tilzapotla acuden para recibir atención médica a varios servicios de salud. La mayoría acude a los Servicios de Salud que se encuentran dentro de la comunidad, es decir, al centro de salud. Debido a la gran carga de trabajo se les dan fichas, 17 por médico y había tres médicos que da un total de 51 fichas, para recibir la atención de una manera ordenada. Esto ocasiona que algunas de las personas que solicitan el servicio no alcancen. La consulta por las tardes está muy restringida debido al tiempo.

Las personas que cuentan con seguridad social, como son los adscritos al IMSS o ISSSTE, en algunas ocasiones también acuden a los Servicios de Salud de Morelos debido a que las clínicas que les corresponden se encuentran fuera de Tilzapotla.

Después de la aplicación de diferentes técnicas para obtener datos y poder analizar el estado de salud de la comunidad de Tilzapotla, se encontró que es una comunidad rural del sur del estado de Morelos con una tradición migrante y con diferentes fuentes de trabajo, lo que permite a sus habitantes tener acceso a diferentes bienes. Por lo tanto, se observa que no es una comunidad marginada y mantiene organización en diferentes sectores (salud, ejidal, religiosos, educativo, entre otros). Los estratos socioeconómicos bajos se caracterizan por incluir a la población con menor nivel educativo. El 20% de la muestra es analfabeta, lo que aumenta la probabilidad de padecer ciertas patologías relacionadas con malas

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

condiciones de vida, limitaciones en los conocimientos sobre prevención y atención a la salud, repercutiendo también en la mortalidad de estos sectores de la población. Las principales causas de morbilidad son infecciones tanto respiratorias como intestinales, así como asma y diabetes. La primera causa de mortalidad encontrada es la insuficiencia renal que es de las principales complicaciones de la Diabetes Mellitus. La insuficiencia cardiaca congestiva es la segunda causa, esta es una enfermedad que puede ser diagnosticada oportunamente. La insuficiencia de actividades para la detección oportuna de enfermedades en los servicios de salud forma parte de los factores contribuyentes de la mortalidad por esta causa.

Priorización

La priorización para los problemas detectados en Tilzapotla se llevó a cabo mediante el método de Comparación por Pares (Estevenson, 2002), ya que es un método que permite comparar problemas no sólo de morbilidad y mortalidad, sino que permite un análisis sobre los problemas de los servicios de salud. Este método consiste en ir comparando dos problemas a la vez. Cada problema se compara con cada uno de los otros problemas y los expertos deciden cual problema de esos dos que se están comparando es el más importante. No es compleja la realización de la votación, ésta se realiza con expertos en el o los temas, y los resultados son precisos, sin embargo, una de las limitantes es que

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

cuando existen diez o más problemas este ejercicio puede ser tedioso por el número de comparaciones a realizar.

Este caso en particular, consistió en el debate de expertos en Salud Pública sobre la lista de problemas de salud para poder enlistar los problemas de salud y se realizó en un aula del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con la participación de los tres asesores para la elaboración del DIS, que son docentes investigadores del INSP, y las cuatro participantes en la elaboración de este mismo diagnóstico y estudiantes de la maestría en salud pública. El debate se llevó a cabo en una sola reunión de una duración aproximada de tres horas. El análisis de los problemas de salud se realizó tomando en cuenta los criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y externalidades las cuáles se definen a continuación (Pozo, Ricoy y Lázaro, 1994):

- Magnitud: Se refiere al tamaño del problema, así como a la población afectada por éste.
- Trascendencia: Es la ponderación que la sociedad hace del problema de acuerdo a su gravedad y consecuencias.
- Vulnerabilidad: Consiste en el grado en que un problema puede ser resuelto.
- Factibilidad: Implica la existencia de los recursos y la organización suficientes para solucionar o disminuir el problema.

Para la determinación de prioridades se contemplaron los aspectos de morbilidad y mortalidad. Se procedió a enlistar los 54 problemas por orden de

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

importancia según lo analizado por el grupo que elaboró el diagnóstico. Se eliminaron los problemas de salud que se repetían para poder obtener un nuevo listado. Al eliminar resultaron 41 problemas, de los cuales se reagruparon según grupos que abarcan a varios problemas sugeridos por los mismos especialistas en salud para así quedar una lista de 14 problemas. Por último de esos 14 se seleccionaron sólo 11 como los más importantes según la opinión de los expertos. De los que se eliminaron se encuentran: infecciones oftálmicas, artritis, cáncer de piel, enfermedades bucales, infraestructura inadecuada.

De las que se reconocen con mayor importancia y fueron enlistadas para llevar a cabo el ejercicio de priorización se encuentran las siguientes:

Infecciones respiratorias agudas, insuficiencia de medicamento, problemas cardiovasculares, barreras organizacionales para la accesibilidad, enfermedades gastrointestinales, insuficientes actividades de detección oportuna de enfermedades, intoxicación por picadura de alacrán, gastritis y úlcera gástrica, Diabetes Mellitus, enfermedades del tracto genitourinario, insuficientes actividades de promoción.

Cabe mencionar, que para la elaboración de la lista, se parte de las enfermedades o problemas de mayor importancia de acuerdo a los datos encontrados en el diagnóstico, tomando en cuenta los criterios mencionados anteriormente y el análisis que hacen los expertos, continuando con las de menor importancia y por último las residuales; lo cual no quiere decir que las que se eliminan de esta lista se dejan de atender, sino que se posponen para que en otro momento según estos expertos puedan ser atendidas.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Finalmente los resultados obtenidos por los problemas de salud fueron los siguientes:

Con base en el proceso de comparación de cada problema por pares, la Diabetes Mellitus obtuvo prioridad en 16.36% de cada uno de los cotejos realizados, representando el problema con mayor prioridad según los criterios establecidos, como se muestra en la Tabla 12.

En segundo lugar con iguales porcentajes resultan las enfermedades cardiovasculares y dos problemas de los servicios de salud: Insuficientes actividades de detección oportuna de enfermedades e insuficiente promoción de la salud, cada una resultando prioritaria en 14.55% de las comparaciones realizadas.

Un problema más de los servicios de salud obtuvo el tercer lugar con un 9.09% en prioridad de intervenir, las barreras organizacionales para la accesibilidad, seguido de las enfermedades gastrointestinales con 7.27% en cuarto lugar.

El quinto lugar se ocupó por un problema de los servicios de salud y tres enfermedades que en las contiendas salieron con 5.45%: la insuficiencia de medicamentos, la gastritis y úlcera gástrica, las infecciones respiratorias aguda y la intoxicación por picadura de alacrán.

Por último, con la más baja calificación para intervenir se ubican las enfermedades del tracto genitourinario que sólo resulto prioritaria si se compara con las barreras organizacionales para la accesibilidad, representando un 1.82% del total de las comparaciones.

Tabla 12.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Priorización con el método por pares de los problemas de salud encontrados en Tlzapotla, 2008

| Problema de salud pública | Comparación por pares | | | | | | | | | | Porcentaje |
|--|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| A IRAS | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | 5.45 |
| B Insuficiencia de medicamentos | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | 5.45 |
| C Enfermedades cardiovasculares | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | 14.55 |
| D Barreras Organizacionales para la accesibilidad | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | 9.09 |
| E Enfermedades gastrointestinales | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | 7.27 |
| F Insuficientes actividades de detección oportuna de enfermedades | F | F | F | F | F | F | F | F | F | F | 14.55 |
| G Intoxicación por picadura de alacrán | G | G | G | G | G | G | G | G | G | G | 5.45 |
| H Gastritis y úlcera gástrica | H | H | H | H | H | H | H | H | H | H | 5.45 |
| I Diabetes Mellitus | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | 16.36 |
| J Enfermedades del tracto genitourinario | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | 1.82 |
| K Insuficiente promoción de la salud | K | K | K | K | K | K | K | K | K | K | 14.55 |

El hecho de resultar la Diabetes Mellitus como el primer lugar en cuanto a problemas priorizados es congruente con las estadísticas de esta enfermedad a nivel nacional y mundial, así como su incremento en incidencia y prevalencia, por lo que Tlzapotla no es la excepción de ésta transición epidemiológica. El primer problema según el análisis de los expertos y este ejercicio de priorización es la Diabetes Mellitus como daño a la salud y otro problema priorizado es la insuficiente promoción a la salud como problema del servicio de salud.

Diferentes factores influyen en la aparición de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones. La forma en cómo vive la gente día a día tiene consecuencias y

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

se puede hablar de estilos de vida positivos o negativos para la salud. Los estilos de vida están relacionados con factores ambientales como la obesidad, alimentación y sedentarismo que a la vez median el estado de salud. De aquí la importancia de dar respuesta a estos problemas con una intervención.

Importancia de la Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes es una enfermedad crónica debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o que el organismo no la puede utilizar eficazmente. Esta sustancia llamada insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (aumento de la glucemia). La hiperglucemia, cuando aumenta la glucemia, es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos (William, 1993).

Existen cuatro diferentes tipos de diabetes Mellitus que se clasifican según su etiología: la diabetes Mellitus tipo 1 es ocasionada por la destrucción de las células B, lo que produce deficiencia absoluta de insulina; la diabetes Mellitus tipo 2 representa el 90% de los casos en México. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por falta de las células B. Estos dos trastornos suceden simultáneamente y varían en cada persona que los padece; otros tipos específicos de diabetes representan alrededor del 1% de los casos en México y son originados por otras causas; y la diabetes Mellitus gestacional que consiste en ser intolerante a la glucosa que se manifiesta en el tercer trimestre del embarazo.

Los factores de riesgo que se mencionan en el Boletín de prácticas médicas (2006) asociados con la diabetes Mellitus tipo 2 incluyen los siguientes: historia

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

familiar de diabetes Mellitus; edad, ya que esta enfermedad se presenta normalmente en personas mayores de 45 años; obesidad sobre todo en personas con aumento en la circunferencia abdominal ya que se ha encontrado una relación entre este tipo de obesidad y la este tipo de diabetes; antecedentes de diabetes gestacional o de haber tenido productos que pesaron más de 4 kg al nacer; dislipidemia; sedentarismo; y síndrome de ovarios poliquístico (SOP) manifestados por irregularidades menstruales y/o exceso de vello, hirsutismo.

Actualmente en México la prevalencia en adultos de diabetes es de 21.5% y la primera causa de muerte (Plan Nacional de Salud 2007- 2012, 2007). En Morelos y Puente de Ixtla la diabetes se encuentra entre las primeras tres causas de muertes. Las tasas de mortalidad son 60.6 (Estado) y 53.87 (Municipio) por 100,000 habitantes. Además de ser la diabetes Mellitus la primera causa de muerte es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas, alrededor del 20%

En cada administración presidencial se elabora un Plan Nacional de Desarrollo (2007) que traza los objetivos y las metas que se desean alcanzar y las estrategias para alcanzarlas. A partir de este documento se desarrolla un Programa Nacional de Salud con la participación de todas las instituciones del sector y de la sociedad civil. Uno de estos objetivos es mejorar las condiciones de salud de la población y este a su vez tiene diferentes metas para alcanzarlo. La meta relacionada con la diabetes enuncia “reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes Mellitus con respecto a la tendencia observada entre

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

1995- 2006. En este documento también aparecen diez estrategias para alcanzar los objetivos. La segunda de estas es el fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades. A su vez esta estrategia tiene líneas de acción, una de ellas se relaciona directamente con la diabetes Mellitus, “impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes Mellitus y riesgo cardio- vascular”.

Unas de las medidas a seguir para afrontar este problema de salud según Lerman (2007) son una mayor educación a la población en general y al personal de salud, fomentar la atención integral del paciente para que educadores de salud, trabajadores sociales, nutriólogos, psicólogos y enfermeras participen de forma conjunta con el paciente diabético y sus familiares y campañas de salud pública que fomenten la práctica de ejercicio y de adecuados hábitos de alimentación.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Marco Teórico

Autocuidado

La Organización Mundial de la Salud promulga con un grupo de trabajo especializado en el tema una definición del concepto de autocuidado (OMS, 1983) el autocuidado en salud se refiere a las actividades individuales, familiares y de la comunidad llevadas a cabo con la intención de mejorar la salud, prevenir y limitar enfermedades y restaurar la salud. Estas actividades proceden del conocimiento y habilidades que se desarrollan a partir del contacto con algún ámbito profesional, así como, de la experiencia de toda la vida y las personas las pueden llevar a cabo en su propio medio, en uno especial o en participación colaborativa con profesionales.

Otra definición del autocuidado (DeFriese, 1989) es la que incluye una amplia gama de comportamientos tomados por las personas, frecuentemente con apoyo de otros, que tienen como consecuencia y fin promover la salud y la independencia funcional. También son incluidas las acciones que las personas llevan a cabo para detectar y diagnosticar, prevenir o tratar las condiciones de las enfermedades, aún las agudas y crónicas.

Las practicas de autocuidado cambian de acuerdo al contexto y circunstancias que rodean a las personas, la evolución de las prácticas del cuidado de uno mismo han evolucionado de acuerdo a la época pero el concepto de autocuidado es relativamente nuevo en el ámbito de la salud (Cavanagh, 1993). Uno de los cinco componentes de la promoción de la salud establecidos en la Carta de Ottawa (1986) para la promoción de la salud es el desarrollo de las

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

aptitudes personales donde se explica y se entiende que en este componente se busca el cuidado de la salud:

“La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud, y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que le propicie la salud.”

Al hacer un análisis se han podido redactar algunos principios para el autocuidado (Tobón, 2000)

- El autocuidado es un suceso que deja el sujeto tome control de sus propios actos.
- En el autocuidado se debe involucrar la responsabilidad individual y está ligado a la vida cotidiana.
- El autocuidado se apoya en dos sistemas, el formal que es el de las instituciones de salud y el informal que es el apoyo social.
- El autocuidado tiene una carga social ya que se necesita cierto saber y da origen a diferentes relaciones entre individuos.
- Cuando una persona lleva a cabo acciones para el autocuidado (con el objetivo protector o preventivo) tiene la certeza de que mejorarán su salud.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

- Para que haya autocuidado se debe fortalecer el auto concepto, el autocontrol, la autoestima, la auto aceptación, y la resiliencia, es decir debe haber un crecimiento personal.

El concepto de autocuidado se encuentra ligado al de estilo de vida. Este concepto de estilo de vida, fue utilizado y analizado en el campo de las ciencias sociales y con el paso del tiempo se agregó al campo de la biomedicina (Arenas, Jasso y Campos, 2008). Los estilos de vida son entendidos como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Estos patrones se perfilan a partir de conductas que se repiten en las distintas circunstancias que la persona enfrentan día a día, y que realiza con influencia de su esquema de valores, los de otras personas y por los eventos políticos y económicos que caracterizan el medio en que se desenvuelven (Dean, 1989 en Vera 2009).

