

Instituto Nacional
de Salud Pública

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

Especialidad en Promoción de la Salud
2011-2012

**El empoderamiento y la promoción de la salud: el caso de la Unidad
Especializada Médica en Enfermedades Crónicas “La Magdalena”.**

Trabajo Final

Para obtener el grado de Especialista en Promoción de la Salud

Presenta

Arévalo Villalobos Alba Berenice

Director: Dra. María Luisa Gontes Ballesteros

Asesor: Maestro Harry Pereyra Christiansen

Mayo 2013

Contenido

Introducción	3
Antecedentes	4
Marco Teórico	7
Justificación	11
Preguntas de Investigación	12
Objetivo General	13
Objetivos Específicos.....	13
Diseño y Método	14
Primer momento: Revisión de Manuales.....	14
Segundo momento: Técnica Grupos Focales	15
Tercer Momento: Análisis Comparativo	16
Resultados	19
Primer Momento.....	19
1. Actividades propuestas en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud. Lista 1	19
2. Actividades propuestas en los Manuales de Implementación en UNEMES-EC. Lista 2	20
3. Comparación entre las actividades propuestas en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud y las actividades establecidas en los manuales de implementación en UNEMES-EC. Lista A.....	22
Segundo Momento Grupo Focal	24
Tercer Momento Análisis Comparativo	26
Conclusiones	29
Recomendaciones	32
Anexos.....	32
Bibliografía	39

Introducción

Las unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEMES-EC) son unidades ambulatorias en el primer nivel de atención creadas en el 2007 dentro de la Secretaría de Salud dedicadas al manejo del sobrepeso, obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Un problema mundial que ha contribuido a incrementar la prevalencia de este tipo de enfermedades es la resistencia al cambio y los abandonos al tratamiento, por lo que uno de los principales objetivos de estas unidades es lograr un mayor apego mediante el seguimiento del modelo “5 pasos para la motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo” en el cual se proponen actividades que el equipo interdisciplinario debe llevar a cabo para incluir al paciente en el proceso de toma de decisiones, por lo que se estará empoderando individualmente en salud a los pacientes, ya que de acuerdo al glosario de Promoción de la Salud de la OMS define al empoderamiento individual como la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su salud. La existencia de un proceso de empoderamiento de personas es un signo para determinar si una intervención es de promoción de la salud o no¹, por lo que en el presente estudio se realizó una exploración cualitativa mediante la técnica de grupos focales de las actividades de promoción de la salud realizadas por el equipo clínico encaminadas a favorecer el empoderamiento individual en el programa UNEME-EC “La Magdalena”. La información obtenida se comparó con lo que se encuentra establecido normativamente en manuales, para lo cual se utilizó la variable cumplimiento de actividades. Los resultados demostraron que ningún personal de salud cumple el 100% de las actividades propuestas en el modelo y el porcentaje total de cumplimiento por unidad fue de 43%. Por ser un programa creado para dar respuesta a un problema de emergencia epidemiológica el personal que labora en dichas unidades deberá cumplir estrictamente con el perfil de puesto y un grado de compromiso amplio ya que el empoderamiento individual en promoción de la salud no responde a un modelo informativo de transmisión de conocimientos, supone el enfoque de cambio por parte de quien opera el modelo.

Antecedentes

Las unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEMES-EC) son unidades ambulatorias en el primer nivel de atención que ofrecen servicios de promoción de la salud, atención preventiva, atención curativa y de rehabilitación en el manejo de padecimientos denominados de gasto catastrófico, como son el sobrepeso, la obesidad, la dislipidemia y la diabetes mellitus¹. Su estrategia es “coadyuvar a disminuir los actuales índices de saturación y los costos de operación en los hospitales”.

El concepto surgió a partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los sistemas de salud a nivel mundial deben cumplir tres objetivos básicos: “mejorar el estado de salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y garantizar la protección financiera en materia de salud para evitar que las familias incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud²”. Derivado de lo anterior los países de todo el mundo comenzaron a innovar sus sistemas de salud para ofrecer a la población acceso universal, equidad, calidad y justicia. En México el sistema de salud comenzó a centrarse en la promoción de la salud y prevención de enfermedades como lo estableció el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA). Por tal motivo se crearon el “Programa de Acción de la Promoción de la Salud: Una nueva cultura” y la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud (ENPPS)³”. El lugar que se creó para operar la ENPPS en cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles fueron las UNEMES-EC⁵. Es importante destacar que programas similares existen en Irlanda y en comunidades de Estados Unidos y Europa.

El diseño de estas unidades permite dar una “atención proactiva de carácter anticipatorio” basada en las necesidades de la población y del individuo, mediante la promoción de estilos de vida saludables, desarrollo de aptitudes personales para una cultura en salud, identificación y control de riesgos y detección temprana de enfermedades. En las UNEMES-EC debería realizarse la evaluación integral, la educación del paciente sobre su salud, la identificación de metas de tratamiento, el diseño de esquemas de seguimiento a largo plazo, la prescripción efectiva y personalizada de programas de alimentación, actividad física y tratamiento

farmacológico, la inclusión de la familia en el tratamiento, y la detección oportuna de complicaciones para evitar la discapacidad que generan estas enfermedades. La finalidad última del programa es lograr una adherencia terapéutica a largo plazo, ya que “la resistencia al cambio, los abandonos al tratamiento y la falta de apego, son un problema mundial de sorprendente magnitud que también ha contribuido a incrementar la prevalencia de enfermedades crónicas en todo el mundo⁴”. En países en desarrollo los niveles de adherencia alcanzan sólo el 25% y en los desarrollados el 50%.

Para lograr una adherencia sostenible se propone seguir el modelo “5 Pasos para la Motivación y Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo”. Mediante la realización de las actividades propuestas en el modelo se incluye al paciente en el proceso de toma de decisiones del que generalmente es excluido. De tal manera que el equipo de salud estará empoderando individualmente a cada paciente, ya que retomando el concepto de empoderamiento a nivel individual, la OMS lo define como la habilidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. Una vez concluido el proceso, el paciente empoderado y controlado egresará de la unidad para continuar el seguimiento en su centro de salud.

Lo anterior supone un gran desafío para el personal de salud ya que comprometer a los pacientes en el proceso de cambio y lograr que reconozcan que tan dispuestos están para modificar aquellas conductas que a través de los años lo llevaron a dicho padecimiento¹ constituye un gran reto en el manejo de este tipo de enfermedades. Por tal motivo el equipo, que debería estar conformado por dos trabajadores sociales, dos enfermeras especialistas en salud pública, un médico especialista en medicina integrada, medicina familiar o medicina interna, dos nutriólogos y un psicólogo con especialidad o maestría en medicina conductual, debe recibir un adiestramiento especial y actualizaciones en forma continua para que dentro de sus actividades diarias lleven a cabo actividades de promoción de la salud encaminadas a favorecer el empoderamiento individual de la población .

El modelo de atención establece un plazo de seis meses para alcanzar las cifras de control, como plazo máximo será un año y en caso de no lograr las metas

terapéuticas el paciente se dará de baja del programa. De tal forma que el equipo interdisciplinario deberá contar con conocimientos y habilidades para superar “los métodos educativos antiguos centrados en el ejercicio del poder sobre el otro⁵”, deberá fomentar el diálogo y el análisis crítico de los problemas con el objetivo de lograr aumentar la capacidad reflexiva de los pacientes. Por lo tanto la eficacia de la intervención dependerá en gran medida de las habilidades, los conocimientos, la formación y el desempeño del personal que labora en la UNEME-EC.

Marco Teórico

La definición de promoción de la salud ha evolucionado y se ha venido redefiniendo a través del tiempo. Resende aporta el concepto inicial de promoción de la salud: “el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar el hábito de vida apuntando a un estado óptimo de salud⁵”. En 1986 con la Carta de Ottawa se incluye a los determinantes de la salud, ya no sólo son los estilos de vida los causantes de la enfermedad, sino también las condiciones de vida, como la satisfacción de necesidades, la justicia social, la paz, la vivienda, el salario digno y los ambientes saludables, los que influyen en la salud. De esta manera, la responsabilidad recae en el Estado, quien mediante la creación de políticas públicas saludables, debe brindar los medios para alcanzar el máximo potencial en salud.

En 1998, en el glosario de promoción de la salud creado por la OMS, define a esta disciplina como:

“[...] el proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud⁶”.

El término empoderamiento es complejo, difícil de definir, ya que se presta a varias interpretaciones dependiendo de las disciplinas que lo utilizan y los diferentes escenarios de intervención. Se ha utilizado desde los años setenta y se ha vinculado principalmente a movimientos sociales y políticos en contra de la opresión y en búsqueda de equidad y de los derechos humanos⁷.

Diversos autores han definido el empoderamiento centrándose en la noción de “poder”, entendiendo por poder, la capacidad “para hacer”, “para poder”, “para sentirse” más capaces en control de una situación⁸. En 1991, Moser identifica el empoderamiento en términos de dominación; empodera a la mujer a través de la “redistribución del poder dentro de una sociedad como entre sociedades⁸”. Craig y

Mayo, en 1992, definieron el empoderamiento como la concientización de clase, es decir cuestionar a los poderosos y luchar para transformar la realidad mediante políticas conscientes⁸. Resende define el empoderamiento social como el aumento de la capacidad de los individuos y colectivos para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas⁹. En 1978 el informe Lalonde suma al concepto de promoción de la salud, la responsabilidad individual que tienen las personas sobre su salud, naciendo lo que hoy en día conocemos como *empoderamiento individual para la salud*. En 1997 en la Resolución sobre Promoción de la Salud adoptada para la Asamblea Mundial de la OMS se identifican 5 prioridades, dentro de las que destaca la de incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos, por lo que la OMS manifiesta la necesidad de los procesos de empoderamiento para la práctica de la promoción de la salud¹⁰.

A partir de 1997 comienza a explorarse el empoderamiento en distintas categorías. Rowlands, por ejemplo, lo explora desde 3 niveles. El nivel personal cuyo objetivo principal es el de desarrollar confianza y capacidad en las personas. El nivel de las relaciones, en el que se crean competencias para negociar las decisiones que se tomen dentro de una relación, y el nivel colectivo, que pretende aumentar el impacto de las personas individuales para que trabajen juntas y participen en estructuras políticas¹⁰.

El glosario de Promoción de la Salud, también categoriza el empoderamiento para la salud en 2 niveles, el comunitario y el individual¹¹. El nivel comunitario supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad. A nivel individual, el empoderamiento se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal¹¹.

El glosario de Promoción de la Salud define el empoderamiento para la salud como:

“el proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las básicas habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud”¹¹.

