

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

UNIDAD ACADÉMICA:
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E. MÉXICO, D.F.

EXPERIENCIA DE TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN PACIENTES DIABÉTICOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO (ISSSTE) 1999-2003.

TRABAJO:
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. GASPAR ALDANA JIMÉNEZ



ISSSTE

ISSSTE
"GUSTAVO A. MADERO"
DIRECCION

No. de Registro: 21.2004

MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EXPERIENCIA DE TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN
PACIENTES DIABÉTICOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO (ISSSTE).

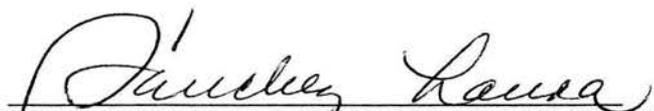
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. GASPAR ALDANA JIMÉNEZ

AUTORIZACIONES

DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR


PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"
ISSSTE, MÉXICO, D.F.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ASESORES:



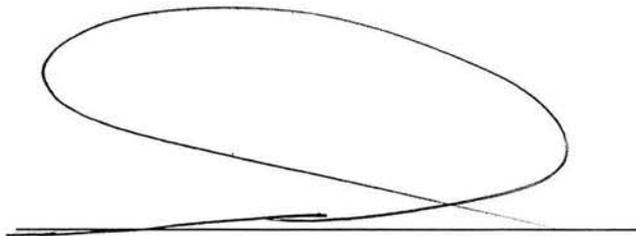
DR. E. RAUL PONCE ROSAS

PROFESOR TITULAR "A" T.C.I.
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"
ISSSTE, MÉXICO, D.F.

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

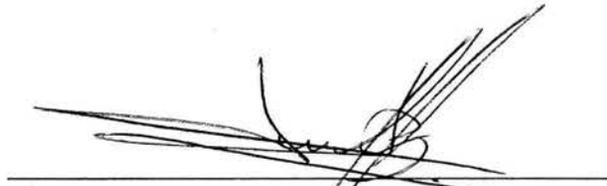


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

AUTORIDADES DEL ISSSTE



DR. JORGE ANTONIO VÁZQUEZ CASTILLO
DIRECTOR DE LA CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO



DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

 **ISSSTE**
"GUSTAVO A. MADERO"
DIRECCION

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES:

Esteban Aldana Robledo y Carmen Jiménez Vázquez.

Que me ven desde el cielo, y que son, han sido y serán los cimientos firmes de mis principios y valores, con todo mi corazón... todo mi amor para ellos dos, en especial para mi papá quien me dejó hace unos días, y quien siempre tuvo un consejo y una palabra de aliento en el momento preciso, para seguir adelante y no renunciar a mis sueños, por su alegría de vivir, TE EXTRAÑO TANTO PAPÁ... siempre vivirán en mi corazón. GRACIAS.

A MI HERMANA:

Guadalupe, GRACIAS por estar conmigo siempre, por cuidar de nuestros padres, en los momentos en los que yo no pude y por entender que yo quería alcanzar un escalón más en mi profesión, aunque por ello tuve que sacrificar el disfrutarlos menos, y apoyarte menos a ti en su cuidado, sacrificando tu también el pasar más tiempo con tu familia, al final el esfuerzo ha valido la pena, Te quiero mucho.

A MI SOBRINO:

Alán, de quién me siento tan orgulloso por su inteligencia y por su apropiada expresión, por su frescura y madurez para su corta edad. Te quiero mucho.

A MI HIJA:

Nancy porque con tu llegada le diste dulzura a mi vida y en estos momentos difíciles eres bálsamo a mis tristezas por la ausencia tan reciente de mi papá, y por ser para mí la estrella que guiará mis pasos para seguir superándome día tras día.

A TI:

Martha, por apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida, por no estar contigo cuando más me necesitabas, por entender mi sed de aprender y por todos esos días y noches que te quedaste sola, mientras yo seguía trabajando para alcanzar mis metas, al final el sacrificio valió la pena y ha reforzado nuestros lazos.

A MIS TIOS:

Con cariño a Elías, Blanca, Genaro y Ma. de la Luz, quienes siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas, incondicionalmente. GRACIAS POR SU APOYO.

A MIS MAESTROS:

Especialmente a la Dra. Laura Sánchez por su invaluable apoyo durante mi formación académica y acertada dirección durante la realización de mi tesis, y al Dr. Jorge Balderas, porque sin sus conocimientos no podría haber llegado al fin de mis metas.

A MI ASESOR:

Dr. E. Raúl Ponce Rosas, por haber motivado en mí el gusto por la investigación, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia y dirigir con éxito mi tesis.

Un agradecimiento especial a la **Dra. Silvia Landgrave Ibáñez**:

Gracias por apoyarme y aceptar dirigirme en mi trabajo de tesis, con su sabiduría y conocimientos, así como por su eficaz orientación he podido culminar mis metas.

Contar con su apoyo ha sido maravilloso, ya que siempre me ha brindado su atención, comprensión, amabilidad, y calidez, por hacer que las cosas que al principio se veían difíciles, fueran mucho más fáciles de lo que pensé, gracias a su acertada dirección.

Espero que su sabiduría y conocimientos sean aprovechados y reconocidos, por todos los médicos que en el futuro se acerquen a usted para solicitar su valioso apoyo y experiencia en sus trabajos de investigación, personas tan auténticas como usted hacen falta, para seguir contribuyendo en la formación de médicos en el área de la investigación.

Reciba mi más sincero y eterno agradecimiento.

ATENTAMENTE.

Gaspar Aldana J.

Dr. Gaspar Aldana Jiménez.

Resumen:

Objetivo: Describir la experiencia de los talleres educativos para la salud en los grupos de pacientes con diabetes tipo 2, en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE).

Diseño: Investigación cualitativa (narrativa histórica de los talleres para diabéticos) retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

Material y Métodos: Estudio realizado en 2 partes. La primera parte: Investigación cualitativa en una revisión histórica del desarrollo de los cursos de talleres para diabéticos en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) de 1999 a 2003.

Segunda parte: descripción de la experiencia del V Taller para Diabéticos realizado en la misma unidad de mayo a junio del 2003. Se realizó una muestra no probabilística de 26 pacientes. Se aplicó una encuesta a los pacientes incluidos en el último taller, la cual se orientó hacia identificar aspectos cualitativos de satisfacción y de repercusión en su vida personal de los pacientes que incluyó tres secciones: Consentimiento de participación voluntaria, ficha de identificación y cuestionario del taller de educación para pacientes diabéticos.