Según Dean (1989), dentro de los estilos de vida el autocuidado se puede expresar de tres formas:

- Como hábitos dentro de la rutina de vida diaria que deterioran la salud, como el fumar o el sedentarismo.
- Como conductas que de manera consciente buscan mantener la salud, como practicar caminata diariamente como rutina de ejercicio.
- Como conductas que responden a los síntomas de enfermedad, como el tomar cierto medicamento.

Lo cual lleva a relacionar este autocuidado con el problema de salud de interés, la Diabetes Mellitus.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Auto cuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes es una enfermedad complicada, ya que es crónica y requiere de vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de especialistas en salud. Es importante recalcar que la mayor parte del cuidado y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 debe provenir del paciente mismo. (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, s.f.). Las personas con Diabetes tipo 2 llevan diferentes acciones para su autocuidado y mantener o mejorar su nivel de salud.

Los pilares del tratamiento del diabético son la dieta, el ejercicio, los fármacos y el auto monitoreo. Las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 frecuentemente tienen una alimentación y actividad física que contribuyen a su problema. Una dieta balanceada y una actividad física adecuada podrían ser suficientes en un inicio del tratamiento para controlar el nivel glucémico. Por otro lado es en la minoría de pacientes que se puede tener el control de la glucemia sólo con la modificación de la dieta y el ejercicio. Entonces es necesario las medidas farmacológicas complementarias, que pueden ser antidiabéticos orales e inyecciones de insulina, por separado o en combinación. El automonitoreo se utiliza para evaluar el control de la glucemia y le permite al diabético una retroalimentación sobre los niveles de glucemia (Federación Internacional de Diabetes, 2006). El autocuidado del paciente diabético se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas, por lo que se le pide

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

al paciente que atienda estos pilares del tratamiento. (Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

El tratamiento de los pacientes va dirigido a la normalización de los niveles de glucemia y al control de los factores de riesgo ambientales que se relacionan con la diabetes como la obesidad, el sedentarismo o consumo de ciertos tipos de alimentos. Esto es el cuidado del diabético con respecto a su enfermedad (Durán-Varela B et al, 2001) .la obesidad, el sedentarismo y el consumo de ciertos alimentos entre otras acciones están íntimamente relacionados con los estilos de vida que tienen las personas adultas. Los estilos de vida son los determinantes de la salud que influyen más en la salud de una población según Pineault (1991).

Un sinónimo de los estilos de vida son las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud y en la adaptación de una enfermedad.

El proceso educativo de las personas con diabetes permite que las personas con Diabetes Mellitus se involucren de una manera activa en su tratamiento y les permite tomar acciones para su autocuidado (OPS, 2008). Cuando el proceso educativo se da de manera grupal existe la interacción y ocurre un crecimiento intelectual (Díaz Barriga, 2003)

Intervención psicosocial: Intervención educativa

Diferentes formas existen de abordar el proceso educativo y llevar a cabo una intervención educativa. La intervención psicosocial es una de las fórmulas eficaces y más recientes que se ha diseñado para que la acción psicológica pueda enraizarse socialmente. En la acción del psicólogo convergen innumerables

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

demandas sociales que requieren al psicólogo así como a muchos conocimientos psicológicos idóneos de ser utilizados (Sánchez y Morales, 2002). El profesional de la intervención psicosocial actúa sobre la realidad para así conseguir cierto cambio individual y/o social. De las instancias que se sirve para ellos son las personales, psicosociales y estructurales, considerándose a su alcance las psicosociales por ser las instancias que remarcan la interrelación entre lo individual y lo social. Estos son algunos elementos que caracterizan la intervención psicosocial (Fernández y Musitu, 2002):

- La mediación del profesional entre dos elementos: el cliente y el medio comunitario
 - La participación activa del sistema- cliente (agente de cambio)
 - El alcance sistémico de la interacción (contexto y comunidad)
 - La implicación personal del profesional (no neutralidad ideológica)
- La concepción democrática de las relaciones sociales y humanas
- La visión optimista en las posibilidades del hombre y los grupos para orientar y optimizar su propio destino

El interventor es el profesional que lleva a cabo la intervención que promueve la participación activa de las personas involucradas. Ambos se involucran en el proceso de conocimiento que a su vez los compromete en el desarrollo de respuestas prácticas al (o los) problema detectado. El uso de estrategias de enseñanza- aprendizaje activas y participativas son de gran

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

importancia usando instrumentos como el diálogo (Ávila, Vera, Musitu y Jiménez, 2009). En este mismo sentido se ve al individuo y grupo como sujeto activo y un agente de su propio cambio.

Educación popular

El enfoque propuesto y fundamento para abordar este tipo de intervenciones es conocido como el método de concientización de Paulo Freire, que es una alternativa de educación que propone diversas formas de acción, a partir de un pensamiento creador y crítico que inicia a las personas como sujetos activos en los procesos sociales. Según Ávila (2009) desde esta perspectiva la educación se concibe como un proceso donde el sujeto se vuelve crítico, cuestionador y transformador de la misma realidad y no un sujeto pasivo donde adquiere ciertos conocimientos.

Para lograr este tipo de educación se debe seguir la lógica pedagógica de la educación popular donde se parte una práctica para pasar a profundizar en el aspecto teórico y regresar a la práctica que transforma la realidad. Este método lleva a que los participantes se apropien de una práctica más consciente de sus prácticas y así favorecer la comprensión de la realidad para que la comprendan de diferente forma y que luego se realicen acciones transformadoras.

Este enfoque se distingue de los demás por su carácter motivador, su enfoque holístico e integrado de la realidad, su acento en el trabajo con grupos y desarrollo de redes sociales con el fin de lograr que los miembros de una comunidad lleven a cabo una acción transformadora y un compromiso social.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Habilidades del pensamiento. Educación para la salud

En general una habilidad según Campirán (1999) es una manifestación de una capacidad individual cuyo nivel de destreza produce la facultad para lograr una tarea, en este caso en el pensamiento. Las habilidades del pensamiento permiten tener la capacidad para lograr las metas que se han establecido e identificar opciones de solución. Así mismo, son un tipo especial de proceso mental que permiten el manejo y transformación de la información.

El ser humano es considerado por naturaleza un ser pensante, sin embargo existe la diferencia entre el pensamiento que es llamado natural y el pensamiento deliberadamente desarrollado y entrenado. Una persona educada debe distinguirse, a mayor educación mejor comportamiento es decir, el saber y las habilidades que concede la educación deben aparecer y confirmarse en la conducta (Correll, 1970). En el marco de la salud se hace uso de lo que es educación para la salud como una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores y que tiende a crear en los individuos conductas favorables a su salud. La educación para la salud pretende lograr que la población en la que se interviene: eleve en su escala de valores el concepto de salud; acepte y participe en el proceso de enseñanza-aprendizaje que le facilite la adquisición de mejores elementos para conservar y mejorar su salud; y haga uso eficaz y apropiado de los servicios de prevención y restauración de la salud (Secretaría de Salud y Asistencia, 1980).

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Percepción de beneficio

Existen diferentes teorías y modelos para abordar el comportamiento en relación con la salud de las personas. Las diferentes teorías abordan el problema desde lo individual, y/o social, es decir, desde diferentes esferas en que se desenvuelve el ser humano. De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud (MCS) el individuo puede llevar a cabo un cambio desde un nivel individual de comprensión e interacción. El MCS es una teoría construida desde el valor subjetivo, en este caso, el valor es el deseo de evitar cierto padecimiento posible (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997).

Este modelo se basa en tres premisas, ver en la Figura 4, la percepción que se tiene de determinado problema de salud es importante porque se es vulnerable a desarrollarlo, la percepción se tiene sobre si ese problema tendrá consecuencias severas en la vida cotidiana y que un determinado comportamiento tendrá efectos en el impacto de ese problema a partir de un análisis de beneficios y barreras para desarrollar el comportamiento. En este caso la Diabetes Mellitus es una enfermedad que se puede controlar más no curar. Otro aspecto es reconocer qué factores influyen en que la persona padezca o desarrolle la enfermedad o las complicaciones, aquí los estilos de vida y el conocimiento de la Diabetes entran en juego. La posibilidad de acción corresponde a la iniciativa de realizar ciertos cambios o llevar a cabo acciones que producirán un beneficio mayor que el esfuerzo dedicado. (Glanz, Rimer y Lewis, 2002) Por ejemplo, tomar el medicamento o llevar una dieta adecuada para el control glucémico.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

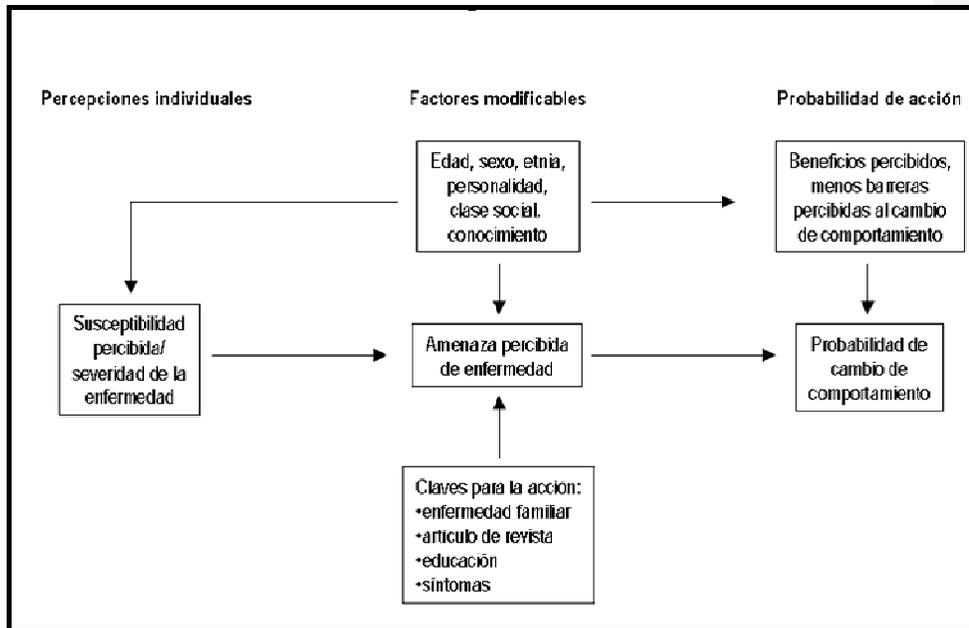


Figura 4. Modelo de creencias en Salud

Fuente: Glanz, Rimer y Lewis, 2002

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Planteamiento del problema

Al tener el diagnóstico de salud de Tilzapotla en el 2008 y llevar a cabo el ejercicio de priorización a través de la comparación de pares se obtuvo que la Diabetes Mellitus era el problema de salud pública con mayor prioridad en esta localidad (Alonso, Badillo, Cárdenas y Ríos, 2008)¹. Es una realidad que esta enfermedad incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como cardiopatías, enfermedades cerebro vasculares e insuficiencia renal. Igualmente es la causa más importante de amputación no traumática de miembros inferiores y la principal causa de ceguera.

En Tilzapotla, ciertas personas con Diabetes Mellitus acuden a consulta al centro de salud y aquí el médico les brinda información con respecto a su enfermedad. En este centro existe el programa de enfermedades crónicas y se busca dar respuesta a la Diabetes Mellitus cuando los pacientes asisten a su consulta de manera individual.

La educación del diabético es fundamental ya que es él quien toma muchas decisiones para el cuidado de la propia enfermedad. Una intervención psicosocial promueve incrementar el bienestar que en este caso sería tener un control metabólico a través del desarrollo de ciertas habilidades. A su vez se da respuesta a un problema social ya que este problema no es de sólo una persona.

Por lo tanto, una respuesta es conformar un grupo de apoyo mutuo dentro del centro de salud de Tilzapotla con sesiones sistematizadas donde se aborden temas relacionados con la Diabetes Mellitus. La participación grupal e identificación con algunas personas permite que los individuos desarrollen

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

habilidades. Es necesario, intensificar las acciones que lleven al diabético a tomar decisiones para su propio cuidado. De aquí surge la siguiente pregunta: ¿Una intervención psicosocial enfocada al desarrollo de habilidades de autocuidado impulsará el incremento de las acciones de autocuidado en un grupo de diabéticos en Tilzapotla?

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Justificación

En respuesta a la problemática de las enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus e hipertensión, obesidad y dislipidemias) el centro de salud de Tilzapotla ha impartido bimestralmente pláticas sobre temas relacionados con estas enfermedades. En estas reuniones no se tiene ningún control de asistencia ni seguimiento. Del total de la muestra estudiada para realizar el Diagnóstico de Salud de Tilzapotla, 2008 sólo el 10% acudió a pláticas educativas. En el centro de salud de Tilzapotla se cuenta con un grupo de personas que se reúnen para hacer ejercicio tres veces a la semana, este grupo es relativamente nuevo y en promedio se presentan 140 personas de las cuales cerca del 10% se identifican como diabéticos. El centro de salud no cuenta con un grupo de diabéticos conformado sólo existe como registro estadístico. Para dar respuesta a la Diabetes Mellitus como problema de salud priorizado en la localidad de Tilzapotla en el centro de salud solamente se da consultas individualizadas y no se trabaja con las personas con Diabetes Mellitus en un grupo para informar y educar sobre su padecimiento. No se tiene registro de una respuesta sistematizada para abordar el problema de la Diabetes Mellitus.

Otra característica importante de la población de Tilzapotla relacionada a la Diabetes Mellitus es que en la muestra para el DIS se encontró que el 75.28% de las personas percibe que tiene sobrepeso y el 81.86% no realizaba ejercicio. En cuanto al municipio al que pertenece Tilzapotla que es Puente de Ixtla el 76% de los adultos mayores de 20 años presentó obesidad abdominal.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

La importancia de desarrollar habilidades de autocuidado en Diabetes Mellitus tipo 2 en Tilzapotla, Morelos a través de una intervención psicosocial radica principalmente en que el participante pueda tener hábitos alimenticios más sanos, mejorar la ingesta del medicamento y conocer diferentes formas de automonitoreo para conocer sus niveles de glucosa y así mantener un control metabólico. Para cuidar la vida y la salud es necesario desarrollar habilidades y así tomar decisiones saludables basadas en el aprendizaje de ciertos aspectos.