La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento, ya que se busca el control de los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias. McDonald en 1998 reconoce que la existencia de un “proceso de empoderamiento de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de la salud o no⁸”. Freire es el autor más destacado cuando se habla de empoderamiento, en su obra “Pedagogía del Oprimido” explica que el fin de la educación es permitir al individuo llegar a ser sujeto, construirse como persona y la manera como pueden lograrlo es a través de la reflexión. Propone un modelo educativo para el desarrollo del empoderamiento, “Acción/reflexión/acción” el cual logrará la concientización de las personas⁸. Este método establece que el promotor de salud deberá basarse en el diálogo y la negociación estableciendo una relación horizontal y de empatía entre las personas, si se trasmite únicamente información, no se logrará el empoderamiento⁸. Desde esta perspectiva se incluye a las personas en el proceso de toma de decisiones, se estimula a que adopten una actitud de participación activa y se respeta su decisión de cambio⁸

Otro ejemplo de modelo en el que se implica a los pacientes en el proceso de cambio fue desarrollado por Prochaska para personas que presentan gran dependencia a sus conductas, como son los pacientes alcohólicos. Este mismo modelo fue replanteado por Beato para la conducta alimentaria. Posteriormente Barriguete en el 2007 propone un algoritmo (se suma una “r” por la necesidad de ritmo, sintonía en la relación médico-paciente) focalizado en el paciente, quien por mutuo acuerdo trabaja para mantener su salud y realizar cambios en su vida diaria que le permite tomar decisiones hacia un cambio para el control de su enfermedad. Este modelo se denomina “5 Pasos para la Motivación y Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo” incluye 6 etapas de cambio que se irán desarrollando durante un periodo de 6 meses a través de tres ejes, el de “Conocer, Hacer, Evaluar”, y que se identificarán en 3 fases: riesgo, alerta y camino saludable. Cada paso tiene un objetivo y cada objetivo una estrategia por cumplir¹², lo cual ayuda al paciente a identificar en sus esferas de vida los cuatro aspectos cognitivos-conductuales: auto-conocimiento, auto-cuidado, auto-

efectividad y autoestima. Respetando las etapas de cambio, el paciente logrará un cambio de pensamientos, conductas y hábitos en beneficio de su salud, y finalmente el educador o promotor de la salud logrará una adherencia terapéutica. La adherencia se define como “el alcance con el cual la conducta de una persona corresponde con el acuerdo de las recomendaciones de un médico o equipo clínico⁹”.

El modelo de adherencia terapéutica mencionado anteriormente se propone en el programa de las unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEMES-EC) ya que para el tratamiento de este tipo de padecimientos es necesario un proceso educativo para entender la enfermedad y lograr cambios significativos de conductas. Se anexa figura 1.

Justificación

Las primeras UNEMES-EC comenzaron a funcionar en el 2007. Para el 2011 existían 83 unidades en 29 entidades federativas. Actualmente se encuentran en operación 100 unidades cumpliendo así con el 94% de la meta propuesta para el 2012¹⁴.

Una de estas unidades es la UNEME-EC “La Magdalena”, ubicada en la Jurisdicción Sanitaria de Nezahualcóyotl del Instituto de Salud del Estado de México. La unidad inició actividades en enero del 2012 con un equipo conformado por una recepcionista, una trabajadora social, 2 enfermeras generales, 2 médicos especialistas en medicina integrada (coordinador y clínico), 2 nutriólogas y una psicóloga educativa. A 6 meses de iniciadas las actividades en la unidad, se encontró que únicamente se habían otorgado 5 altas, en promedio habían ingresado 176 pacientes, 26 de los cuales habían recibido la atención interdisciplinaria durante 6 meses¹⁵. Lo anterior demostró que solamente el 19% de los pacientes habían logrado un control terapéutico en el plazo establecido en el modelo de intervención. Esta cifra incrementó a 57% cuando el paciente fue atendido durante 12 meses, 34% de los pacientes no alcanzaron las metas después de un año de haber recibido tratamiento en la unidad¹⁵. Las cifras reportadas anteriormente son similares a los resultados publicados en noviembre del 2012 en la evaluación de las UNEMES-EC que realizó el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. En dicha evaluación se encontró que en promedio los pacientes de las UNEMES-EC se han atendido durante 12.2 meses y que “las cifras de control son menores al 30% y dadas las ventajas de las unidades las metas deberían alcanzarse sin problema”. Actualmente es la única evaluación cuantitativa que se ha realizado del desempeño del modelo de atención multidisciplinaria de estas unidades. No existen estudios donde se haya evaluado si el personal de salud cumple con las acciones propuestas en el modelo, por ello es fundamental conocer el caso de alguna de estas unidades y realizar una exploración cualitativa de las actividades de promoción de la salud que realiza el equipo interdisciplinario y que están encaminadas a favorecer el *empoderamiento individual*.

Preguntas de Investigación

1. ¿Qué acciones de *empoderamiento individual* se proponen en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud?
2. ¿Qué acciones de *empoderamiento individual* se proponen en el Manual de Implementación en Unemes-EC 2011?
3. ¿Qué acciones de *empoderamiento individual*, por parte del personal de salud, se están realizando en el programa de promoción de la salud de la Uneme-EC “La Magdalena”?

Objetivo General

Analizar las actividades de promoción de la salud, realizadas por el personal de salud, encaminadas a favorecer el *empoderamiento individual*, en el programa Uneme-EC “La Magdalena”.

Objetivos Específicos

1. Conocer las actividades propuestas para llevar acciones de *empoderamiento individual* en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud y las propuestas en el Manual de Implementación de las Unemes-EC.
2. Conocer las actividades realizadas en la Uneme-EC “La Magdalena” encaminadas a favorecer el *empoderamiento individual* para la salud.
3. Realizar un análisis comparativo entre las actividades establecidas en los manuales y las actividades realizadas en la unidad.

Diseño y Método

Se realizó un estudio exploratorio no experimental de tipo cualitativo en tres momentos, como se muestra en la figura 2.

Primer momento: Revisión de Manuales

Se realizó la revisión de los siguientes manuales:

- a) La Estrategia Nacional Promoción y Prevención para una mejor salud y de;
- b) Manuales de Implementación en UNEMES-EC, los cuales se enlistan a continuación:
 - Trabajo Social
 - Enfermería
 - Medicina: Manual de Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Dislipidemias
 - Nutrición
 - Psicología

De la revisión anteriormente descrita se diseñaron dos listas que incluían actividades propuestas en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud (Lista 1) y actividades propuestas en los Manuales de implementación en UNEMES-EC (Lista 2), como se muestra en el cuadro 1. Todas las actividades se organizaron y clasificaron de acuerdo al modelo de los 5 pasos para la motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo. Posteriormente se compararon las actividades entre la Lista 1 y la Lista 2 obteniendo una lista final, a la que se le denominó **Lista A**, con acciones específicas que el equipo clínico debería llevar a cabo en su práctica diaria para fomentar el empoderamiento individual de los pacientes. Se anexa tabla 2.

Segundo momento: Técnica Grupos Focales

Se empleó la técnica de grupos focales lo cual permitió explorar de forma abierta las actividades que realiza el personal de salud en su práctica diaria. Se llevaron a cabo 2 sesiones con un grupo focal constituido por 7 profesionistas de la salud que laboran en la UNEME-EC “La Magdalena”: una recepcionista, dos enfermeras, una médica, dos nutriólogas y una psicóloga.

Las reuniones tuvieron lugar en el aula se usos múltiples de la unidad con una duración aproximada de dos horas y fueron grabadas en video. Se tomaron medidas para que no se produjeran interrupciones durante su desarrollo.

El moderador de las sesiones fue un psicólogo con maestría en terapia familiar y experiencia en el manejo de grupos focales. Para facilitar el rendimiento del trabajo el moderador aplicó un guion compuesto por 4 fases, como se muestra en el cuadro 3 y 4. Cada fase consistió en los siguientes elementos: visión que tiene el personal de la implicación del paciente en la toma de decisiones en relación a su salud, descripción detallada de una consulta de primera vez para evaluar la etapa de conocer y descripción de una consulta subsecuente con el fin de conocer las actividades que realizan en la etapa de hacer y evaluar de acuerdo al modelo de 5 pasos para la motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo. El objetivo general del grupo se introdujo mediante una explicación breve y el grupo se inició mediante una facilitación verbal o una pregunta abierta. El moderador esperó que el tema objeto de estudio surgiera espontáneamente y facilitó la discusión sobre el mismo. Posteriormente solicitó la descripción de las actividades a cada uno del personal de manera ordenada de acuerdo al flujograma de atención para el paciente de primera vez, como se muestra en la figura 2.

Una vez obtenidos los datos procedentes de los grupos focales, se realizó la transcripción de la grabación y se efectuó la segmentación del discurso en unidades de análisis. Para realizar el análisis del contenido de las unidades de información se procedió a la categorización de las mismas de acuerdo al modelo de 5 pasos para la motivación y la adherencia al tratamiento a largo plazo. Finalmente se obtuvo una lista final con la información codificada, a la cual se le denominó Lista B, como se muestra en el cuadro 4.

Tercer Momento: Análisis Comparativo

Se realizó un análisis comparativo entre las actividades establecidas teóricamente (Lista A) y las acciones llevadas a cabo en la práctica en la UNEME-EC “La Magdalena” (Lista B). Lo anterior con el objetivo de analizar las actividades de promoción de la salud realizadas por el personal, encaminadas a favorecer el empoderamiento individual de los pacientes. Se anexa figura 3.

Análisis comparativo

Para el análisis comparativo se consideró la variable *cumplimiento de actividades* propuestas para cada paso del modelo de adherencia para la motivación y tratamiento a largo plazo. El proceso de cálculo del porcentaje total de cumplimiento de actividades constó de dos etapas:

1. Determinación del factor de ponderación para cada paso del modelo de motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo.
2. Determinación del porcentaje de cumplimiento de las actividades propuestas para cada uno de los pasos del modelo para la motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo.

1. Se asignó un factor de ponderación del 20% a cada paso del modelo de motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo para obtener un total del 100%, como se muestra en la figura 3.

2. Para efectos de determinación del porcentaje de cumplimiento de las actividades propuestas para cada paso, el porcentaje de cumplimiento fue del 100% sólo si el personal de salud mencionó todas las actividades establecidas para cada paso. Para la ponderación del porcentaje de cumplimiento con el factor de ponderación establecido para cada paso, se utilizó la siguiente fórmula:

((Ponderación Paso 1 x % de cumplimiento Paso 1) + (Ponderación Paso 2 x % de cumplimiento Paso 2) + (Ponderación Paso 3 x % de cumplimiento Paso 3) + (Ponderación Paso 4 x % de cumplimiento Paso 4) + (Ponderación Paso 5 x % de cumplimiento Paso 5)) = **“Porcentaje de cumplimiento de actividades”**

Por ejemplo, el paso 1 está compuesto por tres actividades que explícitamente tienen asignada la siguiente ponderación:

Paso 1

Actividad 1: 33.33%

Actividad 2: 33.33%

Actividad 3: 33.33%

Total: 100%

Si el trabajador de salud cumplió con las actividades 1 y 2, el porcentaje del nivel de cumplimiento del paso 1 será de 66.66%.