Resultados: Cualitativos, en los 5 talleres realizados entre 1999 y 2003 ha habido cambios y modificaciones, se detectaron problemas con el cambio de profesores. En general los pacientes están satisfechos, contentos y según opinión de ellos ha favorecido el control de su enfermedad. Cuantitativos: En los 26 pacientes encuestados el promedio de edad fue de 59 años, la ocupación de la mayoría de ellos es el hogar con 42.3%, seguida de pensionados con 19.2%; la escolaridad promedio fue de 8.5 años, en cuanto al sexo de los entrevistados 76.9% son del sexo femenino, en relación a su estado civil

80.8% de ellos son casados. Un 96.2% de ellos señaló que mejoró el control de su enfermedad, se encontró una repercusión favorable en su relación con su familia en 100% de los encuestados. El 96.2% de los entrevistados se encuentra satisfecho con el conocimiento obtenido en el taller educativo.

Conclusiones: Es importante continuar con esta actividad que responde a la necesidad de los pacientes en cuanto a conocimientos, educación para la salud, medición de la glucosa y otras actividades tales como orientación acerca de la realización de ejercicio adecuado para ellos, control de su alimentación, etc., ya que esto favorece el trabajo del médico familiar y el trabajo de equipo.

Palabras clave: Educación para la salud, talleres para diabéticos, investigación cualitativa, medicina familiar.

Summary:

Objective: To describe to the experience of the educative workshops for the health in the groups of patients with diabetes type 2, in the Gustavo A. Madero (ISSSTE). Family Medicine Unit. (F.M.U.)

Design: Retrospective, cross-sectional, descriptive, observacional, investigation qualitative (narrative historical of the workshops for diabetics).

Material and Methods: Study made in 2 parts. The first part: Qualitative investigation in an historical revision of the development of the courses of workshops for diabetics to the Gustavo A. Madero (ISSSTE) F.M.U. from 1999 to 2003. Second part: description of the experience of the V workshop for Diabetics made in the same unit of May to June of the 2003. I was carried no randomized sample of 26 patients. A survey to the patients including workshop was applied in the last, which was oriented towards identifying

qualitative aspects of satisfaction and repercussion in its personnel life of the patients that included three sections: Consent of voluntary participation, identification record and questionnaire of the workshop of education for diabetic patients.

Results: Qualitative, in the 5 workshops made between 1999 and 2003 there have been changes and modifications, detected problems with the change of professors. In general the patients are satisfied, contentments and according to opinion of them she has favored the control of his disease. Quantitative: In the 26 interviewed patients the average of age was of 59 years, the occupation of most of them is the home with 42,3%, followed of pensioners with 19.2%; the schooling average was of 8,5 years, as far as the sex of interviewed people 76,9% are of feminine sex, in relation to its civil state 80,8% of them are married. 96,2% of them indicated that it improved the control of his disease, was an a favorable repercussion in their relation with their family in 100% of the interviewed patients ones. The 96,2% of the interviewed people are satisfied with the knowledge obtained in the educative workshop.

Conclusions: It is important to continue with this activity that responds to the necessity of the patients as far as knowledge, education for the health, measurement of the glucose and other activities such as direction about the accomplishment of exercise adapted for them, control of its feeding, etc., since this favors the work of the familiar doctor and the work of equipment.

Key words: Education for the health, workshops for diabetics, qualitative investigation, family medicine.

Índice

Pág.

1.	Marco Teórico	
1.1	Antecedentes de la Diabetes Mellitus	1
1.1.2	Definiciones	5
1.1.3	Epidemiología de la Diabetes Mellitus	7
1.1.4	Asociación con otros factores de riesgo	10
1.1.5	Costos relacionados con la Diabetes	10
1.1.6	Complicaciones de la Diabetes Mellitus	12
1.1.6.1	Complicaciones agudas	12
1.1.6.2	Complicaciones tardías	13
1.1.7.	Promoción de la salud	15
1.1.7.1	Educación para la salud	15
1.1.7.2	Educación para la salud a el paciente diabético	15
1.1.7.3	Principios didácticos para la educación del paciente	17
1.2	Síntesis histórica de la Medicina Familiar	18
1.2.1	Perfil del Médico Familiar	20
1.2.2	El Médico Familiar y su labor para anticiparse al riesgo	22
1.2.3	Abordaje familiar en el paciente diabético	25
1.3	El Médico Familiar y la diabetes	27
1.3.1	Taller	27
1.3.2	Club para personas con diabetes	27
1.3.3	Estrategias para que mediante la educación del paciente se logren los objetivos.	28
1.3.4	Programas educativos para la salud en diabéticos	31
1.4	Programas educativos para la salud en diabéticos en México	32
1.5	Planteamiento del problema	34
1.6	Justificación	38
1.7	Objetivos	41
2.	Material y métodos	42
2.1	Tipo de estudio	42
2.2	Diseño de investigación del estudio	42
2.3	Población, lugar y tiempo	45
2.4	Muestra	45
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	45
2.6	Variables	46
2.6.2	Definición conceptual y operativa de las variables	46
2.6.3	Descripción del taller de capacitación	48
2.7	Diseño estadístico	49
2.8	Instrumento de recolección de datos.	49
2.9	Método de recolección de datos.	50
2.10	Maniobras para evitar o controlar sesgos	52
2.11	Prueba Piloto	52
2.12	Procedimientos estadísticos	53
2.13	Cronograma	53

Índice

Pág.

2.14	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.	53
2.15	Consideraciones éticas	54
3.	Resultados	55
3.1	Resultados cualitativos	55
3.1.1	Descripción de los talleres realizados en la clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE.	55
3.2	Resultados cuantitativos	71
3.3	Edad.	71
3.4	Escolaridad	72
3.5	Estado Civil	72
3.6	Ocupación	73
3.7	Número de integrantes	74
3.8	Tipología familiar	74
3.9	Sexo de los pacientes	76
4.	Discusión	84
4.1	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar	89
5.	Conclusiones	91
6.	Referencias Bibliográficas	94
7.	Anexos	99

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes de la Diabetes Mellitus.

Como es sabido, en épocas recientes la prevalencia de diabetes continúa en ascenso en todo el mundo, sin embargo, se menciona que esta enfermedad se conoce desde la época de los griegos², quienes la bautizaron y significa "Sabor a miel en la orina". Diabetes mellitus hace mención al sabor dulce de la orina, característico de esta enfermedad por la acumulación de glucosa.

Como se menciona anteriormente los griegos bautizaron esta enfermedad ya que fue el griego A. Areteus de Cappadocia (30 a 90 d.c.)¹ quien le dió el nombre de *Diabetes* que significa *sifón* debido a que uno de los síntomas de la diabetes consiste en que la pérdida de agua es mayor al líquido que se consume, es decir, el nombre hace referencia al aumento en la frecuencia de micciones o poliuria.

Fue hasta el siglo VI, en la India, donde se reconoció la dulzura de la orina como señal de la enfermedad, característica que se incorporó a su nombre ya que el adjetivo *mellitus* viene del griego y significa *miel*. Así mismo es interesante conocer también que los griegos prescribían el ejercicio, principalmente el montar a caballo para mejorar los síntomas de la enfermedad y de hecho durante muchos siglos este fue el tratamiento más efectivo que se conoció^{1,2}.