Al llevar a cabo esta intervención con los diabéticos en un espacio que permita la participación y diálogo grupal se busca desarrollar habilidades personales para que se tomen decisiones saludables que a su vez determinan la forma en que se cuidan las personas.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Objetivos

Objetivo general:

Fomentar el desarrollo de habilidades de autocuidado en un grupo de personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 en el centro de salud de Tilzapotla durante septiembre- diciembre 2008

Objetivos específicos:

- Propiciar que los participantes en el grupo desarrollen habilidades para:
 - Identificar los alimentos con bajo índice glucémico
 - Identificar la importancia de mantener el tratamiento farmacológico y reconocer estrategias para su ingesta
 - Identificar y reconocer las habilidades que faciliten el automonitoreo de su enfermedad como la auto medición de glucosa capilar con glucómetro, el auto registro y la percepción de las sensaciones físicas ante la hipo e hiperglucemia del cuerpo.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Metodología

Tipo de estudio

Diseño cuasi- experimental, pre- post intervención

Lugar y fecha

El trabajo se realizó en un área geográfica que corresponde a la localidad de Tilzapotla, perteneciente al municipio de Puente de Ixtla, Morelos y se realizó en un periodo de octubre a diciembre, 2009

Población

El universo fueron las personas que asisten al centro de salud rural de Tilzapotla, Puente de Ixtla y el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se invitó a todas las personas que tuvieran diagnosticada Diabetes Mellitus a través de dos anuncios escritos que se colocaron en el centro de salud y anuncios verbales en el grupo de activación física que se reunía en el mismo centro de salud. Cuando se reunió el grupo que en inicio fue conformado por 30 personas, se les informó a los asistentes desde un inicio el objetivo, procedimiento, beneficios y riesgos así como su derecho a rehusarse y participar de manera voluntaria en la intervención, esto se hizo de manera oral y escrita a través de un consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de inclusión

- Pobladores de Tilzapotla, Puente de Ixtla con diagnóstico previo de Diabetes Mellitus tipo 2
- Personas que tuvieron el 70% como mínimo de asistencia

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Criterios de exclusión

- Pobladores que no contaban con un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2

Criterios de eliminación

- Personas que faltaron a más de cuatro sesiones de la intervención del total de las sesiones_ que equivale a más del 30%
- Personas que no se les tomó muestra de su química sanguínea de glucosa durante los meses de la intervención.

Selección y operacionalización de variables

Variable dependiente:

| Variable | Definición | Medición |
|---------------------------------|---|---|
| Control de la Diabetes Mellitus | En este caso tener un control glucémico rango | Mg/dl Conteo ordinal. Una vez al mes durante 3 meses |

Variable mediadora: programa psicosocial para el desarrollo de habilidades de autocuidado

Variable independiente:

| Variable | Definición | Medición |
|--|--|---|
| Habilidades para el autocuidado de la diabetes en cuanto a la alimentación, toma de medicamento y el automonitoreo | Las actividades individuales, llevadas a cabo con la intención de mejorar la salud, prevenir y limitar la diabetes y restaurar la salud. | Nivel de conocimientos sobre el cuidado de la diabetes Beneficios percibidos para seguir una dieta para el cuidado de la |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| glucémico | | diabetes Beneficios percibidos para seguir el tratamiento medicamentoso para el cuidado de la diabetes Beneficios percibidos para realizar un automonitoreo |
| Escolaridad | Número de años estudiados completado que realizó una persona | Conteo ordinal de años |
| Edad | Número de años de vida cumplidos | Conteo ordinal de años |
| Tiempo de evolución de la diabetes | Número de años cumplidos con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus | Conteo ordinal de años |

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos de esta investigación se emplearon instrumentos cuantitativos y cualitativos. Ambos métodos fueron utilizados tanto para la medición pre y post como para la de proceso. Para la medición pre y post se utilizó un cuestionario sobre las habilidades de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 que se observa en el Anexo 2 y para llevar a cabo una evaluación del proceso del estudio se utilizó una lista de asistencia de las personas que componían el grupo de diabéticos y un diario de anotaciones. Los aspectos del proceso que se evaluaron fueron la cobertura, la implementación del programa y los avances del programa

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Este instrumento fue diseñado de manera específica para esta investigación y contiene 40 preguntas dirigidas para medir las habilidades de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2. El tipo de preguntas eran de selección múltiple con sólo una opción correcta, tipo Likert; y abiertas para obtener información descriptiva. Para definir las respuestas correctas se hizo una revisión bibliográfica. Antes de aplicarlo con el grupo donde se llevó a cabo el estudio se realizaron dos pruebas piloto. Las poblaciones fueron similares ya que compartían las siguientes características: personas que estaban diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2; pacientes que acudían a consulta a un centro perteneciente a los servicios de salud de Morelos; y personas que vivían en una comunidad y no dentro de la ciudad. Después de estas pruebas piloto se hicieron las modificaciones pertinentes para su aplicación con el grupo intervenido.

La aplicación fue pre (en el mes de octubre) y post test (en el mes de febrero), se llevó a cabo de manera individual en entrevista. Una persona capacitada en la aplicación le leyó a cada participante el cuestionario ya que en el grupo había algunas personas que no sabían leer. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en un aproximado de 30 minutos.

El programa constó con once sesiones con duración de una hora y con temas relacionados con el cuidado de la Diabetes Mellitus: la alimentación, la medicación y el automonitoreo. Cada una de las sesiones tuvo sus actividades y materiales específicos que se especifican en la carta descriptiva del mismo programa y se muestra en el Anexo 3. Las sesiones se realizaron una vez a la

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

semana con una duración de una hora dentro del terreno del centro de salud de Tilzapotla.

Por otro lado se llenó una hoja de registro al inicio de la intervención para conocer algunas características de las personas que asistieron a la intervención. Se recabaron datos tanto sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación) como años de evolución de la diabetes y antecedentes heredofamiliares de esta enfermedad. La aplicación de esta hoja de registro se realizó cuando se aplicó el pre test y se hizo también en forma de entrevista.

Se pasaba lista de asistencia en voz alta al inicio de todas las sesiones. El registro del diario de la intervención se hacía al término de la sesión con las situaciones observadas (Anexo 4).

Se realizaron dos mediciones de las habilidades de autocuidado de las personas con diabetes, pre y post. Por otro lado se registraron los datos de la química sanguínea de glucosa central de cada persona de los meses de agosto del 2008 a enero del 2009 de cada participante. Los datos se obtuvieron del expediente individual que tiene el centro de salud de Tilzapotla que proporcionó el personal del centro de salud. Para la recolección de datos post se realizó un mes y medio después de que se terminaron las sesiones y se concluyó el programa. Se realizó una evaluación de proceso con apoyo de una lista de asistencia y un diario con anotaciones de lo que observaba el responsable de la intervención de lo comentado por los participantes en cada sesión. Se tomó en cuenta para esta evaluación de proceso si se cumplían los planes y el calendario, así como el

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

número de asistentes y la percepción de los participantes sobre la ejecución de la intervención.

Los datos cuantitativos que se obtuvieron en el cuestionario en la medición basal como de seguimiento se capturaron en el programa de hoja de cálculo Excel® para ser sistematizados y analizados en el software SPSS®. Se realizó un análisis simple en términos de distribución. En las variables continuas se obtuvo la media y desviación estándar. Para evaluar el nivel de conocimiento sobre la diabetes se utilizaron tres categorías: nivel bajo cuando la persona obtenía de 0 a 5 aciertos, nivel medio cuando obtenía de 6 a 12 aciertos y nivel alto cuando la persona obtenía de 13 a 18 aciertos. Se hizo comparación de medias para datos de la misma muestra aplicando la prueba t de Student.

Los datos cualitativos se capturaron en una matriz para un mejor manejo y explicar o ampliar los datos cuantitativos. Se obtuvieron a partir de unas preguntas abiertas que se plantearon en el pre test y post test y abarcaban cuestiones como dificultades y beneficios percibidos de mantener un autocuidado tanto en la alimentación, medicación y automonitoreo.

Ejecución de la intervención

Primera sesión

Treinta personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus asistieron al centro de salud para iniciar la intervención. Se presentó al grupo de manera verbal y resumida en que iba a consistir la intervención, así mismo se leyó el consentimiento informado y se firmó. También se empezó a aplicar el cuestionario

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

de evaluación, pre test, pero como la mayoría del grupo no sabía leer se detuvo la aplicación y se decidió hacerlo en otro momento.

Los objetivos de esta sesión fue exponer las características particulares del espacio, actuar, moderador y participantes y cohesionar el grupo y exponer las expectativas de cada uno de los integrantes del grupo para poder conformar un grupo en el que existiera cierta confianza y cohesión

La siguiente actividad que se realizó fue una dinámica de presentación e integración entre los participante para lo cual se realizó una dinámica que consistió en aventar una pelota y la persona que la recibe dijo su nombre y que esperaba de las sesiones. El responsable anotó las expectativas en otro papel bond.

Después de que todos recibieron la pelota se les pidió que dijeran en qué forma se va conducir el grupo para que este funcione. Por último cada participante elaboró un gafete con su nombre y se sugiere que se utilice, así mismo se tomó el nombre de cada participante

Se les preguntó en forma de plenaria a los participantes si les pareció interesante lo abordado en la sesión y si el material lo consideraron adecuado. Todos los comentarios fueron en el sentido de que les había gustado tanto las actividades como el material. Por último se les pidió a los participantes que entregaran los resultados de su química sanguínea y se les recordó el día y la hora de la próxima sesión.

Segunda sesión

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Los objetivos de esta sesión fueron que se los participantes conocieran los cuatro pilares del autocuidado de la Diabetes Mellitus así como que reconociera la importancia de mantener ciertas prácticas de auto cuidado para el control de la diabetes y que identificaran la propias prácticas de auto cuidado. En primer momento se pasó lista y las personas que faltaron la sesión pasada de entregar los resultados de química sanguínea lo hicieron.

En seguida el grupo se dividió en tres pequeños grupos y con apoyo de una cartulina con imágenes se les pidió a los participantes que comentaran sobre las prácticas que tiene respecto a su enfermedad. Después un integrante de cada equipo comentó lo que se discutió en el pequeño grupo aunque los otros integrantes comentaron experiencias personales referentes al auto cuidado de su enfermedad, la mayoría de los grupos mencionó que tiene cuidado de tomarse su medicamento pero no tanto de su alimentación ni de sus mediciones. Se concluyó que en el auto cuidado se debe poner énfasis en la alimentación, actividad física, medicación y monitoreo y que todas estas áreas son importantes.

Al terminar se les preguntó a los participantes si no tenían alguna duda y nadie expresó que la tuviera y también se les preguntó si les pareció interesante las actividades y si el material había sido adecuado. Ningún participante expresó que la actividad le provocara poco interés y que el material no fuera bueno.

Sesión tres

Se pasó lista y como en cada una de las sesiones se dio a conocer el objetivo de la sesión que en este caso fue identificar niveles de glucosa que tienen

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

los participantes y graficar los niveles propios de cada participante. El grupo realizó las siguientes actividades con el fin de identificar en una gráfica, apoyo visual, el propio nivel de glucosa central. La responsable explicó con apoyo de un pizarrón lo que es una gráfica de barras y polígono sencillo y después se graficaron ejemplos sencillos como el cuantas personas llevaban pantalón y falda.

Se le entregó a cada uno de los asistentes una hoja tamaño carta y graficada con puntos que indicaban los niveles glucémico que obtuvieron cada mes durante un año. Se les pidió a los participantes que hicieran una línea horizontal tanto en el valor 80 como 110, conforme cada participante hacía el ejercicio la responsable también hizo el ejercicio pero en el pizarrón para que el grupo observara. Enseguida se les pidió que unieran los puntos y que observaran si estos puntos unidos se encontraban a dentro o fuera de las dos líneas que habían trazado. Se comentó que esta es una forma de darse cuenta si se ha cuidado de la enfermedad.

Cuando todo el grupo terminó el ejercicio de graficar se comentaron las principales consecuencias de tener un nivel elevado de glucosa, por arriba de 110, como daño a nervios tanto del ojo como de piel (problemas en los pies).

Al finalizar se les preguntó si habían quedado satisfechos con la sesión y si tenían alguna duda. Algunos de los participantes comentaron que se les dificultó graficar y que fue la primera vez que hacían un ejercicio con gráficas, una de las señoras comentó que no le entendió muy bien así que de manera individual al finalizar la sesión la responsable volvió a explicar lo que es una gráfica.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Por último se les pidió que guardaran su gráfica en casa y se les comentó que la volverían a usar para graficar los próximos meses.

Sesión cuatro

Se pasó lista y se dio a conocer los objetivos de la sesión, Identificar la relación que tiene la propia alimentación y el propio nivel de glucosa y que los participantes reconozcan la alimentación que realizan en su actualidad, así como reconocer los diferentes alimentos clasificados según su índice glucémico.

El objetivo de estas actividades fue que el participante reconociera que existe una relación entre los alimentos que acostumbra consumir y su nivel de glucosa. La actividad con la que se inició fue que cada participante comentó lo que había comido a la hora del desayuno y a la hora de la comida. Se explicó de manera verbal que sucedía con los alimentos y la relación con el nivel de glucosa. También se explicó lo que ocurre cuando ciertos alimentos como cereales y vegetales se ponen a cocer, las moléculas que los constituyen se hacen más pequeñas y cuando las comemos esto hace que la glucosa en nuestra sangre aumente.

Después se mostró gráficas que contenían la clasificación de algunos alimentos según su índice glucémico. En estas gráficas se usaron colores del semáforo: rojo, amarillo y verde que eran alimentos con alto, medio y bajo nivel glucémico. Se resolvieron dudas sobre el tema y se les preguntó a los participantes habían quedado satisfecho y si el material les había parecido

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

adecuado. Los presentes expresaron estar satisfechos y que el material fue adecuado

Al final se repartió una invitación pequeña para que los participantes invitaran y trajeran a un familiar o amigo para elaborar una receta.

Se entregó orden de laboratorio para que cada participante asistiera a realizarse análisis clínicos de glucemia central y hemoglobina glucosilada

UNA INVITACIÓN ESPECIAL

Lugar: Centro de Salud de Tilzapotla

Hora y fecha: 4:00 pm. Miércoles 12 de nov.

Para:

Es importante para mí

Sesión cinco

Se pasó lista y se dio a conocer el objetivo de la sesión que fue reforzar el conocimiento de clasificación de manera práctica al elaborar un platillo con ingredientes accesibles para la comunidad y reconocer la relación entre el medicamento que ingiero para el control de la diabetes y el nivel de glucosa.