Pasos	Ponderación	Porcentaje del nivel de cumplimiento por pasos
Paso 1 Precontemplación	20%	66.66%
Paso 2 Contemplación	20%	50%
Paso 3 Decisión	20%	60%
Paso 4 Acción	20%	49.98%
Paso 5 Mantenimiento/Recaída	20%	50%
	Total 100%	

$$((0.20 \times 0.666) + (0.20 \times 0.50) + (0.20 \times 0.60) + (0.20 \times 0.499) + (0.20 \times 0.50)) = 0.55 = \mathbf{55.28\%}$$

“Porcentaje total de cumplimiento de actividades” = 55.28%

Lo anterior se realizó para cada miembro del equipo interdisciplinario de la UNEME-C “La Magdalena”.

Resultados

Primer Momento

1. *Actividades propuestas en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud. Lista 1*

Se identificaron 5 actividades específicas que fomentan el empoderamiento individual para la salud.

La etapa de conocer fue la fase de cambio en la que con mayor frecuencia se localizaron dichas acciones.

Destaca la propuesta del uso de la Libreta de Salud como instrumento para que las personas y sus familias conozcan los riesgos para su salud y puedan definir un plan de manejo en conjunto con el personal de salud.

Tabla 7
Lista 1

		Etapa Conocer		Etapa Hacer	
		Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción
Lista 1	Estrategia Nacional Promoción y Prevención para una mejor salud (ENPPS)	Conocimiento personal de determinantes de la salud y desarrollo de competencias para el manejo adecuado de la salud.	Libreta de Salud: instrumento que permite a las personas y familias conocer los riesgos a su salud y definir un plan de manejo.	La educación en salud para los adultos se realizará mediante metodologías participativas tales como "aprender haciendo".	Realización de talleres mientras se practica e interactúa con otros pacientes que tienen los mismos intereses y condiciones.

Elaboración Propia

2. Actividades propuestas en los Manuales de Implementación en UNEMES-EC. Lista 2

Las actividades propuestas en los manuales de implementación encaminadas a fomentar el empoderamiento individual del paciente se encuentran especificadas por etapa de cambio y por servicio tratante.

El paso con mayor número de actividades propuestas fue el de precontemplación de la etapa de conocer, seguido por el paso de acción de la etapa de hacer. El paso con menor número de actividades propuestas fue el paso de decisión de la etapa de hacer. La revisión demostró que el servicio que propone un mayor número de acciones específicas fue el de nutrición, seguido por el servicio de enfermería. Cabe mencionar que no existe manual para el área de recepción.

Tabla 8
Lista 2

			ETAPA CONOCER		ETAPA DE HACER		ETAPA EVALUAR
			Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída
Lista 2	Manuales de Implementación en UNEMES-EC	Trabajo Social	Informar y sensibilizar a los pacientes que son referidos del primer nivel de atención sobre el modelo de atención y de la importancia de su participación en el control del padecimiento. Firma de la carta de corresponsabilidad.	Promover una mejor participación en la atención a las necesidades en salud.	Promover el cambio de actitudes desfavorables para la salud, por conductas que favorezcan su fomento, conservación y restauración.	Aplicar estrategias de promoción a la salud y prevención de los padecimientos crónicos no transmisibles con base en la evidencia.	Motivar a los grupos preventivos para que sean permanentes y autogestivos, a través de dinámicas grupales de integración, sensibilización, reflexión, insistiendo en los beneficios para la salud que conllevan a las actividades grupales, con la finalidad de que en el futuro funjan como promotores de salud en su comunidad.
		Enfermería	Conocer motivo de consulta, cuidados a largo plazo, riesgo cardiometabólico y estilo de vida: alimentación y actividad física. Se aplican 2 etapas del proceso enfermero: Valoración y Diagnóstico.	Es necesario conocer si el paciente acude por iniciativa propia o es llevado a la unidad por algún familiar. Eso permitirá conocer el nivel de motivación antes de iniciar el tratamiento. Identificará si el paciente conoce los cambios de su padecimiento, y sensibilizará a la persona y a los familiares sobre los beneficios de iniciar tratamiento a largo plazo. Evaluar conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad, y conocer las probables barreras que impidan que el paciente continúe su tratamiento.	Determinar metas y estrategias del tratamiento. Se realiza la tercera etapa del proceso enfermero que es la planeación, en base a los diagnósticos establecidos en la etapa anterior, plantea los objetivos que deberá alcanzar la persona para obtener un estado de salud óptimo y previniendo complicaciones de su padecimiento. Priorizará las necesidades alteradas para generar intervenciones específicas y oportunas para cada paciente de acuerdo a sus patologías y necesidades por cubrir. Se genera un plan de cuidados generalizado. En un ambiente cálido, de respeto y confiable diseñar objetivos a corto, mediano y largo plazo conjuntamente con el paciente. Determinar metas a corto, mediano y largo plazo.	Se realiza la etapa de ejecución, en la cual el paciente ya realizó cambios en sus estilos de vida y se realiza un seguimiento. Es preciso identificar los logros junto con el paciente, resaltando las acciones y estrategias que utilizó para cambiar su riesgo cardiometabólico y dejar claro que las metas solamente se logran haciendo las estrategias. Es importante escuchar a los pacientes cuando no lograron sus metas sin juzgarlos, ya que esto impedirá investigar cuáles fueron los obstáculos que lo frenaron. Fomentar el automonitoreo de hábitos de comer, actividad física, glucosa, tensión arterial, manejo del estrés, control del estímulo, solución de problemas, mantenimiento de contingencia, reestructuración cognoscitiva y ayuda social.	Cuidados a largo plazo. Mantener, evaluar y reevaluar periódicamente motivación, actividad física, medicación y alimentación. Se aplica la 5ª fase del proceso enfermero: evaluación. Este último paso se analizan conjuntamente de manera periódica los logros obtenidos en su estado de salud. Se reconocen los logros y se comentan los beneficios obtenidos en su estado de salud, apegándose a las estrategias del programa, observando siempre el nivel de motivación del paciente. El personal de enfermería ayudará a la persona a diferenciar sus creencias verdaderas o conceptos equivocados sobre su padecimiento.

		ETAPA CONOCER		ETAPA HACER		ETAPA EVALUAR	
		Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída	
Lista 2	Manuales Implementación UNEMES-EC	Medicina	Análisis del estado físico del paciente, determinar medidas de IMC, circunferencia abdominal, peso del paciente. Determinar porque y como ha ocurrido el desequilibrio energético del paciente, determinar el nivel de intervención clínica requerida. Estratificar al paciente para diferenciar el riesgo absoluto y relativo de sufrir una complicación cardiovascular. Conocer al paciente, constatar lo difícil que es cambiar y reconocer en nuestro paciente que es un luchador en potencia, un buscador del cambio. Sobre todo en el proceso de actividad física donde la salud, las condiciones físicas, y gustos influyen en la adherencia misma. Conocerlo o conocerla, premisa para una buena relación médico-paciente.	Comprobar la preparación y la motivación del paciente para intentar perder peso. Es necesario identificar el grado de control interno y externo que tiene el paciente para enfrentarse a situaciones que considera conflictivas, es decir es importante evaluar el grado de desarrollo cognitivo del sujeto, ya que es lo que le permite adquirir cierta perspicacia para reconocer las situaciones que favorecen el cambio conductual y por tanto para tener un buen control sobre sí mismo y su entorno. Es importante señalar los riesgos del exceso de peso o los beneficios por cambiar. Describir las estrategias requeridas para la detección, evaluación y tratamiento del paciente con enfermedad crónica.	Definir metas y estrategias del tratamiento con el paciente. Prescribir recomendaciones de dieta y de actividad física. Prescribir medicación si es necesario así como modificación apropiada de hábitos. Jerarquizar las metas que tiene que alcanzar el paciente de acuerdo a su preocupación y gravedad. Así como sugerir estrategias para lograr las metas planteadas dentro del tratamiento, enfatizando que con el tiempo irá utilizando las que se adecuen más a sus necesidades. Planear las actividades diarias, buscar los momentos en que realizará actividad física.	Identificar las barreras para el desarrollo del tratamiento. Los pacientes que acuden a consulta desarrollan estrés, para combatirlo existen programas como el de Meichenbaum, cuyo objetivo es que el paciente logre, no eliminar el estrés, sino controlarlo por medio de un adiestramiento; se trata de educar a las personas sobre la naturaleza y el impacto del estrés. Aquí desempeña un papel importante la cognición, definida como el reconocimiento del diálogo interno. El paciente aprende a reconocer y manejar las ideas irracionales que desencadenan estados de ansiedad. Acompañar al paciente para ver que tanto puede cambiar y como ayudarlo y esperarle si no está listo.	Revisión regular para el manejo del peso y el mantenimiento de cambios en el peso, así como modificación del programa si es necesario. Es importante premiar el esfuerzo, el apoyo social y la libre vigilancia.
		Nutrición	El nutriólogo deberá recibir al paciente de pie, entablando un saludo cordial y afable. Dirigirse por el nombre e iniciar cualquier pregunta. Dirigirse con voz suave, audible, serena y segura. Mostrar una posición corporal que refleje seguridad, profesionalismo y serenidad, establecer una relación con naturalidad y agilidad en forma oportuna, mantener contacto visual con el paciente más del 80% del tiempo, sobre todo al principio de la entrevista, expresarse con precisión y lenguaje didáctico y accesible para el y la paciente, tomar los datos básicos para el expediente, con precisión y agilidad, no inducir y/o forzar las respuestas del paciente. Preguntar si fue iniciativa propia del paciente acudir a consulta o si es por	se deberá promover que el y la paciente se exprese suficientemente en sus repuestas, así como explicar al paciente los riesgos de la enfermedad que padece, con la finalidad de generar un intercambio de información entre el paciente y el profesional de la salud. Es importante preguntar al paciente acerca de hábitos alimentarios y su actividad física y se le informará sobre los riesgos de su enfermedad a fin de lograr cambios a largo plazo. Permitir al paciente la realización de preguntas con la finalidad de promover el auto-cuidado. Conocer y evaluar las expectativas que tiene el y la paciente hacia el apoyo nutricional. Proporcionar información escrita con lenguaje sencillo para	Es importante respetar la etapa de motivación en la que se encuentra el paciente y tomar en cuenta que un cambio obligado puede fracturar la relación médico-paciente. Sugerir un plan de acción para el logro de las metas viables para la modificación de hábitos. Las metas no deben implicar varios cambios a la vez, deben ser paulatinas y se registrarán en el apartado de diagnóstico nutricional. Si el paciente refiere que no le gustan las verduras, el nutriólogo (a) tendrá que investigar a fondo de que tipo de verduras se tratan y cuales son de su agrado y comenzar por incluir las en su plan de alimentación. Si el nutriólogo ofrece al paciente un plan de alimentación refiriendo solo las verduras que no le agradan difícilmente logrará el apego al mismo.	Conjuntamente se deberán establecer metas antropométricas y bioquímicas de acuerdo a la(s) patología(s) y perfil metabólico actual del paciente y siguiendo los indicadores de los algoritmos correspondientes. Las metas deseadas deberán ser compatibles con el nivel de motivación del paciente (decisión y acción). Comprender que la mayor parte de los pacientes presentan ambivalencia al cambio, evento esperado en el proceso de la adherencia al tratamiento y que todo paso inicial es pequeño y cada pequeño cambio forma parte del tratamiento. Se tendrá que monitorear el proceso de duelo que implica el abandono de ciertos hábitos (shock o negación, enojo, negociación, depresión y aceptación).	Informar al paciente acerca de sus datos antropométricos y bioquímicos, para evaluar conjuntamente si se han alcanzado las metas establecidas en la consulta previa, con la finalidad de que el paciente esté consciente de sus avances y se vuelva actor de su tratamiento. De ser necesario, se integraran nuevas estrategias (replanteamiento del plan de alimentación y de actividad física), para cuya realización el paciente deberá estar preparado de acuerdo al grado de motivación en que se encuentre. Enseñará al paciente a valorar cada uno de los cambios que vaya presentando con el fin de reforzar su autoestima. El paciente determinará cómo lo hizo, cómo se siente con los cambios realizados, de que forma está observando y valorando sus cambios, etc. Evaluar razones de éxito y fracaso al tratamiento. Se deberá invitar al paciente para que exprese dudas
		Psicología	Fomento de autoconocimiento. Reconocer obstáculos a través de la aplicación de pruebas psicológicas para detectar cualquier problema que pueda sabotear el tratamiento integral (depresión, ansiedad, alcoholismo, tabaquismo, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, etc). Aumentar la conciencia de salud: información del padecimiento sin ser repetitivo e insistente. No darse por vencido en el tratamiento de un paciente apático o con poca intención de cambio. Identificar las defensas emocionales comunes que le dificultan el cambio. No empujarlo a un cambio cuando aun no este listo.	Análisis en conjunto razones para cambiar, y las que lo dificultan, o con poco beneficio. Enfatizar que no existe el momento mágico del cambio, ni depender del exterior.	Primero explorar el nivel de autoestima conociendo las diferentes áreas de desarrollo del paciente: Área social: sentimientos de la persona sobre las relaciones con sus amigos, pareja y su integración en la sociedad. Área laboral: que piensa de su desarrollo profesional Área familiar: su sentimiento como parte integrante de su familia. Imagen corporal: como se percibe, como se ve en su aspecto físico. El psicólogo deberá emplear frases como "piense lo que ha logrado hacer para el autocuidado en su salud". "Tenga confianza en poder resolver lo mejor posible", cualquier situación: analice con cuidado las opiniones de los demás, pero usted y sólo usted es quien debe tomar la última decisión", etc. Se deberá promover que el paciente aprenda a decir no. Al hacerlo cobra imagen de autorespeto.	Facilitarle el apoyo e información, así como desarrollar estrategias en conjunto Monitorear las acciones realizadas por el paciente. Mantener, evaluar y reevaluar estrategias y mantenimiento de motivación a largo plazo. Fomento de autoestima, autocuidado y autoeficacia. Revisión de éxitos y fracasos en el tratamiento, así como modificación de conductas. Crear en conjunto un plan de acción, dentro de las consultas antes de llevarlo a cabo. Apoyar al paciente a planear cambios pequeños que creen a largo plazo un cambio en sus hábitos. Enseñar al paciente a valorar cada uno de los cambios que presenten a través de nombrarlos dentro de la consulta. Motivar al paciente a buscar alguna persona que realice la acción junto con ellos, amigos para momentos difíciles en cuanto al tratamiento.	Aún cuando ya se lleven semanas en las que se ha mantenido el cambio es importante que se le recuerde al paciente que existen momentos estresantes en los que probablemente pueda surgir de nuevo la necesidad de presentar la conducta y que esto no implica un retroceso. El cambio es gradual. El paciente aún tiene que utilizar diferentes estrategias que le sirvieron para el cambio ya que estos le pueden funcionar en momentos en que se encuentre fuera de la rutina diaria. Reconocer cuando realmente es una recaída y mencionar que en estos momentos se da el mayor aprendizaje ya que hay que identificar lo que originalmente ayudo al paciente a cambiar para que lo vuelva a aplicar, así como saber en que momentos es más difícil seguir con el programa. Recordar que ningún cambio es lineal, es dinámico, va y viene.