Esta enfermedad por tanto, ha acompañado a la humanidad desde las primeras memorias históricas. Hay evidencias de que los egipcios ya la mencionan en el papiro de Ebers (1550 a.c.), que es una recopilación de textos médicos que describe las enfermedades conocidas entonces¹.

A través del tiempo hubo diversos tratamientos alternos los cuáles iban desde dietas con hambruna hasta el opio, con escasos e infructuosos resultados.

Fue hasta la segunda mitad del siglo XIX, cuando se pudo tener un conocimiento básico del páncreas y la insulina lo cual permitió finalmente entender la diabetes. Se menciona que como sucede frecuentemente en la ciencia, las observaciones son producto de investigaciones realizadas con un propósito distinto y algo semejante sucedió con unos investigadores alemanes de nombre Minkovsky y Von Mehring¹, quienes estando interesados en estudiar el papel del páncreas en los perros y su acción en la digestión al extirparlo les llamó la atención que la orina de estos animales atraía a las moscas; después de analizar la orina se dieron cuenta de que tenía azúcar y que ello estaba relacionado con el aumento de glucosa en la sangre y concluyeron que los perros sin páncreas se volvían diabéticos. Esto sirvió de punto de partida para investigar más sobre este órgano y su relación con la diabetes.

Paul Langerhans^{1,2} aun estudiando medicina, describió la anatomía microscópica del páncreas y describió los islotes pancreáticos, los cuáles posteriormente se conocieron como *islotes de Langerhans*. Fue hasta el siglo XX que Banting y su alumno de medicina Bet aislaron el principio activo de los islotes pancreáticos al cual llamaron *insulina*.

Es de notar la importancia de la insulina en la concentración, asimilación y producción de glucosa en la sangre, ya que se encuentran en la literatura varias primicias científicas y tecnológicas que se relacionan con ella tales como¹:

- En 1926 fue una de las primeras proteínas puras que se cristalizaron
- En 1955 fue la primera proteína de la cual se obtuvo la secuencia de aminoácidos.
- La primera que se sintetizó químicamente
- En 1979 fue la primera proteína humana sintetizada por biotecnología.

En México, en particular, un artículo de Beatriz Barba de Piña Chan¹ que habla sobre la diabetes y medicina tradicional en donde se hace referencia a como en la región Maya – Yucateca, llamaron a la diabetes, enfermedad dulce, e igualmente menciona como la detectaron haciendo que el enfermo orinara cerca de un hormiguero y observaban que las hormigas eran atraídas por el azúcar que quedaba al secarse la micción; así como también habla de diversos procedimientos para tratar la enfermedad con la medicina tradicional.

Posteriormente, Abigail Aguilar y Santiago Xolalpa¹ hacen una revisión sobre la herbolaria Mexicana en el tratamiento de la diabetes.

Recientemente un artículo publicado por Marcia Hírrart y Román Vidaltamayo^{1,2} se profundiza en el conocimiento de las acciones de la insulina y los islotes pancreáticos. Ha habido adelantos en la comprensión de los mecanismos que

desencadenan la diabetes y en el tratamiento de la enfermedad, especialmente en el caso del tratamiento de la diabetes tipo 2; mientras tanto en el caso de la diabetes tipo 1 el reemplazo del tratamiento con insulina, la dieta y el ejercicio, siguen siendo los mas utilizados y efectivos.

Sin embargo, al parecer, el inconveniente del uso de insulina para el paciente como se sabe, es que en ocasiones se desespera por tener que inyectarse varias veces al día lo cual le resulta incomodo y por tanto a veces se refleja en que no siguen adecuadamente su tratamiento. Ante ello, se tiene la buena noticia de que, en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Diabetes efectuado en Junio de 2002 se informó sobre adelantos en investigación acerca de diversas y nuevas preparaciones de insulina, las cuales podrán administrarse en píldoras, parches cutáneos y aerosoles, por vía bucal o nasal, lo que vislumbra grandes expectativas sobre esta nueva administración de insulina¹.

Para diseñar tratamientos específicos mas efectivos o para prevenir la aparición de la diabetes, es necesario continuar estudiando las células insulares y sus blancos, así como los mecanismos que los llevan a descomponerse¹.

Es menester señalar que aún con todos estos novedosos adelantos en la investigación acerca de prevención y tratamiento de diabetes mellitus, lo que parece ser la mejor recomendación para prevenir la diabetes es tener una dieta balanceada, un programa regular de ejercicio, reducir el estrés, y evitar el tabaquismo^{1, 2, 11}.

1.1.2 Definiciones.

Existen varias definiciones de diabetes mellitus como:

“La diabetes mellitus¹ es un conjunto de alteraciones crónicas de la salud, caracterizadas por cierta elevación del nivel de azúcar, (la glucosa), en la sangre (condición conocida como hiperglucemia). Estas alteraciones con el tiempo, producen lesiones características en los ojos, los riñones, las arterias y los nervios y se trata de lesiones que llegan a incapacitar al paciente y a provocarle finalmente la muerte.”

La diabetes mellitus como lo menciona Durán González¹ “Es una enfermedad crónica degenerativa; es decir, de por vida, la cual se identifica por la falta o mal aprovechamiento de la insulina (elaborada por el páncreas), con aumento de glucosa (azúcar) en la sangre y repercusiones en su cuerpo, en sus emociones y en las relaciones que establece con las demás personas.

Otra definición es la que propone la semFyC⁵ quienes definen a la Diabetes Mellitus como “un desorden metabólico crónico, caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, que afecta además al metabolismo del resto de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

Ahora bien, la Norma Oficial Mexicana³¹ para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria señala que: “La diabetes mellitus, comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de

causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina; estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina”.

Todas las definiciones presentadas tienen características en común y llegan a la conclusión de que la diabetes mellitus se puede entender como³: “un conjunto de alteraciones crónicas de la salud, caracterizadas por cierta elevación de la glucosa en la sangre, con repercusiones a prácticamente todo el organismo a corto, mediano o largo plazo”.

Es de gran importancia considerar esta entidad, ya que su problemática deriva de su frecuencia y sus complicaciones crónicas, que constituyen una de las principales causas de invalidez y mortalidad en la mayoría de los países, aparte de afectar la calidad de vida de las personas afectadas.

1.1.3 Epidemiología de la Diabetes Mellitus.

La Epidemiología³⁵ se refiere al estudio de los estados de salud y enfermedad, el efecto de factores extrínsecos o ecológicos (nutrición, clima, estilo de vida) y factores intrínsecos (edad, sexo, parámetros biológicos).

Actualmente, la diabetes mellitus se ha convertido en un problema de salud pública de importancia en el mundo debido a su alta frecuencia ya que ocupa un lugar dentro de las 10 primeras causas de enfermedad, tanto a nivel internacional como nacional y a que sus complicaciones son tanto micro como macro vasculares, lo que constituyen una de las principales causas de invalidez y mortalidad en la mayoría de los países, además influye en la calidad de vida de las personas afectadas³.