Se explicó que la elaboración de la receta se iba a dejar en segundo momento de la sesión y que primero se iba a abordar el tema del medicamento ya que el médico responsable del centro de salud era quien lo iba a manejar, fue por esto que se adelantó este tema ya que el médico no iba a poder estar en la sesión que correspondía este tema.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Se dividió el grupo en 4 equipos para que en cada grupo se comentara el medicamento que cada persona tomaba y conocieran entre ellos las diferentes dosis que había.

Se regresó a plenaria y el médico con apoyo del pizarrón explicó para qué sirven los medicamentos que los participantes como diabéticos, toman. El médico recalcó la importancia de tomar los medicamentos pero que esto no es suficiente para el cuidado de la enfermedad y es indispensable la buena alimentación y la actividad física. Los participantes hicieron preguntas sobre el medicamento como por ejemplo qué pasa si se le olvida tomar un medicamento y el médico respondió a ellas. Al concluir el momento del medicamento pasó a hacer la receta de “ceviche de champiñones” y “nopales asados con vinagre”.

El doctor participó para elaborar la receta junto con la responsable de la intervención y el resto del grupo. Se mezclaron los ingredientes ya que la mayoría de estos ya iban picados. (cebolla, jitomate, cilantro, champiñones, aguacate, limón, aceite de olivo) al terminar de mezclar los ingredientes, se invitó a que los participantes algunos con invitados a compartir los alimentos

Al terminar los mismos participantes comentaron que los análisis de hemoglobina glucosilada se tardan en entregarlos 20 días y que algunas personas asistieron al hospital para que se les realizara este análisis pero no todas las personas que conforman el grupo ya que no tienen forma de transportarse a Jojutla que es donde se ubica el hospital.

Sesión seis

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Se pasó lista y se dio a conocer los objetivos: reconocer la relación entre el medicamento que ingiero para el control de la diabetes y el nivel de glucosa y que los participantes reconozcan la forma en que ingieren su medicamento. Aunque en la sesión anterior se inició con este objetivo ya que el médico del centro de salud no pudo estar el día que correspondía a este objetivo, en esta sesión se continuó con el tema. Se hicieron cuatro pequeños grupos y entre ellos comentaron el medicamento que cada participante toma y dosis, así cómo formas para no olvidar su toma pero ninguno expresó formas para no olvidar la ingesta del medicamento

Sesión siete

Se pasó lista y se mencionó el objetivo de la sesión que fue identificar y practicar de manera de simulación una forma para recordar y tomar el medicamento como ha sido indicado.

En forma de plenaria cada uno de los participantes comentó de que manera recordaba tomarse el medicamento y se identificó que los participantes no usaban ninguna forma para recordar la dosis y toma del medicamento. Se abordaron dos estrategias para recordar la toma del medicamento: pastillero y estampas en las cajas del medicamento con el momento y dosis. Se quedó de acuerdo en el código a usar en las estampas para los medicamentos, en forma de dibujo, ya que algunas participantes no son alfabetos: para la mañana estampa amarilla, en la tarde estampa roja y en la noche estampa azul. Se entregó a cada participante que así lo deseó un pastillero y unas estampas y se comentó que era decisión de cada uno de los participantes usar estas estrategias como apoyo.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Después se abrió un espacio para preguntas sobre medicamento y enseguida se introdujo el siguiente tema que era que los participantes identificaran la importancia de reconocer los síntomas de su cuerpo. En forma de plenaria algunos participantes contribuyeron con las siguientes preguntas ¿porqué es importante conocer como siente mi cuerpo?; ¿Por qué es importante saber que mi cuerpo siente (por que ejemplo, cuando me pica un alacrán?

Se les preguntó si les había parecido interesante el tema abordado y adecuado el material, todo el grupo quedó satisfecho con las actividades y recursos.

Sesión ocho

Se pasó lista y se dio a conocer los objetivos de la sesión que fueron reconocer la importancia de identificar las reacciones que tiene el cuerpo cuando mi índice glucémico se encuentra por arriba o por debajo de lo recomendado y que los participantes reconozcan sus prácticas actuales en cuanto el auto monitoreo y propongan formas nuevas

Se inició la sesión recordando y planteando nuevamente las preguntas con las que se terminó la sesión anterior, ¿por qué es importante saber el nivel de glucosa que tenemos? Pregunta de apoyo ¿porqué es importante sentir que nos picó un alacrán? Diferentes personas opinaron que para hacer algo, para ir al doctor, para ver como estamos, para ver que pasó, me pongo triste o contenta dependiendo de que como esta.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Con apoyo del pizarrón se hizo una síntesis de porque es importante el automonitoreo:

- Que componente del tratamiento necesita ajuste
- Recopilar los efectos de la alimentación, actividad física y medicación
- Identificar y tratar adecuadamente las altas y bajas de glucosa

Se Comentó que existen grupos de personas expertas en el tema que recomiendan saber el nivel de glucosa una vez al día en diferentes momentos. En Tilzapotla se comentó que no se tiene el recurso. Se dio el presupuesto de un aparato para conocer el nivel de glucosa ya que algunos participantes querían conocer el costo (glucolab- \$400). Se solicitó a los participantes que trajeran su medición de glucosa central y se recogió el papel con el nivel quien lo trajo. Se pidió que trajeran grafica en con la que se trabajó en sesión anterior.

Se les preguntó en forma de plenaria si el tema y las actividades les habían parecido interesantes y si el material les había parecido adecuado. El grupo dijo que había quedado conforme y le había gustado lo abordado en la sesión

Sesión nueve

Se pasó lista y se dio a conocer el objetivo de la sesión que fue Identificar síntomas particulares del paciente diabético para el auto monitoreo. En seguida se repartió el material por participante hojas y lápices. Se explicaron los significados de polifagias, polidipsia, poliuria, astenia, adinamia. Cuando se explicaba el

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

significado algunos participantes daban su experiencia con respecto al síntoma y después cada uno dibujó algo que representaba ese síntoma en el material que tenían. Se recordó la importancia de conocer cada uno de los síntomas y que el cuerpo se va volviendo resistente o se acostumbra y en este momento también los participantes dieron experiencias personales. Después se abrió un espacio para preguntas sobre el tema y algunas personas comentaron más que preguntar que el ir al baño y sentir cansancio era un síntoma de que su nivel de glucosa no estaba bien. A continuación se le preguntó al grupo si había quedado claro lo abordado en la sesión y si el material les pareció adecuado. El grupo dijo que había sido interesante el tema pero que no les gustaba dibujar y no les fue fácil hacer esa actividad.

Sesión diez

Se pasó lista y se dio a conocer el objetivo de esta sesión: Practicar y simulación de formas útiles del auto monitoreo e identificar tipos de mediciones y hacer propuestas

En esta sesión una de las enfermeras que laboran en el centro de salud estuvo presente y con el apoyo de ella se utilizó un glucómetro para conocer los niveles de glucosa periférica de 5 personas del grupo. El mismo grupo decidió que personas iban a usar el glucómetro, estas personas tenían poco contacto con el glucómetro. Mientras cada una de ellas pasaba el resto del grupo observó las mediciones y se daba a conocer el nivel que obtuvieron.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Después se trabajó con las gráficas que ya se habían elaborado en la sesión tres y el nivel de glucosa central de cada uno de los participantes, se ubicó la última medición que se habían hecho. Se le preguntó a cada uno de los participantes si su nivel estaba en el rango que señalaba un buen cuidado de su enfermedad. Al grupo se le facilitó manejar su gráfica y todos identificaron si están dentro del rango de glucosa que corresponde al adecuado.

Se les solicitó a los participantes que trajeran para la próxima sesión los resultados de la hemoglobina glucosilada y se avisó que la siguiente sesión sería la última sesión. Se invitó al personal del centro de salud para que asistiera a la última sesión y después se les preguntó a los participantes si consideraban que lo abordado había quedado claro y fue interesante y si el material había sido el adecuado. El grupo comentó que la sesión había sido interesante y que el material fue adecuado pero que les gustaría a varios contar con glucómetro pero que no tenían el dinero para conseguirlo, además de que las tiras también eran caras.

Sesión once

Se pasó lista y se dio a conocer el objetivo de la sesión, que el participante explique y proponga estrategias para mantener su auto cuidado.

Se integraron dos enfermeras y el médico al grupo de diabéticos. Se inició la sesión dividiendo a los participantes en dos grupos (enfermeras, médico y responsable de la intervención se incorporaron a la actividad). A cada grupo se le dio la consigna de representar como en una pequeña obra de teatro o de manera

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

imaginaria las diferentes formas de autocuidado para los diabéticos, haciendo un sociodrama.

Los grupos se organizaron y se pusieron de acuerdo para que en un segundo momento se representaran los sociodramas. Un grupo se refirió a la alimentación para diabético e incluir a la familia, a recordar tomar el medicamento y conocer el nivel de glucosa. El otro grupo se refirió a la alimentación, la herencia y la visita al médico.

Después de esta actividad se explicó lo que significaba la medida de hemoglobina glucosilada ya que se les había solicitado y no se había dado ninguna explicación: en esta prueba se analiza una proteína que está en el torrente sanguíneo y se rodea de glucosa. Esta proteína tiene una vida de 2 a 3 meses y es por esto que es una prueba más predictiva. Se entregó un papel con la información explicada y con colores del semáforo (como ya se había manejado en la sesión de índice glucémico de los alimentos). Los participantes que llevaron el resultado de su análisis de hemoglobina glucosilada lo compararon con la información que se les proporcionó y comentaban lo que se observó.

Se les informó a los participantes que aunque ese día se tenía considerado como el último día, a petición de los participantes, la próxima semana se iba a tener otra sesión para entregar los reconocimientos y hablar con el médico para ver si se continuaba con el grupo.

Se les preguntó a los participantes si les había gustado e interesado la actividad de esa sesión y si el material les había parecido adecuado. Todos

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

expresaron su satisfacción y agradecimiento. Se les preguntó que con que se quedaban del grupo en general y los participantes mencionaron que conocieron más sobre su enfermedad y la forma de cuidarse y que les gustaría que esas reuniones continuaran. La responsable de la intervención agradeció la presencia y la actitud de los participantes.

Última sesión

Se habló con el médico responsable del centro de salud para ver si se podía continuar con las sesiones, el médico comentó que no se podía al menos que el médico pasante quisiera, explicó que próximamente iba a haber cambios de personal y en la misma construcción del centro de salud.

Después se entregó reconocimientos de manera personal por asistir a las sesiones y los participantes llevaron algunos alimentos para un convivio que ellos mismo organizaron.

Evaluación de la intervención

La evaluación

La evaluación es todo un proceso orientado a determinar e identificar de manera objetiva y sistemática las características generales y la pertinencia, eficiencia e impacto de todas las actividades que se realizaron de acuerdo con los objetivos planteados para un proyecto o intervención. El alcance de la evaluación sería (González, 2000):

- Establecer en qué medida se han alcanzado y abordado tanto objetivos como metas
- Estimar la relevancia, la efectividad, la eficiencia, el impacto y la viabilidad.
- Con la puesta en marcha, reflexionar sobre los supuestos que sirvieron de base en la planeación de la intervención
- Mostrar las diferentes experiencias y puntos de vista que pueden surgir o permitir una puesta en marcha más amplia.

Existen diferentes tipo de evaluación para y esto depende del momento en que se hace y para que se lleva a cabo esa evaluación. De acuerdo a González (2000) está la evaluación pre o antes de una intervención o proyecto, la evaluación o monitoreo de proceso de la intervención y esta la evaluación post o de impacto de la intervención.

La evaluación pre o antes del proyecto es crucial para la preparación y para establecer las bases de la intervención, también permite conocer la situación en la

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

quese empezará la intervención y se consigue “tomar una fotografía” de la situación.

La evaluación de proceso se realiza durante la realización del proyecto o de la intervención y se lleva a cabo con el fin de identificar si existen circunstancias que estén impidiendo que la intervención se realice como se había planeado o se cumplan objetivo y metas. Cuando se realiza esta evaluación y se identifican algunos problemas que afectan la intervención es cuando el o los responsables toman decisiones para que los problemas identificados no repercutan más en el proyecto y se hagan las modificaciones necesarias para alcanzar las metas establecidas cuando se planeó la intervención. En este tipo de evaluación se analiza: el cumplimiento del calendario y los planes, las funciones, actividades y producciones, así como la percepción del grupo que participa sobre la puesta en marcha de la misma intervención.

Por último la evaluación post o de impacto se realiza al término del proyecto, tiene como objetivo principal la recolección de información para el aprendizaje de lo realizado, los efectos y para llevar a cabo acciones futuras. Con esta evaluación se puede lograr un análisis del cumplimiento de los objetivos planteados para la intervención, de la percepción de la población sobre la intervención y sus efectos.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Resultados

Datos sociodemográficos

El grupo de Diabéticos para la presente intervención inició con 30 personas que tenían diagnosticada Diabetes Mellitus tipo 2 en el centro de salud de Tilzapotla y todas contaban con seguro popular. Éste estaba compuesto por tres hombres y 27 mujeres. Al final del programa el grupo quedó constituido por 21 personas, un hombre y 20 mujeres, es decir, se concluyó con el 77.8% del grupo inicial. Las personas que no se les aplicó el post test fueron por que dejaron de asistir a las sesiones.

Las variables sociodemográficas de la población que participó en esta intervención se presentan a continuación. La persona más joven tenía una edad de 37 años de edad y la persona con mayor edad tenía 70 años, el rango fue de 33 años. La edad promedio del grupo conformado fue de 55 años con una moda de 50 y una desviación estándar de 8.7. Al agrupar por edades, como se observa en la tabla 13, se encontró que es en el grupo de 50-54 años donde más personas se ubicaron, siendo 7 personas, que corresponden al 33.3 % del grupo conformado para esta intervención. En cuanto el estado civil de las personas solamente una de ellas fue viuda y el resto estaba casado.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Tabla 13.
Edades por grupo quinquenal en el grupo de desarrollo de habilidades para el autocuidado de la diabetes, 2008

| Edad | Frecuencia | Porcentaje | Años evolución | Porcentaje |
|-------|------------|------------|----------------|------------|
| 35-39 | 1 | 4.8 | 5 | 2.9 |
| 40-44 | 1 | 4.8 | 7 | 4 |
| 45-49 | 2 | 9.5 | 8 | 4.6 |
| 50-54 | 7 | 33.3 | 43 | 24.7 |
| 55-59 | 4 | 19 | 54 | 31 |
| 60-64 | 3 | 14.3 | 28 | 16.1 |
| 65-69 | 2 | 9.5 | 9 | 5.2 |
| 70-74 | 1 | 4.8 | 20 | 11.5 |
| Total | 21 | 100 | 174 | 100 |

Fuente Cuestionario de registro de intervención de desarrollo de habilidades de autocuidado, 2008

Doce personas que representaron el 57.1% del grupo no asistieron a la escuela. Dos personas sólo asistieron un año a la escuela; dos personas más fueron dos años a la escuela y otras dos personas concluyeron la primaria. Más del 50% de los participantes eran analfabetas. Tres personas del grupo terminaron la secundaria que corresponden al 14.3%. La escolaridad promedio para este grupo fue de dos años, con una desviación estándar de tres años.