3. Comparación entre las actividades propuestas en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud y las actividades establecidas en los Manuales de Implementación en UNEMES-EC. Lista A

En el análisis comparativo se encontró que 4 de las actividades propuestas en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud se encuentran también en los Manuales de Implementación de las UNEMES-EC. La actividad que no se encontró en la revisión de los 5 manuales fue la propuesta de realizar una Libreta de Salud para que las personas y sus familias conozcan sus riesgos para la salud.

**Tabla 9.
Lista A.**

		ETAPA CONOCER		ETAPA DE HACER		ETAPA EVALUAR	
		Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída	
Lista A	Manuales de Implementación en UNEMES-EC	Trabajo Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa y sensibiliza a los pacientes en el modelo de atención de la UNEME-EC. 2. Firma carta de corresponsabilidad 3. Conoce determinantes de la salud y competencias para el manejo adecuado de la salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover una mejor participación en la atención a las necesidades en salud. 2. Manejo de Libreta de Salud (instrumento que permite a las personas y familiar conocer los riesgos a su salud y definir un plan de manejo). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover el cambio de actitudes desfavorables para la salud, por conductas que favorezcan su fomento, conservación y restauración. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar estrategias de promoción a la salud y prevención de los padecimientos crónicos no transmisibles con base en la evidencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivar a los grupos preventivos para que sean permanentes y autogestivos, a través de dinámicas grupales de integración, sensibilización, reflexión, insistiendo en los beneficios para la salud que conllevan a las actividades grupales, con la finalidad de que en el futuro funjan como promotores de salud en su comunidad.
		Enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer motivo de consulta, cuidados a largo plazo, riesgo cardiometabólico y estilo de vida: alimentación y actividad física 2. Aplica 2 etapas del proceso enfermero: Valoración y Diagnóstico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conoce si el paciente acude por iniciativa propia o es llevado a la unidad por algún familiar con el fin de identificar el nivel de motivación. 2. Identifica si el paciente conoce los cambios de su padecimiento 3. Sensibilizará a la persona y a los familiares sobre los beneficios de iniciar tratamiento a largo plazo. 4. Evalúa conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad. 5. Conoce las probables barreras que impidan que el paciente continúe su tratamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determina estrategias del tratamiento. 2. Realiza la tercera etapa del proceso enfermero: planeación. 3. Plantea objetivos que deberá alcanzar la persona para obtener un estado de salud óptimo y prevenir complicaciones de su padecimiento. 4. Prioriza las necesidades alteradas para generar intervenciones específicas y oportunas para cada paciente de acuerdo a sus patologías y necesidades por cubrir. 5. Genera un plan de cuidados generalizado. 6. Diseña objetivos a corto, mediano y largo plazo conjuntamente con el paciente. 7. Determina metas a corto, mediano y largo plazo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza etapa de ejecución. 2. Identifica logros junto con el paciente, resaltando las acciones y estrategias que utilizó para cambiar su riesgo cardiometabólico y dejar claro que las metas solamente se logran haciendo las estrategias. 3. Escucha a los pacientes cuando no lograron sus metas sin juzgarlos, ya que esto impedirá investigar cuáles fueron los obstáculos que lo frenaron. 4. Fomenta el automonitoreo de hábitos de comer, actividad física, glucosa, tensión arterial, manejo del estrés, control del estímulo, solución de problemas, mantenimiento de contingencia, reestructuración cognoscitiva y ayuda social. 5. Aplica metodologías participativas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene, evalúa y reevalúa periódicamente motivación, actividad física, medicación y alimentación. 2. Aplica la 5ª fase del proceso enfermero: evaluación. 3. Analiza conjuntamente de manera periódica los logros obtenidos en su estado de salud. 4. Reconoce los logros y se comentan los beneficios obtenidos en su estado de salud, apeguándose a las estrategias del programa, observando siempre el nivel de motivación del paciente. 5. Ayuda a la persona a diferenciar sus creencias verdaderas o conceptos equivocados sobre su padecimiento. 6. Realiza talleres mientras practica e interactúa con otros pacientes.
		Medicina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza el estado físico del paciente. 2. Determina medidas de IMC, circunferencia abdominal, peso del paciente. 3. Determina porque y como ha ocurrido el desequilibrio energético del paciente y el nivel de intervención clínica requerida. 4. Estratifica al paciente para diferenciar el riesgo absoluto y relativo de sufrir una complicación cardiovascular. 5. Conoce al paciente, y constata lo difícil que es cambiar. 6. Reconoce en el paciente que es un luchador en potencia, buscador del cambio. 7. Conocerlo o conocerla, premisa para una buena relación médico-paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprueba la preparación y la motivación del paciente para intentar perder peso. 2. Identifica el grado de control íterno y externo que tiene el paciente para enfrentarse a situaciones que considera conflictivas. 3. Señala los riesgos del exceso de peso o los beneficios por cambiar. 4. Describe las estrategias requeridas para la detección, evaluación y tratamiento del paciente con enfermedad crónica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Define metas y estrategias del tratamiento con el paciente. 2. Prescribe recomendaciones de dieta y de actividad física. 3. Prescribe medicación si es necesario así como modificación apropiada de hábitos. 4. Jerarquiza las metas que tiene que alcanzar el paciente de acuerdo a su preocupación y gravedad. 5. Sugiere estrategias para lograr las metas planteadas dentro del tratamiento, enfatizando que con el tiempo irá utilizando las que se adecuen más a sus necesidades. 6. Planea las actividades diarias, buscar los momentos en que realizará actividad física. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica las barreras para el desarrollo del tratamiento. 2. Educa a las personas sobre la naturaleza y el impacto del estrés. El paciente aprende a reconocer y manejar las ideas irracionales que desencadenan estados de ansiedad. 3. Acompaña al paciente para ver que tanto puede cambiar y como ayudarlo y esperarle si no está listo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión regular para el manejo del peso y el mantenimiento de cambios en el peso, así como modificación del programa si es necesario. 2. Premia el esfuerzo, el apoyo social y la libre vigilancia.