La diabetes mellitus continúa en ascenso en todo el mundo. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y para 1995 esta cifra creció a 135 millones de personas con diabetes y para el año 2025 se calcula será de 300 millones.

Los 10 países con más casos en el mundo son por orden de frecuencia: India, China, EUA, Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán, México y Ucrania, de continuar esta tendencia en el año 2025 México ascenderá al séptimo lugar⁶.

De acuerdo a lo anterior, México a nivel mundial ocupa el noveno lugar en prevalencia de diabetes mellitus, esto es de gran importancia por las implicaciones

que trae consigo, ya que afectan la calidad y la esperanza de vida de las personas que la padecen, así como las alteraciones que presentan en el entorno familiar del paciente, y en el costo a la institución.

En el mundo occidental la prevalencia de diabetes mellitus se estima que oscila entre el 2 y 6%, según los distintos estudios. Se aprecia que un 50% de los casos permanecen sin diagnosticar; es decir por cada persona con diabetes conocida existe una con diabetes desconocida³.

En la actualidad, debido a la transición demográfica y epidemiológica que está sufriendo el país, ha provocado que la población tenga una mayor esperanza de vida al nacer, actualmente se dice que es de 75.3 años y se espera que esta se eleve a 78.8 años en el 2025. Lo anterior, conjuntamente con un crecimiento acelerado de la población adulta mayor, en quienes el riesgo de padecer y morir por enfermedades crónico degenerativas se incrementa⁶.

Lo mencionado anteriormente se refuerza con la prevalencia de la diabetes mellitus estudiada en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, llevada a cabo por la Secretaría de Salud en 1993. En este estudio la proporción de sujetos con diabetes mellitus fue de 6.7%. Asimismo, se documentó que la proporción de personas que padecen diabetes mellitus aumenta conforme avanza la edad; al considerar exclusivamente la edad de 35 a 44 años, se observa una prevalencia de 4.8%; en el grupo de 45 a 54 años la prevalencia asciende a 13.9% y es de 18.5% para el grupo de 45 a 64 años¹.

En el estudio mencionado anteriormente se informó una importante relación inversa entre la diabetes mellitus y el nivel educativo: las personas con niveles educativos y socioeconómicos inferiores tienen la prevalencia más elevada de diabetes mellitus (15.6%) y quienes han cursado estudios de postgrado, la menor (2.8%). Este último hallazgo se acepta que posiblemente se debe a estilos de vida no saludables en el sector de la población que tiene bajo nivel de educación¹.

Esto es de gran importancia, ya que, permite valorar la gran trascendencia que tiene el proporcionar educación para la salud, para con ello, incidir de alguna manera en la modificación de estilos de vida saludables, para disminuir la prevalencia de esta enfermedad así como sus complicaciones, además de contribuir con talleres de educación para la salud a pacientes diabéticos y mejorar sus estilos de vida que redunden en un mejor control de la enfermedad.

Datos recientes de la Encuesta Nacional de Salud 2000 indican que en el año 2000 cerca de 3.6 millones de mexicanos mayores de 20 años padecían diabetes mellitus tipo 2. Mencionan que 8.2% de la población mayor de 20 años, 82 de cada 1000 habitantes padece diabetes mellitus tipo 2, cifra que indica la gran importancia de esta enfermedad en el panorama epidemiológico nacional¹.

Otro dato importante es que en México, según estadísticas del Sistema Nacional de Salud en el año 2000 la diabetes mellitus ocupó el primer lugar como causa de mortalidad con 46,525 defunciones que correspondió a un 10.7% de la mortalidad general con una tasa de 46.72 por 100,000 habitantes³⁶.

1.1.4 Asociación con otros factores de riesgo.

Las personas con diabetes presentan con mayor frecuencia los siguientes factores de riesgo¹⁰:

- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Tabaquismo
- Trastornos de la coagulación y de la función plaquetaria.

1.1.5 Costos relacionados con la diabetes.

Como resultado y dependiendo de la prevalencia nacional, y de los recursos económicos invertidos, se calcula que los costos para atender las complicaciones crónicas de la diabetes representan entre el 5 y 20% de los costos directos para atención médica de todo el mundo¹⁰.

De ahí entonces la importancia y trascendencia que se tiene que hacer para la promoción y educación para la salud en relación a esta enfermedad ya que mediante estas acciones se podrá llevar un mejor control de la misma y esto redundará en la prevención ó retraso de las complicaciones crónicas, por consiguiente en una disminución de los costos relacionados con la diabetes¹.

Estas acciones son de trascendental importancia para el papel que desempeña el Médico Familiar, ya que dentro de sus funciones de asistencia medica se encuentra el realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo propuesto en la historia natural de la enfermedad, así como el efectuar labores de promoción de la salud y protección especifica en su población derechohabiente, con la colaboración del equipo de salud; esto dentro del área técnico-medica. Ahora bien dentro del área de enseñanza e investigación no menos importante son sus funciones de enseñanza y particularmente esto es aplicable aquí ya que su labor como educador de pacientes diabéticos redundará en un mejoramiento de calidad de vida de los pacientes, identificar grupos de personas de alto riesgo, reducir de manera significativa los costos de atención de la salud y hacer el diagnostico antes de presentarse las complicaciones o en su caso, podrían evitarse en un alto porcentaje.

Lo anteriormente mencionado nos hace valorar y comprender la importancia y el gran compromiso del Medico Familiar en la preservación de la salud de la población apoyándose fundamentalmente en las funciones de asistencia médica y de enseñanza y en este caso en particular una mayor educación en diabetes (como se mencionaba), es el medio para disminuir el costo de la ignorancia no solo en beneficio de los diabéticos sino de la sociedad en su totalidad.

1.1.6. Complicaciones de Diabetes Mellitus.

Como sabemos, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere atención y cuidado durante toda la vida. Si las personas con esta enfermedad no reciben tratamiento, o este es inadecuado (en México el porcentaje de apoyo a la norma del tratamiento para diabetes mellitus es de 33%) es común que se presenten complicaciones por la misma diabetes mellitus, tales complicaciones pueden ser agudas y tardías.

1.1.6.1 Complicaciones Agudas.

- **Hipoglicemia**

Es la complicación más frecuente del tratamiento farmacológico de la diabetes, caracterizada por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales generalmente por debajo de 60 mg/dl.

Causas Frecuentes:

- a) Exceso de insulina o hipoglicemiantes orales
- b) Retraso en la ingestión de alimentos o consumo inadecuado
- c) Ejercicio intenso o prolongado
- d) Consumo de alcohol¹².

- **Hiperglicemia**

El cuadro clínico se suele manifestar con el síndrome de las 4P: Poliuria, Polifagia, polidipsia, pérdida de peso y puede evolucionar a descompensación hiperglucémica como la cetoacidosis y coma hiperosmolar.

Causas más Frecuentes.