En cuanto a la ocupación que tenían los participantes, 19 mujeres se dedicaban al hogar que corresponden al 90.5%, sólo una de ellas trabajaba y el hombre se encontraba desempleado.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Los años de diagnóstico- evolución de la diabetes son muy variados en este grupo. Tres de las personas que participaron tenían tan sólo un años de evolución que corresponde al 14.3%. Los años máximo que se tienen de evolución fueron 27. El promedio de evolución son 8, con una desviación estándar de 8. Con esto se puede ver que en el grupo había personas que tenían más experiencia con respecto a la enfermedad ya que la habían padecido más años.

Evaluación Pre y post test

De acuerdo al nivel de conocimiento se presentan los resultados obtenidos de la población en el pre test y en el post test. En el pre test el 52% del grupo obtuvo un nivel de conocimiento medio, el 48% del grupo obtuvo un índice de conocimiento alto y ninguna persona obtuvo un índice de conocimiento bajo. En el post test el 100% del grupo obtuvo un conocimiento alto, se observó un aumento en el conocimiento en el post test. Se observa en el pre test una media de 11.8 con una desviación estándar de 2.9 y en el post una media de 15.6 con una desviación estándar de 1.4. Al hacer una comparación de medias se obtuvo que fue estadísticamente significativa con una probabilidad de 0.001

En pre test diez personas sabían cuales eran las principales complicaciones de la diabetes mientras que en el post test 15 personas reconocieron las principales complicaciones de la diabetes. También el número de personas que reconocieron el nivel de glucosa que se debe tener para considerarse un buen control de la Diabetes aumentó después de la intervención ya que en el pre test 16 personas lo reconocieron y en el post test 20 personas lo hicieron. Otro aspecto sobre la evaluación de conocimientos fue la identificación del grupo de alimentos

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

que un diabético debe consumir en mayor cantidad y todos los días y en el pre test solamente una persona identificó, mientras que en el post test 12 personas lo lograron. Durante la sesión donde se identificaba los alimentos con bajo índice glucémico los participantes reconocían los alimentos como buenos y permitidos los que tenían bajo índice y para elaborar la receta que se llevó a cabo en una de las sesiones los participantes propusieron alimentos con bajo índice glucémico.

En cuanto a la percepción de beneficio al tomar el medicamento se observó en el pre test una media de 3.8 con una desviación estándar de 0.6 y en el post test la media es de 3.1 con una desviación estándar de 1.1, no se encontró diferencia significativa. En la percepción de beneficio al seguir una dieta para el cuidado de la diabetes se observó una media en el pre test de 1.4 y una desviación estándar de 0.5 mientras que en el post se observa una media de 1.2 y una desviación estándar de 0.4, al realizar una diferencia de medias no se observa una diferencia estadísticamente significativa, la percepción no presentó un cambio en el grupo. En cuanto al beneficio percibido de mantener un monitoreo se obtuvo una media de 2.7 y una desviación estándar de 1.3 en el pre test y una media de 4.9 y una desviación estándar de 1.9 en el post test, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Por otro lado en cuanto la percepción de barreras, al agrupar las de alimentación, medicamento y monitoreo, se encontró una media de 7 con una desviación estándar de 1.5 en el pre test y una media de 9.1 y una desviación estándar de 1.2, así mismo la percepción de barreras para el cuidado de la diabetes aumentó pero la diferencia de medias no es estadísticamente

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

significativo, los participantes perciben mayores dificultades para realizar el cuidado de su enfermedad.

En cuanto los datos de glucosa, por participante se obtuvieron dos datos: antes de la intervención (un promedio de las mediciones de julio, agosto y septiembre de 2008) a la que se nombró "glucosa 1 y durante la intervención (promedio de mediciones de octubre, noviembre y diciembre de 2008) a la que se nombró "glucosa 2" como muestra la Tabla 14.

Tabla 14
Promedio de mediciones de glucosa central del grupo de diabéticos para el desarrollo de habilidades

| Participantes | Glucosa 1, julio, agosto y septiembre | Glucosa 2 octubre, noviembre y diciembre |
|---------------|---------------------------------------|--|
| 1 | 112 | 77 |
| 2 | 111 | 95 |
| 3 | 151 | 222 |
| 4 | 194 | 109 |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | |
|----|-----|-----|
| 5 | 182 | 103 |
| 6 | 77 | 79 |
| 7 | 128 | 140 |
| 8 | 123 | 137 |
| 9 | 204 | 183 |
| 10 | 63 | 110 |
| 11 | 86 | 89 |
| 12 | 78 | 85 |
| 13 | 125 | 143 |
| 14 | 118 | 125 |
| 15 | 172 | 155 |
| 16 | 122 | 112 |
| 17 | 86 | 94 |
| 18 | 90 | 78 |
| 19 | 120 | 144 |
| 20 | 118 | 119 |
| 21 | 121 | 102 |

Fuente: Expedientes de pacientes del centro de salud de Tilzapotla

En los datos de “glucosa 1” se observa un valor mínimo de 63 y un máximo de 204, con una media de 122.9 y una desviación estándar de 38.9. Mientras en los datos de “glucosa 2” se obtuvo un valor mínimo de 77 y un máximo de 222, con una media de 119 y una desviación estándar de 38.8. Al realizar la diferencia de medias de “glucosa 1” con “glucosa 2” se obtiene una probabilidad estadística

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

de 0.001, y es significativa esa diferencia, es decir, hubo un cambio estadísticamente significativo en las mediciones de glucosa central con respecto a las que se tomaron antes y las que se tomaron durante la intervención.

Los datos que a continuación se presentan se complementan con los datos anteriores los cuales se obtuvieron de las preguntas abiertas tanto en el pre test como en el post. Los beneficios percibidos por seguir una dieta para el cuidado de su enfermedad que reportaron los participantes tanto en el pre test como en el post test se muestran en la Figura 6 y algunos son: sentirse bien, que no suba el azúcar y que no le duela el cuerpo. Los menos mencionados fueron: tener menos complicaciones, controlar la diabetes, que se cuide uno, evitar el cansancio, bajar de peso, estar bien de la presión y llevar el control como lo indica el doctor.

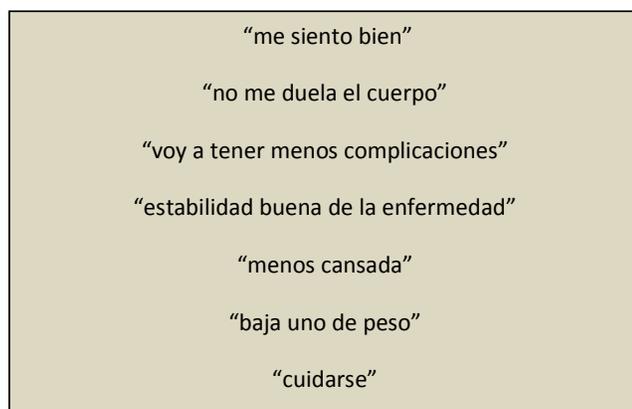


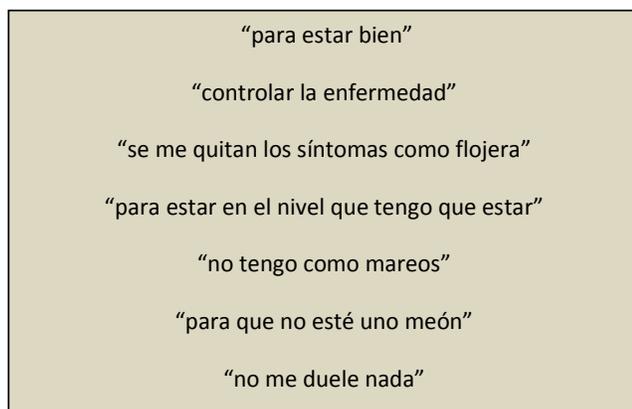
Figura 6. Percepción de beneficios al seguir dieta

Fuente: cuestionario de intervención “Desarrollo de habilidades, 2008”

En cuanto a los beneficios percibidos al tomarse el medicamento los participantes mencionaron, como se muestra en la Figura 7, en más ocasiones sentirse bien, controlar la enfermedad, que el nivel de azúcar no este elevado y en

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

menor cantidad utilizan el concepto de control de la enfermedad, evitar el cansancio, no presentar molestias y evitar algunos síntomas de hipoglucemia como evitar mareos, poliuria y estar bien de la vista.

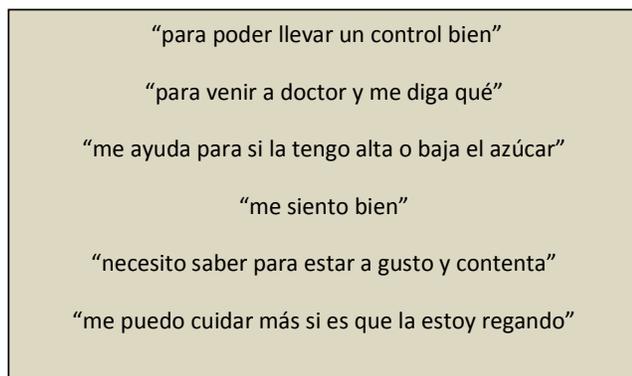


“para estar bien”
“controlar la enfermedad”
“se me quitan los síntomas como flojera”
“para estar en el nivel que tengo que estar”
“no tengo como mareos”
“para que no esté uno meón”
“no me duele nada”

Figura 7. Percepción de beneficios al tomar medicamento

Fuente: cuestionario de intervención “Desarrollo de habilidades, 2008”

Las personas perciben beneficios del automonitoreo, como se observa en la figura 8, el poder llevar un buen control, poder consultar al doctor, conocer el propio nivel de glucosa y poder controlarse, satisfacción y sentirse bien.



“para poder llevar un control bien”
“para venir a doctor y me diga qué”
“me ayuda para si la tengo alta o baja el azúcar”
“me siento bien”
“necesito saber para estar a gusto y contenta”
“me puedo cuidar más si es que la estoy regando”

Figura 8. Percepción de beneficios al auto monitorearse

Fuente: cuestionario de intervención “Desarrollo de habilidades, 2008”

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

El grupo en general durante las sesiones mencionó que el tema abordado les quedaba claro excepto cuando se abordó la actividad de graficar los niveles de glucosa central ya que la mayoría comentó que no conocía lo que era una gráfica y nunca la habían visto. En cuanto al material los participantes comentaron en todas las sesiones que les había parecido adecuado y agradable. Al finalizar las sesiones se les entregó a cada uno de los participantes un reconocimiento (Anexo 4) y ellos organizaron un pequeño convivio. En esa ocasión se propuso que el grupo siguiera y que hablarían con el médico responsable del centro. Les acompañé a hablar con el médico responsable y éste comentó que él iba a ser cambiado en pocos días de centro de salud y que quien podía apoyar al grupo era el médico pasante pero al dirigirse con él se negó explicando que no tenía tiempo, que acaba de llegar y que no conocía a la población. El grupo no siguió a pesar de que deseaban continuar con actividades relacionadas con el cuidado de su enfermedad debido a dificultades de identificar un responsable del centro de salud para continuar con la organización de las sesiones.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Discusión

En un meta análisis sobre intervenciones educativas y de cambio comportamiento en Diabetes Mellitus tipo 2, se identificaron que las intervenciones más efectivas son las grupales como lo propusieron Gary, Genkinger, Guallar, Peyrot y Brancati (2003). Esta intervención se realizó de manera grupal como se planteó. También resaltan que los temas principales en las intervenciones fueron la dieta, medicación y automonitoreo.

En este grupo predominaron las mujeres, característica que ha sido semejante en otros estudios (Rodríguez- Morán y Guerrero- Romero, 1997) y que puede depender de la población que acude a consulta médica, de las cuales son las mujeres las que hacen mayor uso (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006). Las mujeres asisten más ya que son ellas las cuidadoras, las que llevan a algún familiar al centro de salud, además de que los hombres se sienten vulnerables cuando asisten con el médico porque los observan enfermos. Así mismo, los programas de salud son pocos los exclusivos para hombres y están más dirigidos para las mujeres.

Esta intervención llevada en la localidad de Tilzapotla en el 2008 repercutió en un aumento de los conocimientos acerca de la Diabetes Mellitus y del autocuidado como en otros estudios se ha indicado (Brown, 1990). En cuanto a la percepción de beneficios del tratamiento, estos fueron mayores que los obstáculos percibidos como lo refiere también Cunha M. (sf). Esto se debe a que durante la intervención se hizo énfasis en los beneficios obtenidos al tener ciertas conductas para el cuidado de la propia enfermedad.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Aunque los beneficios percibidos por seguir una dieta no fueron significativos al hacer una comparación del pre test y el post test, los datos cualitativos demostraron que las personas perciben beneficio al mantener un autocuidado tanto en la alimentación, medicación y automonitoreo

En cuanto a los objetivos específicos planteados, el que se refiere a identificar los alimentos con bajo índice glucémico, se llegó a alcanzar en gran medida ya que los participantes en el post test se ubican con un conocimiento alto y esto incluye el identificar los alimentos con bajo índice glucémico, así mismo en la sesión donde se abordó este tema y se elaboro una receta, los participantes supieron y sugirieron alimentos con bajo índice glucémico.

Otro de los objetivos específicos fue identificar la importancia de mantener el tratamiento farmacológico y reconocer las estrategias para su ingesta, durante una de las sesiones se le dio a cada participante diferentes estrategias y en las plenarios que se hacían comentaron los participantes que era muy importante para ellos el timarse adecuadamente su medicamento.

El último objetivo específico que fue identificar y reconocer las habilidades que faciliten el automonitoreo de su enfermedad como la auto medición de glucosa capilar con glucómetro, el auto registro y la percepción de las sensaciones físicas ante la hipo e hiperglucemia del cuerpo, se llevó de manera práctica este tipo de mediciones y el compartir sensaciones relacionadas con los cambios de niveles de glucosa pero es en este objetivo donde mayor limitaciones se expresaron por parte de los participantes. Principalmente se expusieron la falta de recurso para hacer algunas mediciones necesarias para el monitoreo, solamente dos persona

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

del grupo tenía un glucómetro en casa. A pesar de que todos los participantes contaban con Oportunidades y esto les beneficiaba con poder realizarse de manera económica, tanto análisis de glucosa central como hemoglobina glucosilada, para algunos participantes no fue fácil el traslado al hospital donde se realizaban estos análisis sanguíneos.