			ETAPA CONOCER		ETAPA HACER		ETAPA EVALUAR
			Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída
Lista A	Manuales Implementación UNEMES-EC	Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe al paciente de pie, entabla un saludo cordial y afable. Se dirige por el nombre e inicia cualquier pregunta. 2. Se dirige con voz suave, audible, serena y segura. 3. Muestra una posición corporal que refleja seguridad, profesionalismo y serenidad. 4. Establece una relación con naturalidad y agilidad en forma oportuna. 5. Mantiene contacto visual con el paciente más del 80% del tiempo, sobre todo al principio de la entrevista. 6. Se expresa con precisión y lenguaje didáctico y accesible para el y la paciente. 7. Toma los datos básicos para el expediente, con precisión y agilidad. 8. No induce y/o fuerza las respuestas del paciente. 9. Pregunta si fue iniciativa propia del paciente acudir a consulta o si es por convencimiento de otra 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promueve que el paciente se exprese suficientemente en sus repuestas 2. Explica al paciente los riesgos de la enfermedad que padece. 3. Pregunta al paciente acerca de hábitos alimentarios y su actividad física. 4. Informa sobre los riesgos de su enfermedad a fin de lograr cambios a largo plazo. 5. Permite al paciente la realización de preguntas con la finalidad de promover el auto-cuidado. 6. Conoce y evalúa las expectativas que tiene el paciente hacia el apoyo nutricional. 7. Proporciona información escrita con lenguaje sencillo para facilitar el abordaje de esta sección 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeta la etapa de motivación en la que se encuentra el paciente y tomar en cuenta que un cambio obligado puede fracturar la relación médico-paciente. 2. Sugiere un plan de acción para el logro de las metas viables para la modificación de hábitos. Las metas no deben implicar varios cambios a la vez, deben ser paulatinas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conjuntamente establece metas antropométricas y bioquímicas de acuerdo a la(s) patología(s) y perfil metabólico actual del paciente y siguiendo los indicadores de los algoritmos correspondientes. 2. Las metas deberán ser compatibles con el nivel de motivación del paciente 3. Comprende que la mayor parte de los pacientes presentan ambivalencia al cambio. 4. Monitorea el proceso de duelo que implica el abandono de ciertos hábitos (shock o negación, enojo, negociación, depresión y aceptación). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al paciente acerca de sus datos antropométricos y bioquímicos, para evaluar conjuntamente si se han alcanzado las metas establecidas en la consulta previa, con la finalidad de que el paciente esté consciente de sus avances y se vuelva actor de su tratamiento. 2. Integra nuevas estrategias (replanteamiento del plan de alimentación y de actividad física), si el paciente está preparado. 3. Enseña al paciente a valorar cada uno de los cambios que vaya presentando con el fin de reforzar su autoestima. 4. Evalúa razones de éxito y fracaso al tratamiento. 5. Invita al paciente para que exprese dudas acerca de su estado de salud y tratamiento para fomentar su autocuidado, auto-eficacia y auto-conocimiento.
		Psicología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomenta autoconocimiento. 2. Reconoce obstáculos a través de la aplicación de pruebas psicológicas para detectar cualquier problema que pueda sabotear el tratamiento integral (depresión, ansiedad, alcoholismo, tabaquismo, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, etc). 3. Aumentar la conciencia de salud: información del padecimiento sin ser repetitivo e insistente. 4. No se da por vencido en el tratamiento de un paciente apático o con poca intención de cambio. 5. Identifica las defensas emocionales comunes que le dificultan el cambio. 6. No empuja a un cambio cuando aun no este listo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza en conjunto razones para cambiar, y las que lo dificultan, o con poco beneficioso. 2. Enfatiza que no existe el momento mágico del cambio, ni depender del exterior. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explora el nivel de autoestima conociendo las diferentes áreas de desarrollo del paciente: social, laboral, familiar, autoimagen. 2. Emplea frases como "piense lo que ha logrado hacer para el autocuidado en su salud". "Tenga confianza en poder resolver lo mejor posible", cualquier situación: analice con cuidado las opiniones de los demás, pero usted y sólo usted es quien debe tomar la última decisión", etc. 3. Promueve que el paciente aprenda a decir no. Al hacerlo cobra imagen de autorespeto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilita el apoyo e información, y desarrolla estrategias en conjunto 2. Monitorea las acciones realizadas por el paciente. 3. Fomenta autoestima, autocuidado y autoeficacia. 4. Revisa éxitos y fracasos en el tratamiento, así como modificación de conductas. 5. Crea en conjunto un plan de acción, dentro de las consultas antes de llevarlo a cabo. 6. Apoya al paciente a planear cambios pequeños que creen a largo plazo un cambio en sus hábitos. 7. Enseña al paciente a valorar cada uno de los cambios que presenten a través de nombrarlos dentro de la consulta. 8. Motiva al paciente a buscar alguna persona que realice la acción junto con ellos, amigos para momentos difíciles en cuanto al tratamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerda al paciente que existen momentos estresantes en los que probablemente pueda surgir de nuevo la necesidad de presentar la conducta y que esto no implica un retroceso. El cambio es gradual. El paciente aún tiene que utilizar diferentes estrategias que le sirvieron para el cambio ya que estos le pueden funcionar en momentos en que se encuentre fuera de la rutina diaria. 2. Reconoce cuando realmente es una recaída y menciona que en estos momentos se da el mayor aprendizaje ya que hay que identificar lo que originalmente ayudo al paciente a cambiar para que lo vuelva a aplicar, así como saber en que momentos es más difícil seguir con el programa. 3. Recuerda al paciente que ningún cambio es lineal, es dinámico, va y viene.

Segundo Momento Grupo Focal

A continuación se señalan los principales resultados obtenidos de las dos sesiones realizadas al grupo focal, el cual estuvo constituido por una recepcionista, dos enfermeras, una médica, dos nutriólogas y una psicóloga. La trabajadora social estuvo ausente en las dos sesiones por apoyo a la coordinación municipal. Las citas textuales de los participantes aparecen en cursiva.

Al preguntar acerca de la visión que tiene el personal de la implicación del paciente en la toma de decisiones en relación a su salud, los profesionales consideran que debe respetarse la decisión del paciente de cuando comenzar a realizar cambios en su estilo de vida, sin embargo al realizar preguntas dirigidas de las estrategias que emplearía con un paciente que no ha realizado modificación de sus conductas la mayoría de los participantes respondió que reforzarían el tratamiento con la ayuda del área de psicología ya que *“eso me genera ansiedad y frustración, me enoja y no me gustaría atender mal al siguiente paciente, por eso lo refiero a psicología”*. Por otra parte el área de psicología manifestó que *“no sólo es mi tarea, todos debemos tratar de adherir al paciente, y toda la responsabilidad me la dejan a mí.”*

Las acciones que con mayor frecuencia realiza el equipo corresponden al paso 1 de precontemplación de la etapa de conocer y las que con menor frecuencia desempeñan se encuentran descritas en el paso 3 de decisión de la etapa de hacer. El servicio que describió un mayor número de actividades fue el servicio de nutrición seguido por el servicio de medicina.

Las actividades mencionadas textualmente por cada miembro del equipo y por etapa de cambio aparecen en la tabla 10 de resultados con letra cursiva.

Tabla 10
Lista B

		ETAPA CONOCER		ETAPA DE HACER		ETAPA EVALUAR	
		Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída	
Lista B	Grupo Focal	Recepción	1. "Cuando el paciente llega por primera vez, le explico como funciona la unidad y como van a ser sus consultas". 2. "Le entrego el folleto donde viene explicado lo que hace cada servicio". 3. Le pido que tiene que llegar 15 minutos antes de sus citas y que hay que ser puntuales."	1. "Cuando llega el paciente más de 15 minutos tarde, pierde su consulta con el primer servicio, pero lo paso al siguiente para que no pierda todas sus citas, le explico que es muy importante llegar temprano". 2. "Me doy cuenta cuando no tienen recursos o no ven bien o tienen baja escolaridad, porque cuando les doy sus citas se acercan mucho el cometa para alcanzar a leer o no me entienden cuando les explico lo del laboratorio o talleres".	1. "A los pacientes les doy a escoger el horario y día de sus citas". 2. "Cuando no pueden venir a talleres chequeo el cronograma semestral y le agendo su ronda para el proximo mes".	1. "Yo me doy cuenta cuando bajan de peso o cuando ya les bajo la glucosa les cambia el semblante" 2. "Tambien me fijo si aumentan su autoestima, como la Sra. Flores que hasta se pinto el cabello, o la Sra. Cirila que me contó que hasta ya le habia reclamado a su esposo de que no le daba nada para el gasto". 3. "Asi me doy cuenta cuando van mejorando y les digo que le sigan echando ganas".	1. Cuando ya no quieren venir a sus consultas de psicologia o nutrición los agendo primero con ellos y luego con medicina para que no falten. 2. Tambien si me dicen que ya estan cansados de venir muchos dias a la unidad le comento a la Dra. para ver si se pueden dar las citas más espaciadas.
		Trabajo Social					
		Enfermería	ENFERMERA A 1. "En la primera consulta inicio mis valoraciones de virginia henderson, trato de abarcar los que más se puedan, para despues hacer los diagnosticos enfermeros". ENFERMERA B 1. "Empiezo con la historia clinica".	ENFERMERA A 1 "Le explico al paciente que son las enfermedades cronicas y que es muy importante el cambio de estilo de vida y el tratamiento de por vida" 2. "Le hago preguntas acerca de su enfermedad para ver que tanto saben" ENFERMERA B 1. "Para esta etapa yo le pregunto si conoce cuales son las principales complicaciones de sus enfermedades" 2. "La más importante es que empiecen a hacer conciencia de su enfermedad, por ejemplo cuando les reviso los pies y no sienten se dan cuenta hasta donde puede afectar tener diabetes". 3. "Lo que yo he visto es que la estructura de la unidad es el principal obstaculo para el paciente porque tiene que venir muy seguido y la primero que dicen es que no pueden"	ENFERMERA A 1. "Le doy un plan de cuidados , en la etapa de planeación. ENFERMERA B 1. "Yo empiezo a decirle como cuidarse sus pies, y cuales son los signos de alarma de hipertension y de glucosa elevada". 2. "Si veo por ejemplo que la necesidad de eliminacion esta alterada, le digo que haga ejercicio o que ingiera fibra como lo indica medicina y nutrición".	ENFERMERA A 1. "Apoyo a la Dra. con el automonitoreo, les explico a los pacientes como deben checarse la glucosa y la presión arterial" ENFERMERA B 1. "Yo no los regaño si no cumplen metas, trato de ver que es lo que esta pasando y platico con la Dra. o con Joana" (psicologa)	ENFERMERA A 1. "Aplico la 5a. fase del proceso enfermero que es la Planeación 2. "Lo felicito cuando ya tiene glucosas normales, o cuando por ejemplo ya vienen bañados y bien arreglados, con los zapatos adecuados, porque ya ve que muchas señoras vienen en chanclos". 3. "En los talleres a veces les he enseñado el suero de un paciente con triglicéridos muy altos y el de un paciente normal y se espantan, es una manera de sensibilizarlos". ENFERMERA B 1. "En esta etapa lo que toca es ver las necesidades que estaban mal y les dimos indicaciones y si ya estan realizando lo que les dijimos" 2. "Hay muchos pacientes que creen que la insulina solo es por un periodo de tiempo corto y que despues lo van a suspender, ahí ya les explico que es de por vida y les digo porque".
Medicina	1. "Realizo la historia clinica" 2. "Investigo de que centro de salud es enviada y cuales han sido sus tratamientos anteriores" 3. "Si el paciente tiene obesidad como comorbilidad, explico que es una enfermedad y el motivo por el cual debe bajar de peso".	1. "Explico los motivos por los cuales hay que realizar actividad fisica" 2. "En la primera consulta me doy cuenta que tan motivado esta el paciente cuando le pregunto que que espera lograr de estar en la unidad".	1. "Les doy metas en cuanto a presión y glucosa, ya despues que eso se controla empiezo con triglicéridos, colesterol total y HDL". 2. Tambien ya que descarte isquemia o necrosis, y que el paciente ha mantenido glucosas por abajo de 250, comienzo con los planes de actividad fisica" 3. "Yo me baso en las guias clinicas de la ADA, en base a eso ajusto medicamentos y sobre todo la insulina, y bueno...con los registros de glucosa que les pido a los pacientes".	1. "Tambien me doy cuenta inemdiatamente cuando no se esta apegado al tratamiento y a nutrición, es cuando empiezo a sensibilizarlos para prevenir complicaciones"	1. "Cuando llegan ya con glucosas normales los felicito y la verdad me pongo muy contento, hemos tenido pacientes que creemos que no van a controlarse y llegan muy mal y es una satisfaccion cuando si lo hacen"		