- a) Falta de inyección de insulina o de toma hipoglicemiantes orales
- b) Trascusión alimentaría
- c) Enfermedad intercurrente
- d) Fármacos.

1.1.6.2 Complicaciones Tardías.

Los daños más graves por la falta de control de la diabetes se producen a largo tiempo y los órganos principalmente afectados son del sistema circulatorio y algunos nervios que regulan ciertas funciones del cuerpo. Estas complicaciones generalmente incapacitan al paciente y a menudo lo llevan a la muerte. Las regiones y órganos más frecuentemente afectados son la retina, el riñón, las arterias y los nervios, así como las extremidades inferiores, donde se produce el llamado pie diabético³⁴.

La diabetes y su tiempo de evolución son también importantes en la forma y en la severidad de sus complicaciones tardías. De igual manera los infartos son de 2 a 4

veces más frecuentes en los diabéticos, mientras que la diabetes mellitus es la causa más importante de ceguera y de insuficiencia renal en el adulto¹.

Las complicaciones agudas y tardías de la diabetes mellitus se resumen a continuación en el cuadro 1.

CUADRO 1
COMPLICACIONES AGUDAS Y TARDÍAS DE LA DIABETES
MELLITUS

Complicaciones Agudas	Complicaciones Tardías
Hipoglucemia	Retinopatía
Hiperglucemia	Nefropatía
Cetoacidosis	Ateroesclerosis
Coma hiperosmolar	Neuropatía Sensitiva y motora Autonómica
	Hipertensión Arterial
	Pie diabético

1.1.7 Promoción de la salud.

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud” y se aplica en pacientes con riesgo para la salud.

1.1.7.1 Educación para la Salud.

La educación para la salud es un proceso pedagógico que no solo ha de darse en la escuela o centros educativos de cualquier tipo, además es un proceso didáctico en el que todas las personas están implicadas. La familia es el núcleo educativo primario y fundamental para generar las bases de unos hábitos y actitudes adecuadas a un modelo de vida basado en la salud³⁶.

1.1.7.2 Educación para la Salud a el paciente diabético.

La educación para la salud es esencial en el abordaje terapéutico del diabético. No se puede introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad. Así se manifiesta en la declaración de Saint Vicent (1989) donde se afirma que ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales y hace referencia al papel estratégico de la Atención Primaria⁵.

Se pretende con la Educación para la Salud que las personas estén mejor preparadas para pensar por sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. El objetivo a lograr es que las personas estén y vivan lo mejor posible.

Un aspecto importante del cuidado hacia las personas con diabetes, es que éste puede ser proporcionado por ellos mismos, para esto los pacientes deben ser educados antes de delegarles la responsabilidad del auto monitoreo y auto cuidado diario.

Esta demostrado, que el óptimo control de la diabetes por los pacientes y sus cuidadores, permite prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones¹⁶. Con fundamento en lo anterior se puede afirmar que un adecuado programa para el cuidado de la diabetes, resulta en una significativa reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Es claro entonces que el manejo de la diabetes está en manos del propio diabético. Los profesionales de la salud solo fungen como asesores y colaboradores de los diabéticos pero el éxito en el manejo de la enfermedad dependen fundamentalmente de los mismos pacientes, de que hayan aprendido a convivir y a actuar en relación con su enfermedad y de ahí la gran trascendencia que tiene la educación para la salud en pacientes diabéticos.

1.1.7.3 Principios didácticos para la educación del paciente.

La educación del paciente tiene como objetivos principales inducir cambios permanentes en el estilo de vida, y adquirir habilidades y destrezas para el auto cuidado.

El propósito de estos objetivos es mantener el control metabólico a lo largo de la vida del paciente.

Estos objetivos se pueden llevar a cabo a través de la impartición de talleres o formación de clubes de diabéticos.

1.2 Síntesis Histórica de la Medicina Familiar.

Hay evidencias que los primeros pasos en el desarrollo de la Medicina Familiar en el mundo se dieron inicialmente en los países de habla inglesa en donde la práctica de la medicina familiar se desarrolló desde la práctica de la medicina general.

Además se menciona que a finales del siglo XIX y principios del siglo XX la gran mayoría de los médicos eran médicos generales que practicaban la medicina, la cirugía y la obstetricia. Fue hasta los primeros años del siglo XX posterior a la primera y segunda guerras mundiales cuando comienzan a surgir especialidades como la pediatría, medicina interna, cirugía, obstetricia y psiquiatría.

A consecuencia de lo anterior, se menciona que a mediados de los años 50, un declinante número de médicos generales comenzó a crear una brecha en el nivel de Atención Primaria.

En los Estados Unidos el informe de la Comisión Millis en 1966, titulada La Educación Graduada de los Médicos, recomendó el entrenamiento especializado de posgrado para todos los médicos de Atención Primaria. En los Estados Unidos, la Medicina Familiar se convirtió en una especialidad certificada. En Canadá, el primer examen para certificación tomado por el consejo de Médicos de Familia se realizó en 1969³⁶.

En México³⁷ las primeras acciones de la Medicina Familiar se remontan al año de 1953, a consecuencia de la problemática que enfrentaban los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un grupo de médicos de esta institución que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, estableció un procedimiento de trabajo para los médicos que se desempeñaban en esa área. El instituto se encontraba en una etapa de expansión y crecimiento, lo que provocaba numerosas dificultades y como resultado de esa situación el trabajo de los médicos se entorpecía: El contacto médico-paciente era eventual y esporádico, y el conocimiento de los problemas del paciente por parte del médico era muy reducido. Las visitas domiciliarias en ocasiones eran difíciles de realizar, frente a este panorama el grupo de médicos citado, estableció un procedimiento nuevo a través del cual al médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes con tiempos fijos para atender a la consulta y para realizar las visitas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias asignadas.

En 1955 el sistema se extendió a la ciudad de México estableciéndose en ese año el "Sistema Médico Familiar". Es hasta 1959 cuando el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. Se introduce la clasificación del médico familiar en dos ramas: de adultos y de menores, se divide la población adscrita y se regularizan las horas contratadas para la prestación del servicio.

Fue hasta 1971, que el IMSS determinó que era necesario planear y aplicar un programa para formar en el postgrado a un profesional en medicina familiar, en

marzo de ese mismo año se inician actividades con los primeros 32 residentes en esa disciplina, la duración de la especialidad era de 2 años.

El reconocimiento académico por parte de la Universidad Autónoma de México (UNAM) fue en 1974. En 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM fundó el primer Departamento de Medicina Familiar de Latinoamérica³⁸.

1977 La Universidad Autónoma de Nuevo León inició con una nueva modalidad, un programa universitario de dos años de duración con una carga asistencial importante.

Posteriormente entre los años de 1978-1980 se acuerda entre el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SSA) y la UNAM, desarrollar un programa inicial para la residencia de la formación de profesionales en medicina familiar.