Algunas de las facilidades operativas para llevar a cabo esta intervención fue que el espacio físico con el que se contaba en el centro de salud fue el adecuado, amplio y con condiciones apropiadas de ventilación e iluminación; la actitud de personal de centro fue positiva hacia el grupo y su dinámica, tanto fue así que varias sesiones se contó con su participación; y las personas que conformaron el grupo no mostraron ningún conflicto entre ellas y sí interés en cada una de las sesiones.

Conclusiones

Al conformar un grupo en el centro de salud de Tilzapotla para llevar a cabo una intervención con elementos psicosociales, donde el tema principal era la Diabetes Mellitus y su cuidado, se buscó dar respuesta a un problema de salud pública que se había priorizado y que estuviera enfocado a los determinantes del cambio del comportamiento relacionados con el componente cognoscitivo. El control de la glicemia es resultado del comportamiento y autocuidado de las personas con diabetes y son diferentes los factores como individuales, grupales e institucionales que influyen para obtener resultados positivos.

Se sabe que la hemoglobina glucosilada es una medida más exacta para conocer el nivel de glucosa en un periodo de tiempo y durante esta intervención se

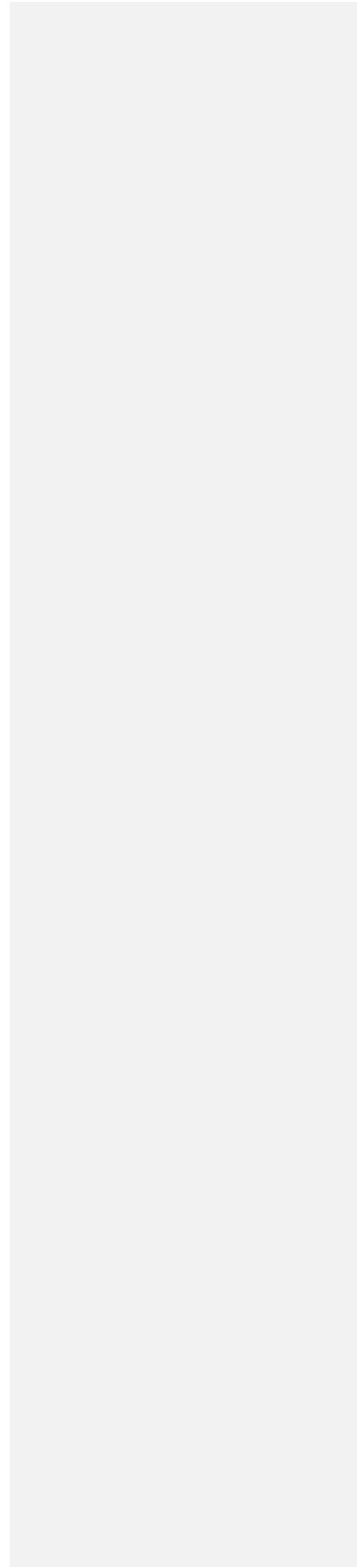
Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

pretendió usar esta medición. Todos los participantes contaban con seguro popular, lo cual permitía que se hiciera el análisis de la hemoglobina glucosilada pero es en el hospital general del municipio de Jojutla donde se debía hacer estos análisis sanguíneos. No todos los participantes pudieron hacerlo ya que no contaban con los recursos económicos y/o de transporte para realizarlo así que se dejó a un lado este tipo de análisis.

El que se encontrara un aumento en el conocimiento de la Diabetes Mellitus y su cuidado es un dato que muestra que la intervención podría permitir un cambio en el comportamiento de los diabéticos, ya que el comportamiento está constituido por tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual. A su vez esto incidiría en otras personas que están relacionadas con el diabético como familiares y los mismos trabajadores del sector salud.

Al ejecutar un programa sobre el tratamiento de la diabetes dirigido a los pacientes de un centro de salud se observaron aspectos positivos en el tema abordado les quedaba claro excepto cuando se abordó la actividad de graficar los niveles de glucosa central. El grupo no continuó con reuniones a pesar de que deseaban hacerlo por diferentes razones: el mismo centro de salud iba a sufrir muchos cambios tanto de personal como de infraestructura y se acercaba el periodo vacacional decembrino. El que las personas que asistieron a la intervención quisieran continuar con reuniones periódicas sugiere que las personas percibieron beneficios para su salud al asistir a este grupo donde se estableció un espacio y surgió la necesidad de mantenerlo.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)



Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Recomendaciones

Es necesario contar en los centros de salud con personal capacitado para elaborar y llevar a cabo programas sobre el autocuidado de diabéticos, incluir en este tipo de intervenciones a más profesionales de la salud como psicólogos, nutriólogos y salubristas y sectores sociales involucrados en el tema, así como, establecer diferentes canales de comunicación entre los participantes y los sectores involucrados. La única forma de comunicación entre sectores y actores sociales involucrados en este tema es la conversación informal por ejemplo como la que se estableció entre el grupo y el médico responsable del centro de salud. Se sugieren establecer periódicamente reuniones o mesas de trabajo entre diferentes centros de salud para conocer la forma de abordar este problema de salud o una gaceta informativa por centro de salud, también otro canal que se podría abrir son los periódicos murales e informativos que en Tilizapotle se observan en diferentes puntos importantes de la localidad como es la comisaría ejidal, el centro de salud, la iglesia, las escuelas primarias y la ayudantía

Considerar desde el diseño de los programas estrategias para que la formación del grupo se mantenga posteriormente, esto implica que desde el inicio se cuente con el apoyo de los servicios de salud de una manera más formal y comprometida de tal forma que se les pueda dar continuidad a estos grupos. Evitar los cambios de personal de los centros de salud en un mismo periodo sobre todo cuando se lleva un programa de este tipo.

El tiempo que requiere una intervención para incidir en el cambio de comportamiento, en este caso, en las habilidades para el autocuidado de los

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

diabéticos fue limitado, se podría dar continuidad con los propios estudiantes de posgrados del INSP a las intervenciones de generaciones pasadas o con las que ya existen en los mismo servicios de salud y no empezar una intervención con cada generación de estudiantes, se puede tener un mayor impacto en un problema de salud pública si se unen esfuerzos y no se limita tanto el tiempo.

Algunos recursos necesarios para llevar a cabo la intervención no fueron muy accesibles para disponerlos con el grupo de diabéticos como son los pastilleros, glucómetros para uso personal, mesas para trabajar, transporte, análisis de hemoglobina glucosilada, entre otros, por lo que podría ser provechosa una relación entre algunas industrias farmacéuticas y los servicios de salud o algunas alianza más significativa entre los servicios de salud de Morelos y el INSP.

Las pruebas de hemoglobina glucosilada deben tener mayor accesibilidad para los diabéticos que habitan en localidades alejadas a hospitales generales o centro donde se realizan estas pruebas.

Es fundamental el acercamiento con la comunidad antes de iniciar y durante una intervención de este tipo, en esta situación en particular el contacto se inició con la realización del DIS, se continuó al mantener una relación más cercana con el personal del centro de salud, participar antes de la intervención en el grupo de activación física y realizar las visitas domiciliaras para aplicar la evaluación pre. Durante las sesiones se mantuvo un ambiente agradable y favorecedor entre todos los participantes.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Es necesario contar con suficientes instrumentos ya utilizados y elaborados en relación al tema del cuidado de la Diabetes Mellitus para obtener mayor precisión en los datos que se buscan obtener y el análisis que se realizará con los mismos. Así mismo mantener mayor comunicación entre director y responsable de intervención y académicos del INSP para mejorar la implementación de futuras intervenciones y su asesoramiento.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Referencias

Alonso O, Badillo D, Cárdenas C, Ríos F. (2008). *Diagnóstico de Salud de Tilzapotla, Puente de Ixtla*

Arenas-Monreal, Jasso-Arenas, Campos-Navarro. (2008). *Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales*. Global Health Promotion

Ávila M., Vera A., Musitu G., Jimenez T. (2009.) *Educación Popular y promoción del bienestar*. México: trillas

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2000). México: Berbera Editores

Cunha M. (sf), obtenido el 18 de mayo de 2009, desde: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium34/20.pdf>

Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem, aplicación práctica*. Barcelona: Masson- Salvat

Díaz Barriga A. (2003). *Tarea Docente. Una propuesta didáctica, grupal y psicosocial*. México: Nueva Imagen/ Patria,

Durán- Varela B, et al. (2001). *Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2*. Salud Pública de México. Vol. 43, N 3, 233- 236

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006 (en línea). Obtenido el 18 de mayo de 2009, desde: <http://www.insp.mx/ensanut/centro/Morelos.pdf>

Estevenson, W. (2002). *Operation Management*. New York: Mc Graw Hill pp488-489

Fernández González, A. y Musitu, G. (2002). *Intervención Psicosocial*. España: Ediciones Tórculo.

Frenk J. (1993). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. México, DF:FCE:

Glanz, Rimer et Marcus Lewis. (2002). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. Harcover,.

González L. La evaluación ex post o de impacto. Un reto para la gestión de proyectos de la Cooperación Internacional al Desarrollo. (2000). Número 29. Bilbao: Cuadernos de trabajo de Hegoa..

Guilber , j.-j. (1994). *Mencionado a bloom en guía pedagógica para el personal de salud*. España: 6ta edOms/ universidad de Valladolid, pp 1.51

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Lerman I.(2007). *La atención del paciente más allá del primer nivel de atención*. Salud Pública de México, año/ vol. 49, número especial. México. 99-103

Martínez F., Anto J. y Gili M. (1998). *Salud Pública*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.

Méndez VR. El diagnóstico de salud en el contexto de la identificación de necesidades de salud. Documento mimeografiado.

Ministerio de salud de la República del Perú. (2002). *Guía para el análisis de los factores condicionantes d la salud*. Perú.

Ory M. y DeFriesse, (1998) *Self- Care in later life. Research, program and policy issues* , NY: Springer publishing company.

Organización Panamericana de la Salud, (2008). *Guía ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2*. Washington: OPS

Pineault R. (1995). *La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona; 2ª edición. Masson, 43-117

Pozo Francisco., Ricoy J.R., Lázaro P. (1994). Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud:I. La epidemiología clínica. Madrid: Dirección General de Ordenación de la Investigación y formación. Ministerio de Sanidad y Consumo;.

Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de salud Pública. (2006). Boletín de Práctica Médica Efectiva Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), México

Secretaría de Salud. (2007). Plan nacional de salud 2007- 2012. México

Rendón Escalante Patricia. (2004). *Prevención de la enfermedad*. Curso de Gestión Local para técnicos del primer nivel de atención, Cuarta Unidad Modular, Costa Rica: Universidad de Costa Rica,.

Sánchez V. y Morales F. (2002). Acción psicológica e intervención psicosocial.

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Guía de autocuidado para personas con diabetes. Obtenido el 6 de abril de 2010 (en línea) desde: <http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>

Testa M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de la Salud)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Tobón Correa O. (2003). El autocuidado. Una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. 8 (8): 41- 45. Colombia

Soto M., Lacoste M., Papenfuss y Gutierrez L. (1997). *El Modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA*. Rev. Esp- Salud Pública, Vol. 71, N° 4, 337- 339

William N. Kelley et. Al. (1993). *Medicina Interna*. Tomos I. 2a edicion , Argentina: Ed. Panamericana ,.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Anexos

Anexo 1

| | | |
|---|---|---|
|  | <p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA/ ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO</p> <p style="text-align: center;">SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS</p> |  |
|---|---|---|

Consentimiento informado para participar en la intervención:

“Desarrollo de habilidades de auto- cuidado en un grupo de diabéticos tipo 2 en Tilzapotla, Morelos durante septiembre- diciembre de 2008”

La presente intervención es conducida por la alumna Psic. Olivia Alonso Beltrán del Instituto Nacional de Salud Pública /Escuela de Salud Pública de México.

Objetivo y antecedentes

La diabetes, al ser un padecimiento incurable, requiere de un control estricto para prevenir las complicaciones. Con base a lo anterior se han propuesto diversos programas de autocuidado para desarrollar habilidades cognitivas y conductuales que permitan a los diabéticos tomar mejores decisiones para su salud.

El objeto de esta intervención es fomentar el desarrollo de habilidades de autocuidado en un grupo de personas que padecen diabetes tipo 2 en el centro de salud de Tilzapotla durante el periodo octubre-diciembre 2008.

Procedimiento:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé un cuestionario al inicio de la intervención y al finalizar
2. Asistiré una vez por semana a las reuniones grupales que durarán una hora

Beneficios

Es posible que no se produzcan beneficio alguno para mí por participar en la intervención, sin embargo, es posible que practique una mejor manera para llevar a cabo mi autocuidado de la diabetes.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

La asistencia al grupo no tendrá ningún costo para mí y la información de los análisis clínicos que se necesite será requerida a través del centro de salud de Tilzapotla.

Riesgos

Mi participación en esta intervención no implica ningún riesgo.

Confidencialidad

Los resultados de los cuestionarios se discutirán conmigo. Toda la información obtenida en este estudio será confidencial y usada con fines de análisis y difusión académica.

Mi identidad será mantenida confidencial en la medida que la ley lo permita.

Preguntas

La responsable de la intervención ha discutido la información de ésta conmigo y se ha ofrecido a responder mis preguntas. Si tengo más preguntas puedo hacerlas en cualquier momento o ponerme en contacto con ella.

Derecho a rehusar o abandonar

Mi participación en la intervención es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o abandonar en cualquier momento, sin ninguna repercusión en futura atención brindada por el Centro de Salud.

Consentimiento

Consiento en participar en esta intervención. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo.