		ETAPA CONOCER		ETAPA HACER		ETAPA EVALUAR
		Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaida
Lista B	Grupo Focal	NUTRIÓLOGA A	NUTRIÓLOGA A	NUTRIÓLOGA A.	NUTRIÓLOGA A	NUTRIÓLOGA A
		NUTRIÓLOGA B	NUTRIÓLOGA B	NUTRIÓLOGA B	NUTRIÓLOGA B	NUTRIÓLOGA B
	Nutrición	<p>1. "De acuerdo a lo que está establecido en los manuales, cuando veo a un paciente de primera vez, me presento, el doy mi nombre y le explico lo que se trata el servicio de nutrición."</p> <p>2. "Les hablo muy despacio, para que me entiendan e intento no imponerme nunca, porque es difícil mi trabajo, y los pacientes creen que les voy a dar una dieta y les voy a quitar su comida preferida"</p> <p>3. "Les digo también que voy a llenar unos datos en la computadora y al final resolvire dudas y le explore mas a detalle como vamos a iniciar su manejo"</p> <p>4. "Pracuto utilizar palabras que me entiendan y siempre les pregunto si la Dra. ya les explico su enfermedad, para saber como me dirijo a ellos".</p> <p>5. "Ahh tambien les pregunto si ellos decidieran venir par su cuenta o algun familiar los trajo a fuerza o el medico del centro de salud los obliga a venir, eso me ayuda mucho para ver si se va a apegar a su plan"</p> <p>1,2 "Pues empiezo a llenar los datos que me pide el expediente electrónico, el ABCDE"</p> <p>3. "Intento no forzar sus respuestas, aunque a veces es difícil y me desespero..."</p>	<p>1,2</p> <p>"En este paso, siempre le explico al paciente que si no empieza a seguir un plan de alimentación va a ser difícil que la Dra. lo controle y puede llegar a tener complicaciones en un futuro"</p> <p>3. "De acuerdo al expediente electrónico le hago su recordatorio de 24 hrs. y si ha realizado actividad física"</p> <p>4. "Cuando voy empezando les pregunto acerca de que opinan de iniciar tratamiento con nutrición"</p> <p>NUTRIÓLOGA B</p> <p>1,2 "Realizó el recordatorio de 24hrs y el cuestionario de actividad física"</p> <p>3. Les doy su guía de alimentos y les pido que me firmen de que se la entregue.</p>	<p>1. "Antes de empezar esta consulta veo la semaforización de Joana, para ver en que etapa se encuentra y ver hasta que punto seguir explicándole de su plan de alimentación"</p> <p>NUTRIÓLOGA B</p> <p>1. "Al hacerles su recordatorio de 24 hrs empiezo a dar cuenta en que etapa se encuentra si veo que ya esta decidiendo a hacer cambios veo como negociar con el paciente"</p>	<p>1. "Si veo que ya esta en amarillo, empiezo a darle sus metas, 2. ...minimo 5% de su peso corporal total, hago una regla de 3 y les enseño cuantos kilos debe perder"</p> <p>NUTRIÓLOGA B</p> <p>1. Lo que les explico es su meta en circunferencia de cintura y peso.</p> <p>2. ...solo les explico sus metas a los pacientes que ya veo mas avanzados o los que no han hecho nada, para que!!!</p>	<p>1. "Algo que me ayuda mucho es enseñarles el tarjetero de control para que vean lo que han logrado o si no han avanzado nada".</p> <p>2. "Si va bien refuerzo comentádoslo lo que han hecho, comparo sus recordatorios de 24hrs de cuando llegaron a la unidad y los últimos, para que verdaderamente se percaten de toda lo que han cambiado"</p> <p>NUTRIÓLOGA B</p> <p>1. "Yo pongo de ejemplo a otros pacientes, para que vean que si se puede, como la Sra. Sofía que a sus 60 años bajo casi 9 kilos!!!!"</p> <p>2. "Trato de identificar por que no está cumpliendo sus metas y hago negociaciones."</p>
	Psicología	<p>1. "Aplico una bateria de test para detectar limitantes al tratamiento y les informo a los dias. por si hay necesidad de enviarlos a otro nivel"</p> <p>2. "Le pregunto si tiene alguna duda de los servicios a los que paso a consulta"</p> <p>3. "Tambien veo si no tiene algun duelo, eso puede interferir mucho en el tratamiento"</p>		<p>1. "Lo que siempre hago es enfocarme en la autoestima, aumentarselo para ayudarles a que hagan cambios, a que se sientan capaces de realizarlos"</p>	<p>1. "Me gusta el autocontrol, les pido que me enseñen sus registros para ver si los estan realizando y tambien el de actividad física".</p> <p>2. "Cuando ya lograron un cambio reviso con el paciente lo que lo llevó a hacerlo para que puedan seguir cambiando en otros aspectos, como la alimentación"</p> <p>3. "Lo que me ayuda es que les digo que si van a hacer ejercicio lo hagan en compañía de alguien, algun familiar o vecino"</p>	<p>1. "Para mantenerlos adheridos al tratamiento les comento que son enfermedades crónicas y que a lo mejor recaemos en algun momento y que estamos para apoyarlos en ese aspecto"</p> <p>2. "y que siempre recuerden lo que sintieron cuando vieron que bajaron de peso, o cuando ya sus glucosas estuvieran normales"</p>

Elaboración Propia

Tercer Momento Análisis Comparativo

Comparando la información entre la Lista A y la Lista B se encontró que ningún profesionalista de la salud que labora en la UNEME-EC lleva a cabo el 100% de las actividades que fomentan el proceso individual de empoderamiento. No se realizó análisis comparativo con el área de recepción por no contar con manual para dicha área, y tampoco se pudo analizar el área de trabajo social ya que estuvo ausente en las dos sesiones del grupo focal.

La etapa de cambio que con mayor frecuencia se cumplen actividades es la de conocer, específicamente el paso 1 de precontemplación, el paso de menor porcentaje de cumplimiento fue el de decisión de la etapa de hacer.

A continuación se enlistan los principales resultados por servicio tratante:

El área de enfermería ejecuta en un mayor porcentaje actividades de la etapa de conocer, seguidas por la etapa de evaluar.

Por su parte el área médica cumple en total con un 44% de las actividades propuestas en los manuales.

El personal que con mayor frecuencia desempeña tareas de empoderamiento individual es el servicio nutrición con un 50% de cumplimiento total.

El servicio de psicología cumple únicamente con un 36% de dichas actividades, durante su práctica diaria no realiza actividades del paso 2 de precontemplación.

El cumplimiento total de actividades por unidad reportó un porcentaje del 43%.

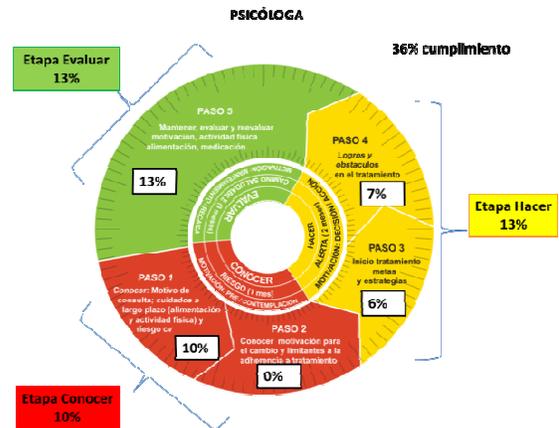
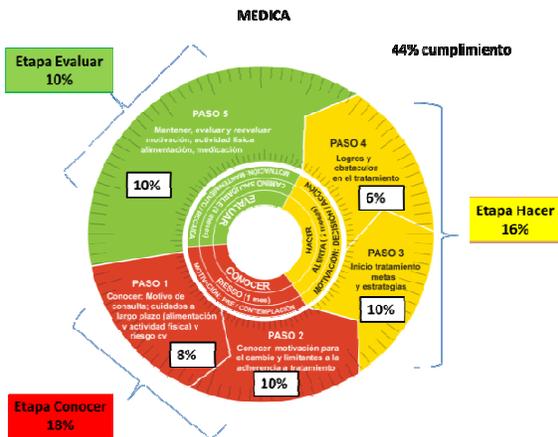
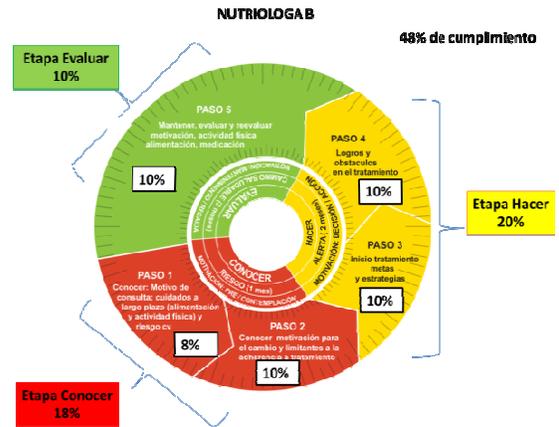
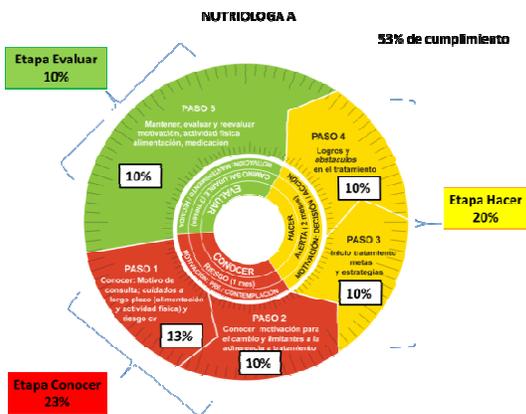
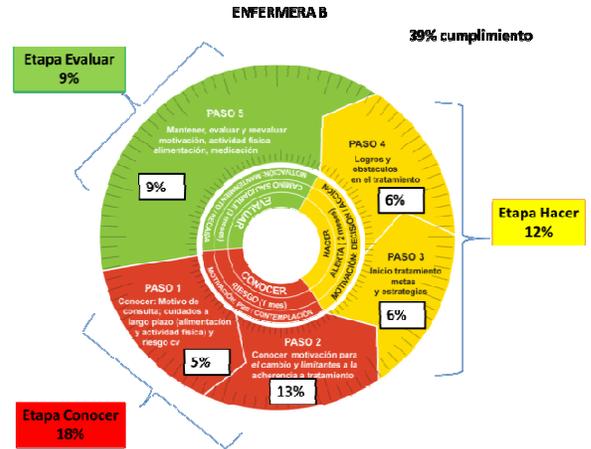
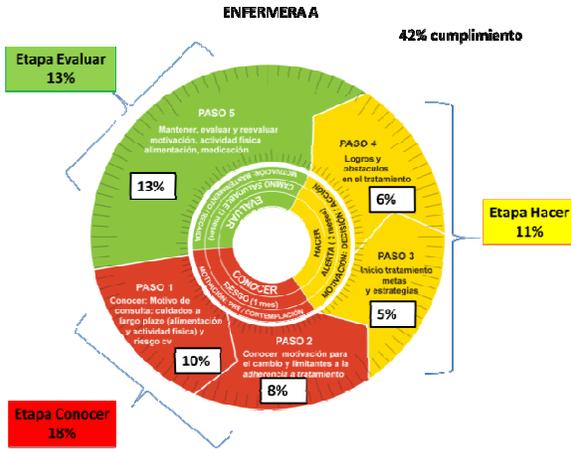