1.2.1 Perfil del Médico Familiar.

Se menciona que desde mediados de la década de los sesentas hasta la actualidad, se han propuesto varias definiciones del Médico Familiar, siendo la más relevante y aceptada la propuesta en 1997 por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) la cual señala que:

“El Médico general o de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia

médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario”.

“El médico general o de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicite atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, la religión, cultura o clase social. Se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.”

“El médico general o de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja”³⁷.

Es importante mencionar también las áreas de ejercicio profesional del Médico Familiar propuestas por el Dr. Gallo Vallejo³⁸ en conjunto con un grupo de trabajo de la Sem FyC en España los cuales son:

- 1.- Área de atención al individuo
- 2.- Área de atención a la Familia
- 3.- Área de atención a la comunidad
- 4.- Área de docencia e investigación
- 5.- Área de apoyo (Trabajo en equipo, sistema de registro e información, gestión de recursos y administración sanitaria y la garantía de calidad).

1.2.2 El Médico Familiar y su labor para anticiparse al riesgo.

Se sabe que los tres principales ejes en torno a los cuales gira la medicina familiar son: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y el enfoque de riesgo, representados estos de manera gráfica en un triángulo. Es en el último eje mencionado donde en este caso tiene particular importancia la acción del médico familiar en cuanto a la anticipación al riesgo ya que con su labor de educación en pacientes diabéticos está haciendo labor de prevención y por consiguiente de anticipación al riesgo.

El Médico Familiar está más comprometido con la persona que con el cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o técnicas especiales, intenta comprender el contexto de la enfermedad dentro y fuera de su ambiente en el marco personal, familiar y social.

Igualmente, el médico familiar considera a cada contacto con su paciente como una oportunidad para aplicar medidas de prevención y educación sanitaria. Ve en sus pacientes a una población en riesgo y no sólo como un individuo expuesto. Se considera asimismo como una red de apoyo.

Desde un punto de vista ideal, el Médico Familiar debe compartir el mismo hábitat que sus pacientes, y los atenderá en la consulta, en el domicilio y en el hospital³⁸.

Como se mencionaba anteriormente, el enfoque de riesgo está presente en todas las áreas, en las que se desenvuelve el individuo y es éste uno de los principios fundamentales de la Medicina Familiar.

Siendo la diabetes mellitus¹⁶ un problema de salud pública, las instituciones de Salud en México (IMSS, ISSSTE, SSA) han diseñado programas de apoyo al paciente diabético debido a que es una enfermedad heterogénea que requiere medidas de detección, prevención y control en forma individual y comunitaria los cuales deben ser adecuados a las costumbres y cultura locales.

Dicho lo anterior se comprende de manera clara que la diabetes mellitus ofrece un enfoque de prevención de riesgo para la salud de la población en general, y es aquí donde el Médico Familiar juega un papel importante en la prevención y/o retardo en el desarrollo de complicaciones, así como también en la prevención de la misma en personas con factores de riesgo modificables, todo ello a través de proporcionar educación para la salud a los pacientes y en particular con la impartición de talleres de educación para diabéticos. Por ejemplo, la SSA creó para tal efecto Clubes de diabéticos y su respectiva guía técnica para su funcionamiento.

Además, con un adecuado programa para el cuidado del paciente diabético, disminuye o reduce la morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Por otro lado¹⁶, se sabe también que los costos económicos asociados al tratamiento y las complicaciones de la diabetes representan una grave carga para los servicios

de salud y para el paciente. Está demostrado que los costos en el cuidado de la diabetes se pueden reducir usando una variedad de estrategias de bajo costo, tales como la prevención primaria, los (Centros Estatales de Capacitación en nuestro país dependientes de la SS) CECAP's, la detección integrada, la prevención de complicaciones, grupos de ayuda mutua y la orientación alimentaría.

El desempeño del médico familiar puede ser por tanto, de gran trascendencia, al contribuir con su labor de anticipación al riesgo en la reducción de estos costos; básicamente mediante una de sus múltiples funciones como lo es la enseñanza, pues como sabemos el Médico Familiar debe ser capaz de desarrollar actividades de enseñanza dirigidas a su equipo de salud y a la población derechohabiente. Es aquí que como educador su labor es importante ya que es necesario educar a todas las personas respecto a la diabetes, porque el costo de la ignorancia es muy alto. Por ignorancia los diabéticos sufren innecesariamente las complicaciones de su enfermedad y mueren prematuramente.

La educación para la salud es el medio para disminuir el costo de la ignorancia, no solo en beneficio de los diabéticos sino de la sociedad en su totalidad. El extraordinario aumento de la frecuencia de esta enfermedad a nivel mundial, se ha traducido en un incremento impresionante de los costos de la asistencia médica, que pueden absorber hasta el 10% de los presupuestos nacionales destinados a los servicios de salud¹⁵.

Con fundamento en lo anterior es por ello que se dice que con una educación adecuada los diabéticos ya diagnosticados podrían evitar en un alto porcentaje las complicaciones de la enfermedad.

1.2.3 Abordaje familiar en el paciente diabético.

Se debe reconocer en el paciente diabético tipo 2 la influencia de los factores familiares sobre su salud e igualmente se debe tener en cuenta la importancia para el cuidado de sí mismo, además se debe reconocer la influencia de los problemas del paciente en su familia ya que como es de esperarse, su dinámica familiar se verá alterada en mayor o menor grado.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica, esta función de apoyo adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico, como emocional y gracias a ello se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad²⁸.

Como sabemos, a lo largo del ciclo vital familiar aparecen diversos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que requieren de mecanismos de adaptación para su recuperación, para augurar que dichos mecanismos adaptativos tengan éxito se requiere idealmente exista una adecuada función familiar.

Es precisamente, la aparición de una enfermedad crónica uno de los acontecimientos vitales estresantes que alteran esta homeostasis familiar. En

particular cuando se presenta la diabetes que requiere de una modificación en los hábitos y modo de vida de uno de los miembros, es cuando la familia debe echar a andar estos mecanismos de adaptación hasta recuperar el equilibrio amenazado. El factor común de todas esas situaciones es la necesidad que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y por consiguiente adopten nuevas normas y a veces a nuevos papeles²⁸.

Por otro lado, es sabido que el impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la etapa del ciclo vital familiar en la que se establecen el diagnóstico, sin embargo, en cualquiera de ellas lo principal es el apoyo que la familia debe brindar al paciente para mantener la homeostasis o equilibrios familiares.

El equipo de salud debe estar atento al cuidado del paciente diabético y su familia, de la estructura de la familia, de su dinámica y funcionamiento de la etapa del ciclo vital familiar en que estén y de los recursos que moviliza la familia para enfrentarse a las situaciones estresantes, esto redundará al convertir a la familia en una auténtica unidad de cuidados que facilitará el correcto control integral y no solo metabólico de la persona diabética, además, le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que pudieran ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad ó de sus complicaciones²⁸.