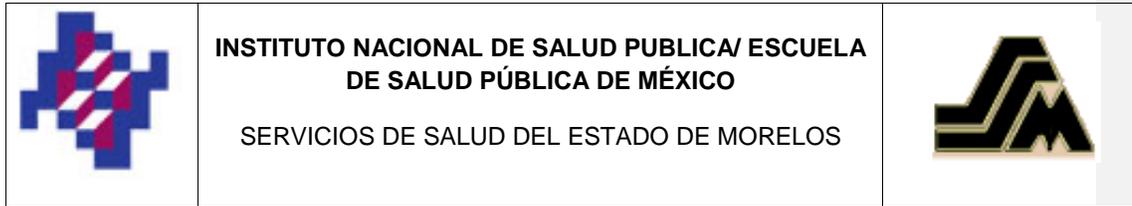
Nombre y firma del participante

nombre y firma del responsable

Fecha: _____

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Anexo 2



Fecha de aplicación: _____

Folio: _____

“Desarrollo de habilidades de auto- cuidado en un grupo de diabéticos tipo 2 en Tilzapotla, Morelos durante septiembre- diciembre de 2008”

| | |
|-------------|--|
| Nombre | |
| Edad | |
| Escolaridad | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Marque con una "X" los alimentos que usted consumió regularmente en el **desayuno** en el transcurso de la semana pasada



Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Marque con una "X" los alimentos que usted consumió regularmente en la **comida** en el transcurso de la semana pasada



Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Marque con una "X" los alimentos que usted consumió regularmente en la **cena** en el transcurso de la semana pasada



Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA

1. ¿Cuáles son las actividades que necesita realizar para llevar a cabo el autocuidado de su diabetes?
 - a) Comer alimentos con bajo índice glucémico
 - b) Seguir los consejos de los diabéticos
 - c) Tomar el medicamento que me recetó el doctor
 - d) Practicarse pruebas para conocer sus niveles de colesterol
 - e) Comer lo que encuentro en mi casa
 - f) Tomar 2 litros de agua diariamente
 - g) Conocer el nivel adecuado de glucosa
 - h) Tomar el sol
 - i) Ingerir un té por la mañana
 - j) Reconocer los síntomas de mi cuerpo
 - k) Practicarse pruebas para conocer mis niveles de glucosa
 - l) Asistir a mi cita mensual al centro de salud
 - m) Ejercicio tres veces a la semana o más

2. El autocuidado de la diabetes permite :
 - a) ignorar las complicaciones
 - b) participar activamente en la toma de decisiones
 - c) el conocimiento completo de la enfermedad

3. ¿Las personas con familiares diabéticos tienen más riesgo de padecer la enfermedad que los que no los tienen?
 - a) Sí
 - b) no sé
 - c) no

4. Los siguientes son factores de riesgo para la diabetes que se pueden modificar:
 - a) La obesidad y la falta de ejercicio
 - b) La edad
 - c) La herencia genética
 - d) no sé

5. ¿Cuáles son las principales complicaciones de la diabetes?
 - a) Diarrea, problemas cardíacos y vómito
 - b) Úlcera gástrica, daño al hígado y daño al riñón
 - c) Afectación de la circulación de los pies, embolia y ceguera
 - d) no sé

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

6. El riesgo de sufrir complicaciones aumenta cuando se tiene un nivel de glucosa por arriba de:
a)140 mg/dl b)250 mg/dl c)340 mg/dl
7. ¿Cuál es el grupo de alimentos que debe consumir en mayor cantidad y todos los días?
a) Frutas y verduras
b) Cereales y leguminosas
c) Alimentos animales
d) Azúcares y almidones
e) No sé
8. ¿cuál es el grupo de alimentos que debe consumir lo menos posible?
a) Alimentos animales
b) Azúcares y almidones
c) Frutas y verduras
d) Cereales y leguminosas
e) no sé
9. Tiene dificultad para comer en su casa lo que el médico le prescribió
a) siempre b)casi siempre c) a veces d)nunca
10. Su familia lo apoya en la dieta que tiene que seguir por ser diabético
a) siempre b)casi siempre c) a veces d)nunca
11. Puede preparar en su casa platillos con alimentos que son parte de la dieta que le dio el doctor
a) siempre b) casi siempre c) a veces d)nunca
12. Cuándo las personas de su alrededor comen un alimento que no está en la dieta prescita por el médico usted no lo consume
a) siempre b)casi siempre c) a veces d)nunca
13. Los alimentos con bajo índice glucémico que consume tienen algún efecto positiva en su nivel de glucosa
a) sí b)no se c) no
14. Identifica los beneficios de seguir la dieta que el médico le elaboró
a) sí c) no sé b) no

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

15. ¿Cuáles son los beneficios al seguir la dieta que el médico le elaboró?

16. Si tiene alguna dificultad para seguir la dieta, enliste las dificultades que se le presentan _____

17. Si toma un remedio que le aconsejan para la diabetes debe suspender el medicamento

- a) sí b) no sé c) no

18. En caso de olvido de una toma de medicamento, se recomienda tomar el doble en la siguiente toma

- a) si b) no sé c) no

19. Consigue sin dificultad el medicamento para controlar su diabetes

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

20. Recuerda la dosis que tiene que tomar de su medicamento para la diabetes tal y como el médico se lo recetó

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

21. Se toma el medicamento a la hora en que el médico se lo recetó

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

22. Tiene dificultades para recordar cuándo tengo que tomar mi medicamento para el control de la diabetes

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

23. Le quedan claras las indicaciones que el médico le da en cuanto a la toma de su medicamento

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

24. Cuando va a consulta al centro de salud, si tiene alguna duda le pregunta al doctor para aclararla

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

25. Utiliza alguna forma para recordar que debe tomar su medicamento para el control de la diabetes

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

26. Identifica los beneficios que tiene el tomarse el medicamento tal y como lo prescribió el médico

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

27. Si tiene alguna dificultad para tomarse el medicamento tal y como lo prescribió el médico, enliste las dificultades que se le presentan

28. Si identifica beneficios al tomarse los medicamentos que el médico le prescribió para la diabetes ¿Cuáles son estos beneficios?

29. Reconoce los síntomas cuando tiene **niveles bajos** de glucosa

- a) siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca

MARQUE CON UNA X LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN CUANDO TIENE **NIVELES BAJOS** DE GLUCOSA:

- a) mareo
- b) cansancio
- c) insomnio
- d) náuseas
- e) polidipsia (mucho sed)
- f) cuerpo cortado
- g) poliuria (aumento emisiones de orina)
- h) sueño
- i) polifagia (mucho hambre)
- j) sudor

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

- k) dolor de cabeza
- l) color de piel pálido
- m) vista nublada

30. Reconoce los síntomas cuando tengo **niveles altos** de glucosa

- b) siempre
- b)casi siempre
- c) a veces
- d)nunca

MARQUE CON UNA X LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN CUANDO TIENE **NIVELES ALTOS** DE GLUCOSA:

- a) mareo
- b) cansancio
- c) insomnio
- d) nauseas
- e) polidipsia (mucho sed)
- f) cuerpo cortado
- g) poliuria (aumento emisiones de orina)
- h) sueño
- i) polifagia (mucho hambre)
- j) sudor
- k) dolor de cabeza
- l) color de piel pálido

31. ¿Cuál es la cifra de glucosa que debe tener para considerarse que tiene un buen control de la diabetes?

- a) Más de 140 mg/dl
- b) De 110 a 140 mg/dl
- c) De 80 a 110 mg/dl
- d) No sé

32. Identifica sin ningún problema los alimentos que comió para tener elevado su nivel de glucosa

- a) siempre
- b)casi siempre
- c) a veces
- d)nunca

33. Identifica sin ningún problema los cambios en la toma de su medicamento que lo llevó a tener elevado su nivel de glucosa

- a) siempre
- b)casi siempre
- c) a veces
- d)nunca

34. ¿Cuáles son las pruebas que se realiza para monitorear su diabetes?

- a) examen general de orina
- b) triglicéridos
- c) colesterol
- d) hemoglobina glucosilada
- e) presión arterial
- f) glucosa central
- g) glucosa periférica

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

35. Si tiene alguna dificultad para reconocer los síntomas cuando su nivel de glucosa esta alto o bajo, enlista estas dificultades:

36. ¿cuáles son los beneficios de conocer sus niveles de glucosa?

37. ¿cuáles son los beneficios de reconocer las reacciones de su cuerpo cuando el nivel de su glucosa esta por arriba de lo esperado?

38. ¿cuáles son los beneficios de reconocer las reacciones de su cuerpo cuando el nivel de su glucosa está por debajo de lo esperado?

39. Cada cuanto se realiza pruebas para conocer su nivel de glucosa.

- a) una vez al mes b) cada quince días c) cada 6 meses
 b) una vez cada semana e) cada año f) otro: _____

40. Qué medicamentos toma y cómo los toma:

| Medicamento | mañana | Tarde | noche |
|-------------|--------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Ficha de registro

1. Nombre:
 2. Fecha de nacimiento:
 3. Sexo: 1 femenino 2 Masculino
 4. Escolaridad concluida: 1ninguna 2primaria 3secundaria 4carrera técnica
5bachillerato 6profesional 7posgrados
 5. Ocupación: 1ama de casa 2jubilado 3desempleado 4trabaja
otro:
 6. ¿cuál es el tipo de diabetes que le diagnosticaron?
 7. Tiempo de evaluación:
 8. ¿Alguien en su familia padece Diabetes Mellitus?
 9. ¿quién? 1madre o padre 2abuelos 3hermanos 4tíos 5primos
6hijos 7esposo (a)
 10. ¿ha sido hospitalizado por descompensación?
- 10.1 ¿Cuántas veces?
11. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces midió su glucosa?
1. Más de 150 (diario)
 2. Entre 30 y 36 veces (semanal)
 3. Entre 6 y 10 veces (mensuales)
 4. Entre 6 y 2 veces
 5. Cada vez que tengo cita médica
 6. Cuando me siento mal
 7. Una vez
 8. Nunca
12. Indique si padece otras enfermedades
1. Hipertensión arterial
 2. Obesidad
 3. Insuficiencia renal
 4. Problemas de visión

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | |
|--|--|--|
| | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA/ ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS | |
|--|--|--|

Anexo 3

Carta descriptiva de la intervención “Desarrollo de habilidades de auto- cuidado en un grupo de diabéticos tipo 2 en Tilzapotla, Morelos durante septiembre- diciembre de 2008”

| TEMA | OBJETIVO | DINÁMICA | MATERIAL | TIEMPO | RESPONSABLE |
|---|--|--|--|----------|-------------|
| Reconocimiento grupal/ Actividad integradora/ Expectativas | <p>Exponer las características particulares del espacio, actuar, moderador y participantes.</p> <p>Cohesionar el grupo y exponer las expectativas de cada uno de los integrantes del grupo</p> | <p>Se va aventando una pelota y la persona que la recibe dice su nombre y que espera de las sesiones. El responsable anota las expectativas en papel bond. Después de que todos reciben la pelota se pide que digan en qué forma se va conducir el grupo para que funcione. Por último cada participante elabora un gafete con su nombre y se sugiere que se utilice</p> | <p>Pizarrón</p> <p>Papel bond</p> <p>Plumones</p> <p>Sillas</p> <p>Pelota</p> <p>Cartulinas</p> <p>seguros</p> | 60 mins. | Olivia |
| Introducción e importancia del auto cuidado | <p>Reconocer la importancia del auto cuidado y del grupo para el control de la diabetes</p> <p>Que los</p> | <p>El grupo se divide en tres pequeños grupos y con apoyo de una cartulina con imágenes se pide a los participantes que comenten sobre las prácticas que tiene</p> | <p>Cartulina dividida en 4 partes con imágenes</p> <p>Pizarrón</p> <p>Plumones</p> | 60 mins | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | | | | |
|--|--|---|--|---------|--|
| | participantes identifiquen sus actuales prácticas de auto cuidado | respecto a su enfermedad. Después un integrante de cada equipo comenta lo que se discutió en el pequeño grupo | | | |
| Conocer nivel de glucosa/ graficar | Identificar los diferentes niveles de glucosa que se encuentran en las personas y graficar los niveles propios de cada participante | Se entrega a cada participante una gráfica personalizada. Se pide a cada participante que marque el 80 y el 110 y que se haga una línea. Se colorea entre estas dos líneas y con otro color se pide que identifique las propias mediciones. Al terminar entre todo el grupo se comentaron las consecuencias que se conocen de no mantener un buen control | Mediciones personales de niveles de glucosa central Pizarrón Plumones Gráfica personal con tres marcaciones mensuales de glucosa Reglas Colores | 60 mins | |
| Relación entre alimentación y nivel | Identificar la relación que tiene la propia alimentación y el propio nivel de glucosa. Que los participantes reconozcan la alimentación que realizan en la actualidad y propongan | Todo el grupo de manera individual y en voz alta recordó y comentó los alimentos que había comido en el desayuno y en la comida. Al terminar se busca las revisas imágenes de alimentos que mencionaron. La responsable explica que sucede con los alimentos al comerlos y la relación en el nivel de glucosa en la | Revistas Papel bond Tijeras Resistol Colores Pizarrón Plumones Gráfica con clasificación de alimentos | 60 mins | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | | | | |
|--|---|--|---|----------|--|
| | <p>formas nuevas.</p> <p>Reconocer diferentes alimentos clasificados según su índice glucémico.</p> | <p>sangre.</p> <p>Se mostraron las gráficas y se explica que es el índice glucémico de los alimentos. Los participantes mencionaban en voz alta la clasificación según el dibujo que observaron.</p> <p>Se entregó invitación a cada participante para que la entregaran a familiar para próxima sesión y se les pidió ingredientes con bajo índice glucémico para realizar recetas.</p> <p>Entrega de orden de laboratorio para realizar glucemia central y hemoglobina glucosilada</p> | <p>según su índice glucémico</p> <p>Con imágenes y colores del semáforo (índice alto-rojo, medio-amarillo y bajo-verde)</p> | | |
| Los alimentos y su índice glucémico/ Elaboración de menús | <p>Reforzar el conocimiento de clasificación de manera práctica al elaborar un menú con alimentos propios de la comunidad</p> | <p>Se da la bienvenida de manera verbal a familiares invitados.</p> <p>Se elabora receta con ingredientes que responsable y participante traen.</p> <p>Se invita a familiares a participar en la elaboración. Por último se disfruta de los alimentos</p> | <p>Mesa, champiñones, jitomate, cebolla, cilantro, nopal asado, limón, vinagre, orégano, aceite de oliva, sal, zanahoria, cuchillo, recipientes, tostadas</p> | 60 mins. | |
| Yo diabético y mi | <p>Reconocer la relación entre</p> | <p>Se hacen cuatro pequeños grupos y</p> | <p>Pizarrón Plumos</p> | 60 mins. | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------|--|
| medicación | <p>el medicamento que ingiero para el control de la diabetes y el nivel de glucosa.</p> <p>Que los participantes reconozcan la forma en que ingieren su medicamento y propongan formas</p> | <p>en ellos se comenta el medicamento que cada participante toma y dosis, así como formas para no olvidar su toma. Enseguida, en forma de plenaria el médico del centro de salud expone para qué sirven los medicamentos que mencionaron. Se abre un espacio de preguntas y se solicita que los participantes traigan sus medicamentos en sus cajas</p> | | | |
| Manejo del propio medicamento o Y formas de recordatorio | <p>Identificar y practicar de manera de simulación una forma para recordar y tomar el medicamento como ha sido indicado</p> | <p>En forma de plenaria se identifica que los participantes no usan ninguna forma para recordar la dosis y toma del medicamento. Se trabaja en parejas y con apoyo de responsable dos estrategias para recordar la toma del medicamento: pastillero y estampas de colores en las cajas del medicamento (amarillo- mañana, verde- tarde, azul-noche) Se abre espacio para responder</p> | <p>Medicament o personal Estampas de colores: amarillo, verde, azul Pastilleros</p> | <p>60 mins.</p> | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | | | | |
|--|---|---|---|----------|--|
| | | preguntas sobre estrategias | | | |
| El auto monitoreo y su importancia como diabético | <p>Reconocer la importancia de identificar las reacciones que tiene el cuerpo cuando mi índice glucémico se encuentra por arriba o por debajo de lo recomendado.</p> <p>Que los participantes reconozcan sus prácticas actuales en cuanto el auto monitoreo y propongan formas nuevas</p> | <p>Se plantea en forma de plenaria la siguiente pregunta: ¿por qué es importante saber el nivel de glucosa que tenemos? Y los participantes opinan sobre esta cuestión.</p> <p>Se expone porque es importante el automonitoreo: que componentes del tratamiento necesita ajuste; recopilar los efectos de la alimentación, act. Física y medicación; identificar y tratar adecuadamente las altas y bajas de glucosa.</p> | Pregunta escrita en un papel bond Pizarrón Plumones | 60 mins. | |
| Reconocimiento de los síntomas ante eventos particulares (del apetito (polifagia) veces de tomar agua (polidipsia) veces de orinas (poliuria)/ De astenia, adinamia, letardo, | Identificar síntomas particulares del paciente diabético para el auto monitoreo. | <p>La responsable explica lo que significa polifagia, polidipsia, poliuria, astenia, adinamia. Cuando se explica cada concepto los participantes daban su experiencia personal con respecto a los síntomas.</p> <p>Después cada participante en una hoja hizo un dibujo de cada uno de los</p> | Lápices hojas | 60 mins. | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | | | | |
|--|--|---|--|----------|--|
| aliento particular) | | conceptos explicados según su experiencia y hacen comentarios en forma de conclusión | | | |
| Práctica y formas del auto monitoreo | Practicar y simulación de formas útiles del auto monitoreo Identificar tipos de mediciones y hacer propuestas | Con apoyo de la enfermera del centro de salud se toma medición de niveles de glucosa periférica de cinco personas y entre el grupo decide quienes son. Se ubican las mediciones de glucosa central en la gráfica personal. Y se comenta lo que se observa en las gráficas y el rango marcado en sesión anterior. Algunas personas y responsable hacen invitación al personal del centro de salud para que asistan a la siguiente sesión | Glucómetro Gráficas personales | 60 mins. | |
| Yo como influyo en mi auto cuidado/ Cierre de programa/ Post evaluación | Que el participante explique y proponga estrategias para mantener su auto cuidado. | Se divide al grupo en dos subgrupos y los invitados, que es personal del centro de salud, se integra a los dos grupos. Se le pide a cada grupo que se organice para presentar un pequeño socio drama donde el tema central sea el autocuidado para los diabéticos. | Hoja informativa sobre hemoglobina a glucosilada | 60 mins. | |