Tabla 11
Resultados de Cumplimiento por Personal de Salud y Etapa de Cambio

	Etapa Conocer		Etapa Hacer		Etapa Evaluar	Total Cumplimiento
	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5	
Enfermera A	10	8	5	6	13	42
Enfermera B	5	13	6	6	9	39
Médica	8	10	10	6	10	44
Nutrióloga A	13	10	10	10	10	53
Nutrióloga B	8	10	10	10	10	48
Psicóloga	10	0	6	7	13	36
						43%

Elaboración Propia

Conclusiones

Este estudio reveló que existen actividades propuestas tanto en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud como en los Manuales de Implementación en UNEMES-EC encaminadas a favorecer el empoderamiento individual. En el caso de los manuales de las UNEMES-EC, las actividades se encuentran especificadas por servicio tratante y por etapa de cambio del modelo de los 5 pasos para la adherencia y el tratamiento a largo plazo”, aunque con una variabilidad en el número y la descripción de dichas acciones, por ejemplo el manual de nutrición reporta mayor número de acciones las cuales se encuentran descritas a detalle como es por ejemplo mantener contacto visual en más del 80% del tiempo de consulta, hablar con voz serena y segura, saludar al paciente de pie y mantener una postura que refleje seguridad. En los manuales de medicina se encontró que únicamente el manual de obesidad describe actividades que fomentan el empoderamiento individual, en los manuales de diabetes, hipertensión y dislipidemia no se mencionan este tipo de acciones. Referente al manual de psicología se establecen 12 sesiones con actividades que fomentan la toma de decisiones del paciente, con frases y estrategias que el psicólogo debe emplear para fomentar el apego y combatir la resistencia al cambio. Se encontró que no existe manual para el área de recepción y parte de una adecuada adherencia al tratamiento depende en buena medida de la calidad con la que el personal administrativo recibe y atiende al paciente.

Al investigar las actividades que desempeña el personal de salud en el programa UNEME-EC mediante la técnica de grupos focales se observó que desafortunadamente la actividad que predomina para lograr adherir al paciente al tratamiento continúa siendo la transmisión de información, en muy pocos casos se fomenta el diálogo y la negociación y con mucha dificultad se incluye a las personas en la toma de decisiones para su salud, lo cual como resultado final demuestra cifras de control bajos y recaídas. También se observó que el personal de enfermería, medicina y nutrición delegan la responsabilidad final de adherencia al tratamiento al área de psicología.

Al realizar el análisis comparativo entre lo que se encuentra establecido normativamente y lo que se realiza en la práctica se encontró un muy bajo porcentaje de cumplimiento de actividades. El servicio que mayor grado de cumplimiento reportó fue el servicio de nutrición seguramente por contar con un manual más específico y mejor descrito en actividades que fomentan el empoderamiento individual aunado al grado de compromiso que demuestran con su trabajo. Llama la atención que el servicio con menor cumplimiento fue el de psicología atribuido posiblemente a su formación profesional como psicóloga educativa y su enfoque psicoanalista.

El presente estudio de caso demostró que en la UNEME-EC “La Magdalena” no se está cumpliendo con todas las actividades propuestas a nivel normativo. El porcentaje global de cumplimiento del modelo fue de 43%. Lo anterior puede atribuirse a diversas causas, desde la variabilidad en el número y descripción de actividades que se encuentran en los manuales, la falta de algún miembro en el equipo interdisciplinario, la formación profesional del personal que labora en la unidad, el grado de compromiso tanto del personal como de los tomadores de decisiones y la falta de sensibilización en la aplicación del modelo de los “5 pasos para la motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo”.

Recomendaciones

Los resultados del presente estudio de caso indican que en la UNEME-EC “La Magdalena” no se están cumpliendo las actividades que fomentan el empoderamiento individual para la salud. Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a mejorar la aplicación del modelo.

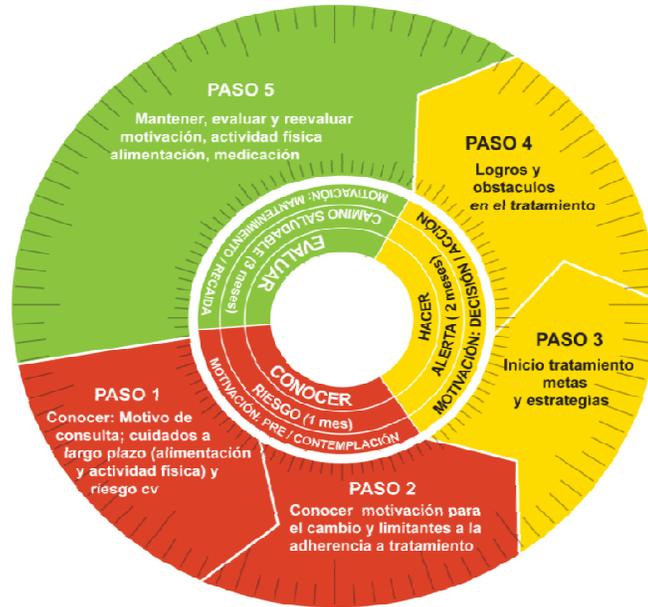
1. Realizar manual para el área administrativa específicamente recepción y farmacia.
2. Se propone la creación de un manual único para el modelo de los “5 pasos para la motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo” con el objetivo de unificar las acciones para todo los miembros del equipo interdisciplinario.
3. Por ser un programa creado para dar respuesta a un problema de emergencia epidemiológica como son las enfermedades crónicas no transmisibles la selección del personal debería realizarse estrictamente de acuerdo al perfil propuesto en los manuales de implementación para cada área.
4. Sensibilizar a coordinadores jurisdiccionales y estatales en el modelo UNEME-EC y en el impacto de que un buen desempeño de la unidad se verá reflejado en la disminución de la prevalencia de este tipo de enfermedades, por lo tanto el apoyo por parte de este tipo de autoridades es fundamental.
5. Ampliar el proceso de capacitación en UNEME-EC impartido por nivel federal con mayor enfoque en el modelo de adherencia al tratamiento.
6. Incluir un módulo de promoción de la salud en los diplomados impartidos al personal que labora en UNEMES-EC.
7. Evaluaciones continuas al personal de salud en el seguimiento del modelo de adherencia terapéutica.
8. Con el objetivo de lograr la adherencia terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas se requiere que el personal tenga un alto grado en compromiso, probablemente los incentivos económicos y de capacitación pueda aumentar y mantener la motivación en el personal de salud.

9. Fortalecer la comunicación entre coordinador UNEME-EC, coordinador jurisdiccional, coordinador estatal y coordinador federal, en vías de mejorar los procesos y ayudar a la integración del equipo interdisciplinario.
10. Realizar las gestiones necesarias para que pacientes empoderados y controlados reciban el tratamiento indicado por parte del equipo de la UNEME-EC en su centro de salud.

Anexos

Figura 1

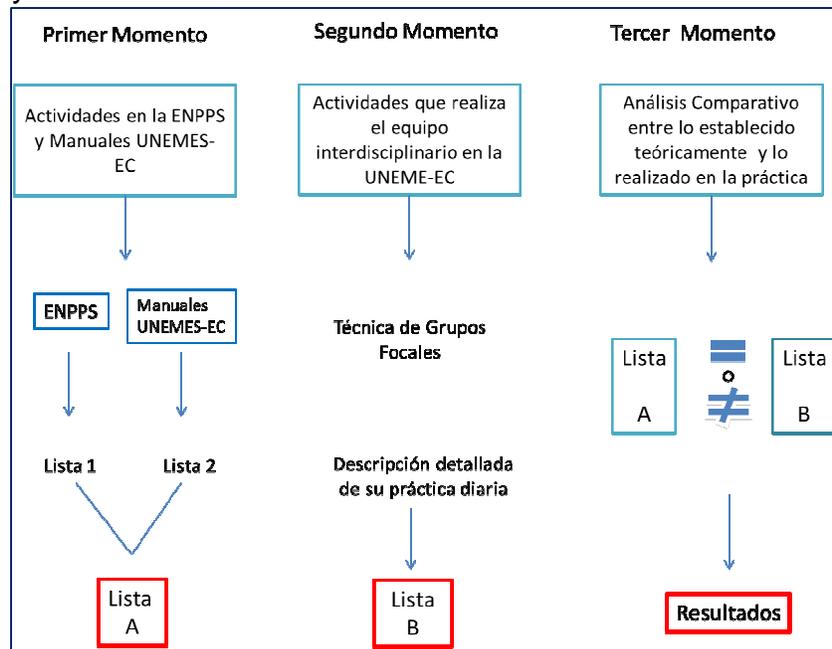
5 Pasos para la Motivación y Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo



FUENTE: Barriguete A., Aguilar C Pérez, "Algoritmo MEDICO, Enlaces Médicos. FMMM IAP, 2007.