1.3 El Médico Familiar y la Diabetes.

Puesto que la Diabetes Mellitus constituye un importante problema de la salud pública es aquí donde el Médico Familiar juega un importante papel en la prevención y/o retardo en el desarrollo de complicaciones, así como también en la prevención de la misma en personas con factores de riesgo modificables; además puede decirse que es el Médico clave en el sistema de atención de salud de este país, pues como se desenvuelve fundamentalmente en el primer nivel de atención es esencial su función para detectar a tiempo y oportunamente esta enfermedad ya que finalmente aplica el enfoque de riesgo; y ésta detección oportuna la puede realizar con un buen interrogatorio y con la indicación de la prueba de laboratorio correspondiente (glucemia).

1.3.1 Taller.

Un taller es una metodología educativa que promueve la participación activa en grupo y se basa en el intercambio de los distintos "saberes", facilitando la producción grupal de conocimientos⁸.

1.3.2 Club para personas con diabetes.

Es la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria

para el control de la diabetes. El club estimula la participación activa e informada del paciente como un elemento indispensable para el auto cuidado¹⁸.

La principal función del club, es garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas), indispensable para el buen control de la enfermedad.

1.3.3 Estrategias para que mediante la educación del paciente se logren los objetivos.

a) Enseñanza centrada en el paciente.

Uno de los principios básicos de la educación es que esta debe ser orientada a satisfacer las necesidades del paciente, de acuerdo a sus condiciones personales, más que del expositor. Esta situación es difícil de resolver en la práctica, pues el paciente de manera espontánea está concentrado en sus propios puntos de vista. Es pertinente por lo tanto, buscar estrategias para que en las sesiones la atención se enfoque en los intereses, dificultades y expectativas del paciente diabético y éste exprese sus dudas e inquietudes de su enfermedad. Debemos aprender a escuchar a los pacientes.

b) Aprendizaje Activo: “aprender haciendo”

Los pacientes no deben ser sometidos a largas sesiones o “clases” sobre aspectos complejos de la enfermedad. Por el contrario, las sesiones deben enfocarse a la comprensión de conceptos básicos, y en ellas se debe propiciar una amplia participación de los pacientes. La explicación sobre alimentación, y actividad física

debe ser práctica, por ejemplo conviene pedir a los pacientes que citen ejemplos de grasas animales y de cómo pueden reducir su consumo.

c) Estimular el razonamiento más que la memoria.

Es importante estimular la creatividad. Al final del proceso educativo cada uno de los pacientes tiene que ser capaz de expresar con sus propias palabras los conceptos más importantes de su currículum.

Las técnicas para su cuidado (monitoreo del azúcar en sangre, presión arterial, peso deseable, conocimiento de los grupos de alimentos, etc.), deben ser enseñados de manera práctica y simple. Se trata de que mediante su participación activa logren una mejor comprensión, que adquieran las habilidades prácticas para que de una manera cotidiana conozcan si la enfermedad esta bajo control, que deben hacer en su vida y como seguir las recomendaciones del médico. La meta debe ser que el paciente después de haber sido educado en el taller o club y que haya adquirido tales habilidades, pueda colaborar en la educación de otros pacientes. Es útil para estimular esta creatividad el hacer uso de dramatizaciones, realización del ejercicio, preparación de platillos por parte de los participantes, etc., de tal manera que sea más importante que el paciente aprenda a aplicar tales conceptos que repetirlos.

d) Trabajo en pequeños grupos.

Generalmente la capacitación a los pacientes (pláticas) se hace en grandes grupos, lo que dificulta la participación de la mayoría de los pacientes y los mantiene en el anonimato. Es conveniente fraccionar a los grandes grupos y organizarlos, en caso necesario en el mismo salón en pequeños grupos (6-8 pacientes) ya que de esta manera se facilita el intercambio de experiencias y conocimientos, a la vez que entre

ellos pueden discutir de manera personal sus éxitos o fracasos en el control de su enfermedad.

e) Solución de problemas.

El control de la diabetes requiere de la toma de decisiones en la vida diaria. Al final de la capacitación cada paciente debe estar motivado a concentrar sus propias soluciones a partir de principios generales. Por ejemplo el paciente debe ser enfrentado al problema de utilizar la pirámide de alimentos saludables al momento de preparar la comida, cuando come fuera de su domicilio, y al comprar sus alimentos.

f) Autoaprendizaje.

Es conveniente enfatizar que no se debe ahondar en el padecimiento con términos poco comprensibles para el paciente, sino que la capacitación debe centrarse en los aspectos fundamentales. La participación dentro del taller o club de personas con diabetes y su contacto con el médico y el equipo de salud, le permitirá, completar su educación a lo largo del tiempo. Una cuestión básica de la educación del paciente es darle las herramientas, para que él pueda aprender por sí mismo.

g) Aprendizaje significativo.

El aprendizaje significativo es aquel nuevo conocimiento que se vincula con las experiencias, vivencias o intereses de una persona. El aprendizaje significativo es aquél que no se “olvida” porque se asocia a la vida real. Se apoya en la solución de problemas; para que un paciente logre un verdadero aprendizaje, éste tiene que ser de tipo significativo.

1.3.4 Programas Educativos para la Salud en Diabéticos.

Como antecedente de estos programas, se tiene precedente de ellos en España⁵ inicialmente, en donde se proporciona educación para la salud en diabéticos en atención primaria, y particularmente después de la declaración Saint Vicent (1989) que promovió el desarrollo de programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales. Se menciona que con la impartición de estos programas en ese país se han obtenido buenos resultados.

De igual modo, se tiene conocimiento de la impartición de talleres educativos para diabéticos realizados desde 1998⁸ en Barrio Maldonado y Barrio Sarubbi en Argentina.

También es importante mencionar que en América la diabetes es un gran problema de salud pública y de alto costo por lo que en años recientes (1998)³⁹ se creó la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA), un documento que describe un plan estratégico sobre la diabetes en el continente Americano. Su objetivo es la educación sobre la diabetes con la finalidad de reducir las complicaciones que tiene este padecimiento³⁹.

Esto último es de gran importancia porque a partir de ahí se menciona que en varios países de América se está impulsando el desarrollo de programas educativos en diabetes.

1.4 Programas Educativos para la Salud en Diabéticos en México.

En lo que respecta a nuestro país se tiene conocimiento de que se organizan e imparten programas educativos de salud para pacientes diabéticos en las instituciones de salud, así como en las instituciones de organizaciones no gubernamental.

Ahora bien, la Secretaria de Salud (SS) como institución rectora del Sistema Nacional de Salud de México, ha marcado los lineamientos y guías técnicas respecto a tales programas educativos para las enfermedades crónico degenerativas y particularmente, en este caso, en pacientes con diabetes mellitus a los cuales deben de sujetarse las diferentes instituciones gubernamentales o no que las imparten. Cabe señalar que instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado sujetándose a estos lineamientos o guías técnicas para capacitación a pacientes con diabetes han creado también, y de acuerdo a sus propias necesidades, programas de educación en pacientes diabéticos.