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | Se hace la representación de los socio dramas, se comentan en forma de conclusión. Se explica de manera breve el significado de la hemoglobina glucosilada. Se entrega a cada participante la información explicada en un papel con colores de semáforo | | | |
|--|--|---|--|--|--|

Anexo 4

*Diario de Intervención***Viernes 3 de octubre**

Centro de salud Tilzapotla

Se le solicitó al promotor y enfermeras que se invite a los diabéticos al grupo para el miércoles 14 de octubre a las 16.00 hrs. también se elaboró cartulina para invitar a diabéticos a participar.

Se empezó el registro Excel de las ficha de control y expedientes de diabéticos

Se Realizó lista de diabéticos que asistían al grupo de actividad física ya existente y se hizo la invitación oral en este grupo

Miércoles 8 de octubre (sesión 1)

Centro de salud Tilzapotla

Se Ubicó el lugar y se condicionó para las reuniones de grupo (pizarrón y sillas)

Se hizo la presentación de la intervención ante el grupo de diabéticos y se establecieron "reglas" para que se llevara a cabo la intervención

Se requirió el dato sobre glucosa central de los participantes que lo llevaron y se hizo un primer registro de lista de asistencia de los participantes con edad.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Se hizo el cierre de la reunión y se recordó que la próxima sesión sería en el mismo lugar y a la misma hora



Grupo de diabéticos, Tilzapotla, 2008

Jueves 9, viernes 10 y sábado 11

Se piloteó el instrumento para la evaluación pre y post en el hospital general G. Parres con pacientes diabéticos

Lunes 13 y Martes 14

Se piloteo el instrumento para la evaluación pre y post en el centro de salud Ocoatepec con pacientes diabéticos

Miércoles 15 (sesión 2)

Centro de salud Tilzapotla

Se continuó con el vaciado en Excel de las fichas de control y expedientes de diabéticos que asistieron a la primera sesión y no se tenía registro

Se acondicionó el lugar

Inicio de sesión- se expone el consentimiento informado y se inició la aplicación de la evaluación pre de manera grupal y se detuvo en la pregunta 4. Se determinó que se acabará la aplicación del cuestionario de manera individual (visita domiciliaria o cuando visiten los participantes el centro de salud).

Jueves 16

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Se llevó a cabo la visita domiciliar a 5 participantes (col. Zapata) para la aplicación del pre

Sábado 18

Se continuó con la aplicación de la evaluación pre Tilzapotla

Miércoles 22 (sesión 3)

Se finalizó la evaluación pre

Se pasó lista

Tema: el autocuidado y las 4 áreas para el cuidado del la diabetes: alimentación, actividad física, mediación y automonitoreo

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

Jueves 23, viernes 24 y martes 28

Se elaboraron gráficas para la próxima sesión

Miércoles 29 (sesión 4)

El médico responsable del centro de salud no asistió, así que los invitados como el médico y el profesor se recorrerán.

Más de 5 personas no asistieron al grupo (antes no había sucedido) y se comentó que las faltas podían ser por el fallecimiento de la hija de una de las participantes

Se pasó lista.

Se trabajó en las gráficas que mostraban las mediciones mensuales de glucosa central registradas en el expediente y capturadas con anterioridad.

Se comentó las principales consecuencias de no tener un buen control en el nivel de glucosa.

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

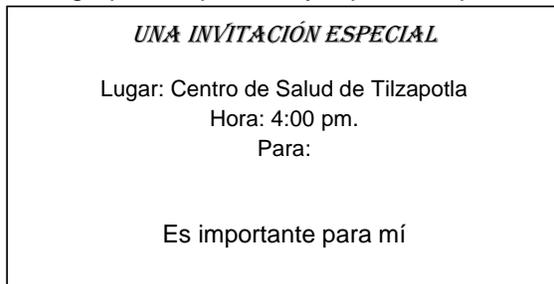
Miércoles 5 nov. (sesión 5)

Se pasó lista.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

En forma de plenaria se dijo en voz alta el desayuno que cada participante había comido por la mañana y se hizo lo mismo con la comida. Los participantes identificaron en las imágenes de las revistas algunos alimentos que frecuentan y se pegó en cartulina

Se explicó que sucedía con los alimentos (como carbohidratos) al comerlos y el nivel de glucosa en la sangre, también se explicó que pasa con algunos alimentos cuando se eleva su temperatura. Después se mostró gráficas que contenían la clasificación de algunos alimentos según su índice glucémico. Se resolvieron dudas sobre el tema. Se repartió una sencilla invitación para que el participante trajera al grupo una persona ya que en la próxima sesión se elaborará una receta.



Se entregó la orden de laboratorio para glucemia central y hemoglobina glucosilada para cada participante

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

Miércoles 12 (sesión 6)

El médico responsable del centro de salud comentó que en esta sesión si iba a participar. Se pasó lista

Se pasó lista. Se explicó que la receta se iba a dejar en segundo momento de la sesión y que primero se iba a abordar el tema del medicamento. También se comentó al grupo que este tema lo iba a abordar el médico del centro de salud.

Se dividió el grupo en 4 equipos para que comentaran el medicamento que tomaban y conocieran entre ellos las diferentes dosis que había.

Se regresó a plenaria y el médico con apoyo del pizarrón explicó para qué sirven los medicamentos que los participantes como diabéticos, toman.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

El médico recalcó la importancia de tomar los medicamentos pero que esto no es suficiente para el cuidado de la enfermedad y es indispensable la buena alimentación y la actividad física.

Hubo momento de preguntas. Después de cerrar este momento se pasó a hacer la receta de “ceviche de champiñones”.

El doctor participó junto con la responsable y todos los participantes haciéndola. Mezclamos los ingredientes ya que la mayoría de estos ya iban picados. (cebolla, jitomate, cilantro, champiñones, aguacate, limón, aceite de olivo) al terminar de mezclar los ingredientes, se invitó a que los participantes algunos con invitados a compartir los alimentos

Al terminar se comentó que los análisis de hemoglobina glucosilada se tardan en entregarlos 20 días y que algunas personas asistieron al hospital para que se les realizara este análisis.

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

Miércoles 19 (sesión 7)

Se pasó lista

Se identificó que los participantes no usan ninguna forma para recordar la dosis y toma del medicamento. Se abordaron dos estrategias para recordar la toma del medicamento: pastillero y estampas en las cajas del medicamento con el momento y dosis. Se quedó de acuerdo en el código a usar en las estampas para los medicamentos, en forma de dibujo, ya que algunas participantes no son alfabetos.

Se entregó a cada participante que así lo deseara un pastillero y unas estampas y que era decisión de cada uno usar estas estrategias como apoyo o no.

Después se abrió un espacio para preguntas sobre medicamento y enseguida se introdujo el siguiente tema que era que los participantes identificaran la importancia de reconocer los síntomas de su cuerpo. En forma de plenaria algunos participantes contribuyeron con las siguientes preguntas ¿porqué es importante conocer como siente mi cuerpo?; ¿Por qué es importante saber que mi cuerpo siente (porque ejemplo, cuando me pica un alacrán?

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Miércoles 26 (sesión 8)

Se pasó lista

Se planteó la pregunta, ¿por qué es importante saber el nivel de glucosa que tenemos? Pregunta de apoyo ¿porqué es importante sentir que nos picó un alacrán? Diferentes personas opinaron que para hacer algo, para ir al doctor, para ver como estamos, para ver que pasó, me pongo triste o contenta dependiendo de que como esta.

Con apoyo del pizarrón se hace una síntesis de porque es importante el automonitoreo:

- Que componente del tratamiento necesita ajuste
- Recopilar los efectos de la alimentación, actividad física y medicación
- Identificar y tratar adecuadamente las altas y bajas de glucosa

Se comentó que existen grupos de personas expertas en el tema que recomiendan saber el nivel de glucosa una vez al día en diferentes momentos. En Tilzapotla no se tiene el recurso. Se dio el presupuesto de un aparato para conocer el nivel de glucosa ya que algunos participantes querían conocer el costo (glucolab- \$400). Se solicitó a los participantes que trajeran su medición de glucosa central y recogí el papel con el nivel quien lo trajo. Se pidió que trajeran grafica en con la que se trabajó en sesión anterior

Miércoles 03 (sesión 9)

Se pasó lista

Se trabajó con hojas y lápices. Se explicaron los significados de polifagias, polidipsia, poliuria, astenia, adinamia. Cuando se explicaba el significado algunos participantes daban su experiencia con respecto al síntoma y después se dibujó algo que representaba ese síntoma. Se recordó la importancia de conocer cada uno y que el cuerpo se va volviendo resistente o se acostumbra.

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

Miércoles 09 (sesión 10)

Se pasó lista

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Con el apoyo de una enfermera del centro de salud se utilizó un glucómetro para conocer los niveles de glucosa periférica de 5 personas del grupo. Estas personas tienen poco contacto con el glucómetro. Se trabajó con las gráficas y el nivel de glucosa central de cada uno de los participantes. Se le preguntó a cada uno de los participantes si su nivel estaba en el rango que señalaba un buen cuidado de su enfermedad. Se les solicitó a los participantes que trajeran para la próxima sesión los resultados de la hemoglobina glucosilada y se avisó que la siguiente sesión sería la última sesión. Se invitó al personal del centro de salud para que asistiera a la última sesión.

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

Miércoles 16 (sesión 11)

Se pasó lista

Se acercaron dos enfermeras y el médico al grupo de diabéticos. Se inició la sesión dividiendo a los participantes en dos grupos (enfermeras, médico y responsable de la intervención se incorporaron a la actividad). A cada grupo se le dio la consigna de representar como en una pequeña obra de teatro o de manera imaginaria las diferentes formas de autocuidado para los diabéticos.

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)



Personal del centro de salud participando en el grupo de diabéticos. Tilzapotla, 2008

Un grupo se refirió a la alimentación para diabético e incluir a la familia. El recordar tomar el medicamento y el conocer el nivel de glucosa.

El otro grupo se refirió a la alimentación, la herencia y la visita al médico.

Después de esta actividad se explicó lo que significaba la medida de hemoglobina glucosilada: en esta prueba se analiza una proteína que está en el torrente sanguíneo y se rodea de glucosa. Esta proteína tiene una vida de 2 a 3 meses. Es una prueba más predictiva. Se entregó un papel con la información explicada y con colores del semáforo (como ya se había manejado en la sesión de índice glucémico de los alimentos).

Se les informó a los participantes el día de cierre y entrega de reconocimientos.

Aclaración de dudas

Monitoreo de proceso

2 de febrero

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Cierre: se entregó reconocimientos de manera personal por asistir a las sesiones y los participantes llevaron algunos alimentos para un convivio. Se le entregaron unas flores a la responsable

8 de febrero

Aplicación de la evaluación post

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

Anexo 5



Otorga el presente

Reconocimientos

A: _____

Por su valiosa participación en el programa educativo:
“Desarrollo de habilidades de autocuidado en un grupo de diabéticos tipo 2”

Tilzapotla, Puente de Ixtla, Morelos a 17 de diciembre de 2008

Psic. Olivia Alonso Beltrán

Mtra. Marcela Sánchez Estrada



Participante al recibir su reconocimiento, fin del programa.
Tilzapotla, 2008

Habilidades de autocuidado en grupo de diabéticos tipo 2 (2010)