Figura 2.

Diseño y desarrollo del estudio de caso de la UNEME-EC "La Magdalena"



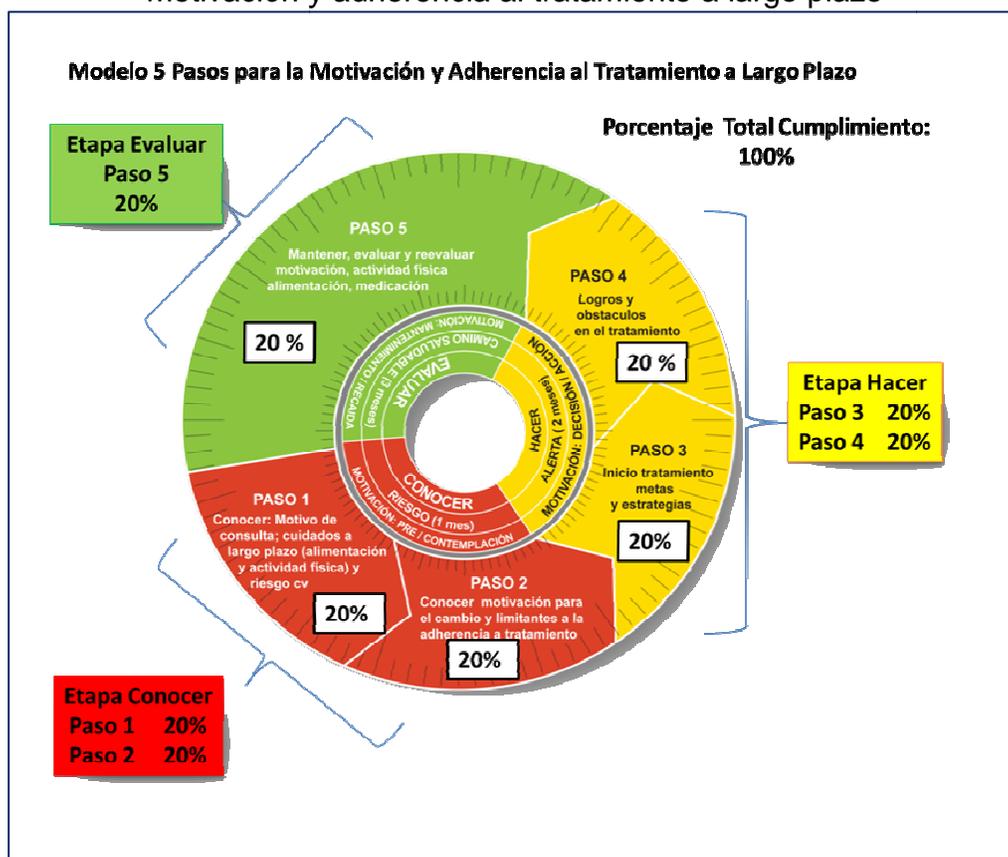
Fuente: Elaboración Propia

Figura 3.
Flujograma de Atención para el Paciente de Primera Vez en la UNEME-EC



Fuente: Manuales Implementación UNEMES-EC 2011

Figura 4.
Asignación de factor de ponderación del 20% a cada paso del modelo de motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 1. Estados de Cambio

6 Estados de Cambio	Definición
Pre-contemplación	No acepta que tengan un problema o que tengan que cambiar su “conducta problema”
Contemplación	Sabe que tienen un problema pero aún no han decidido cambiarlo
Decisión	Tiene la decisión de cambiar en un futuro sus conductas, pero aún no han iniciado los cambios;
Decisión	
Acción	Los sujetos comienzan a modificar sus hábitos
Mantenimiento	Se consiguen y mantienen los cambios y las intervenciones se orientan fundamentalmente a mantenerlos
Recaída	Alerta hasta que se consiga la fase de mantenimiento estable

FUENTE: Barriguete, Aguilar, Pérez Lara, Beato et als, “El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria”, 31(3), 111-119, 2007

Tabla 2

. Clasificación de las actividades de acuerdo al Modelo de 5 pasos para la Motivación y Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo
Lista 1, Lista 2

		Etapa Conocer		Etapa de Hacer		Etapa de Evaluar
		Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída
Lista 1	Estrategia Nacional Promoción y Prevención para una mejor salud (ENPPS)					
Lista 2	Manuales Implementación UNEMES-EC : Trabajo Social					
	Enfermería					
	Medicina					
	Nutrición					
	Psicología					

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3
Clasificación de las actividades de acuerdo al
Modelo de 5 pasos para la Motivación y Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo
Lista A

	Etapa Conocer		Etapa de Hacer		Etapa de Evaluar
	Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída
Recepción					
Trabajo Social					
Enfermería					
Medicina					
Nutrición					
Psicología					

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4
Guión de la Primera Sesión con el Grupo Focal.

SESIÓN 1 CONSULTA PRIMERA VEZ.		
OBJETIVO: Conocer las actividades del Paso 1 y Paso 2 de la Etapa de Conocer		
Fase 1	Introducción	Tras la recepción y disposición de los participantes, el moderador se presenta, da la bienvenida, expone el propósito de la reunión. Fomenta las opiniones divergentes (no existen respuestas correctas o equivocadas, simplemente experiencias o puntos de vista que pueden ser muy distintos entre si).
Fase 2	Preparación del grupo	Se presentan los participantes y comentan brevemente la visión que tienen sobre la implicación del paciente en la toma de decisiones en relación a su salud.
Fase 3	Descripción detallada de actividades en consulta de primera vez	1. ¿Recibe al paciente de pie y entabla un saludo cordial y afable? 2. ¿Muestra posición corporal que refleja seguridad, profesionalismo y serenidad? 3. ¿Mantiene contacto visual más del 80% del tiempo? 4. Informa sobre las actividades que se realizan en la unidad? 5. ¿Conoce el motivo de consulta, cuidados a largo plazo, riesgo cardiometabólico y estilo de vida? 6. ¿Evalúa el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad? 7. ¿Se expresa con lenguaje didáctico y accesible para el paciente?. 8. ¿Explica los riesgos de la enfermedad que padece para lograr cambios a largo plazo?. 9. ¿Proporciona información escrita con lenguaje sencillo para facilitar el abordaje?. 10. ¿Fomenta el autoconocimiento?
Fase 4	Clausura del grupo	Terminar la reunión cuando se agote la información sobre los temas a tratar. Resumir los principales temas identificados. Explicar que el grupo volvera a reunirse para conocer las actividades de una consulta subsecuente.

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 5
Guión de la Segunda Sesión con el Grupo Focal.

SESIÓN 2 CONSULTA SUBSCUENTE.		
OBJETIVO: Conocer las actividades del paso 2 al 5 de la Etapa de Hacer y Evaluar		
Fase 1	Introducción	El moderador da la bienvenida a la nueva sesión y expone el propósito de la reunión. Fomenta las opiniones divergentes (no existen respuestas correctas o equivocadas, simplemente experiencias o puntos de vista que pueden ser muy distintos entre si).
Fase 2	Preparación del grupo	Se presentan los participantes y se solicita de nuevo una breve descripción de la visión que tienen sobre la implicación del paciente en la toma de decisiones en relación a su salud.
Fase 3	Descripción detallada de actividades en consulta subsecuente	1. ¿Determina metas y estrategias de tratamiento? 2. ¿Plantea objetivos que debe alcanzar la persona para obtener un estado óptimo de salud? 3. ¿Genera plan de cuidados generalizado? 4. ¿Toma en cuenta que un cambio obligado fractura la relación médico-paciente? 5. ¿Fomenta imagen de autorespeto? 6. ¿Prioriza las necesidades alteradas?. 7. ¿Escucha al paciente cuando no alcanza metas sin juzgarlo?. 8. ¿Sugiere plan de acción para contrarrestar los obstáculos en el tratamiento?. 9. ¿Determina cuidados a largo plazo? 10. ¿Mantiene, evalúa y reevalúa estrategias y mantenimiento de motivación a largo plazo?
Fase 4	Clausura del grupo	Terminar la reunión cuando se agote la información sobre los temas a tratar. Resumir los principales temas identificados. Explicar al grupo que no volvera a reunirse y de la utilidad que se dará a los resultados. Finaliza agradeciendo a los participantes su colaboración.

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 6
Lista B. Clasificación de las Actividades realizadas por el personal de salud de la UNEME-EC “La Magdalena” de acuerdo al modelo de los 5 pasos para la motivación y adherencia al tratamiento a largo plazo.

	Etapa Conocer		Etapa de Hacer		Etapa de Evaluar
	Paso 1 Precontemplación	Paso 2 Contemplación	Paso 3 Decisión	Paso 4 Acción	Paso 5 Mantenimiento/Recaída
Recepción					
Trabajo Social					
Enfermera A					
Enfermera B					
Médica					
Nutrióloga A					
Nutrióloga B					
Psicóloga					

Fuente: Elaboración Propia

Bibliografía

1. Secretaría de Salud "Modelo Integrado de Atención a la Salud", 2ª. Edición, México, 2006.
2. Cerqueira MT "Promoción de la Salud: evolución y nuevos rumbos" Bol Oficina Sain Paranam 120 (4), 1996: pp. 342-347
3. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra,1998: pp. 2-33.
4. Secretaría de Salud "Programa de Acción Específico 2007-2012. Promoción de la Salud: una nueva cultura. Primera edición, México 2007.
5. Frenk J. "La Salud Pública: Campo del conocimiento y ámbito para la acción", En: La salud de la población. Editorial Fondo Cultura Económica, México:1994;37-52
6. Resende-Carvalho, Sergio. Promoción de la salud, *empowerment* y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva, Buenos Aires: septiembre-diciembre de 2008. Pág.336
7. Secretaría de Salud. "Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud", Segunda edición, junio 2007, México.
8. Rodriguez B, "Empoderamiento y Promoción de la Salud", Red. De Salud 14, Junio 2009.
9. Secretaria de Salud, "Guía de Evidencia en Promoción de la Salud", México 2007.
10. Seguimiento y evaluación del empoderamiento. Documento de consulta. Editorial Oxford. Inglaterra: Nov. 1999, pp. 2-57.
11. Prochaska, J.O. Diclemente, C.C. Norcross, J.C. In search of how people change: aplicaciones to addictive behaviors. American Psychology, 47, 1992 1102-1104
12. Barriguete M JA, Péres Z, Córdova Villalobos et sals Síndrome Metabólico y Adherencia 2009.

13. WHO. 2003. Chronic Care. General principles of good chronic care. Geneve 2004, p4
14. Beato Fernández, L Rodríguez Cano. El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). 2003, 111-119
15. Sistema de Información en Salud UNEME-EC "La Magdalena" Diciembre del 2012.