Dentro del sector no gubernamental, se sabe que se imparten cursos también de educación para diabéticos en la Federación Mexicana de Diabetes de manera periódica. Asimismo, se tiene conocimiento de cursos de educación para diabéticos desarrollados e impartidos por la Asociación Nacional Mexicana de Educadores en Diabetes, con patrocinio de los laboratorios Johnson & Johnson, con sesiones mensuales de 2:00 hrs. de duración cada una, en donde se tratan diversos tópicos

relacionados con la diabetes mellitus y de manera gratuita. Tal asociación recientemente organizó el Congreso Nacional de Educadores en diabetes que tuvo lugar en la Ciudad de México del 22 al 24 de Mayo 2003.

1.5 Planteamiento del problema.

La prosperidad económica y el bienestar social de un país o región depende de la salud de su población, por lo que resulta de gran importancia la calidad de los servicios para su atención; ya que no puede existir desarrollo humano en un "sistema de salud y de servicio social integral", que no cuenta con la coparticipación de los diferentes niveles de atención, complementados con una sólida red social que permite acceder una mejor calidad de vida.

Los Servicios de Salud de Atención Primaria, para población abierta a las Unidades de Medicina Familiar que pertenecen al sistema de salud en nuestro país, se han visto en la necesidad de planear e implementar estrategias para la optimización de los recursos asignados, a fin de detectar y controlar los padecimientos desde sus primeras etapas, y fortalecer la atención preventiva (Plan Nacional de Salud)⁴⁰.

Por otro lado, se sabe que actualmente la diabetes mellitus se ha convertido ya en un problema de salud pública, debido a su alta frecuencia, ya que ocupa un lugar dentro de las 10 primeras causas de enfermedad tanto a nivel nacional como internacional y a que las complicaciones son tanto micro como macro vasculares, lo que constituye una de las principales causas de invalidez y mortalidad en la mayoría de los países, además influye en la calidad de vida de las personas afectadas; en México en los últimos años su prevalencia se ha incrementado enormemente³.

La diabetes mellitus continua en ascenso en todo el mundo, en 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y para 1995 esta cifra creció a 135

millones y para el año 2025 se calcula será de 300 millones, los 10 países con más casos en el mundo son por orden de frecuencia: India, China, E.U.A., Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán, México y Ucrania, de continuar esta tendencia en el año 2025 México ascenderá al 7o. lugar⁶.

Es entonces, que con fundamento en lo antes mencionado se hace necesario fortalecer la atención preventiva por el Médico Familiar como se señala en el Plan Nacional de Salud particularmente en este importante problema de salud pública y es aquí en donde los servicios de atención primaria desempeñan un papel importante.

Además, los costos económicos, asociados al tratamiento y complicaciones de la diabetes representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. Está demostrado que los costos en el cuidado de la diabetes se pueden reducir usando una variedad de estrategias, tales como la detección y prevención de complicaciones, los grupos de ayuda mutua, un programa de ejercicios para el cuidado de la salud y la orientación alimentaría.

Un aspecto importante del cuidado de los pacientes con diabetes es que este puede ser proporcionado por ellos mismos, para esto, los pacientes deben ser educados antes de delegarles la responsabilidad del auto monitoreo y auto cuidado diarios.

Asimismo, ésta demostrado que un óptimo control de la diabetes por los pacientes y sus cuidadoras, permite prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones.

Luego entonces, con base en lo anterior, es fácilmente comprensible que un adecuado programa para el cuidado de la diabetes, redundará en una significativa reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad.

A fin de enfrentarse a tan grave problema, la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades realiza a través del Centro de Vigilancia Epidemiológica, de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la diabetes (SSA-015-1994) acciones preventivas a llevarse a cabo por los sectores público, social y privado, así como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control.

Por lo que respecta al ISSSTE como sector público y en particular en la clínica Gustavo A. Madero se realizaron trabajos de investigación en los cuales se aplicó una Cédula Básica de Información Familiar en el año 2001. En los resultados de estas investigaciones se encontró que la diabetes mellitus ocupaba el cuarto lugar de morbilidad en la clínica.

Desde 1999 se iniciaron los talleres dirigidos a pacientes diabéticos con la intención de mejorar su educación a la salud y probar mecanismos educativos en los cuales los propios pacientes hicieran conciencia de su enfermedad y recibieran educación para la salud de tal forma que ellos mismos se hicieran autoresponsables de su enfermedad, su cuidado, su alimentación, etc.

Hasta Junio de 2003 se habían realizado 5 talleres y actualmente se siguen impartiendo tales talleres; sin embargo, los talleres no se han evaluado, han sufrido modificaciones en su contenido y en base a la experiencia, la responsabilidad de los talleres ha tomado medidas para mejorarlos según los resultados obtenidos de cada uno. No se conoce de que manera fueron constituidos, que contenidos temáticos tenían, que áreas abarcaban de la educación para la salud, ni a cuantos pacientes han llegado, asimismo no se han aplicado evaluaciones de los talleres por parte de los pacientes ya que los resultados han sido empíricamente tomados para ir mejorando el taller.

Hay reportes de que los pacientes aceptan este taller por que es percepción de los responsables en impartirlos de que son útiles, sin embargo no ha habido una descripción o evaluación formal de dicha actividad en la clínica. Ante la magnitud de esta situación y el problema de no tener información sistemática, consistente y real de cómo ha sido el desarrollo y la evolución de estos talleres se consideró que era necesario abordarlo como un problema de investigación para conocer e identificar las características de estos talleres y tomar decisiones pertinentes una vez que se hayan conocido o evaluado.

1.6 Justificación.

Como sabemos la labor del Médico Familiar para anticiparse al riesgo, es de capital importancia y de gran trascendencia.

En particular, la prevención primaria de la diabetes ha retomado un lugar relevante y para ello la Dirección del Programa de Salud del Adulto y el Anciano de la SSA, ha realizado diversas actividades que contribuyen a la prevención y control de la diabetes en México, con la participación activa de las Secretarías Estatales mediante los responsables estatales del programa y las Jurisdicciones Sanitarias.

Está demostrado que el óptimo control de la diabetes por los pacientes y sus cuidadoras, permite prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones.

Asimismo, dentro de las funciones del Médico Familiar destaca la promoción a la salud y la prevención de las enfermedades y en su caso, sus complicaciones, entre las que se encuentran los pacientes con diabetes mellitus, para efectos de la investigación a quienes se les debe ver con un enfoque de riesgo, a la vez de brindarles continuidad en la atención que incluya una debida educación para la salud en relación a su enfermedad que se refleje en un adecuado cuidado, el cual puede ser proporcionado por ellos mismos por lo que deben ser educados antes de delegarles la responsabilidad del auto monitoreo y auto cuidado diarios.

Por ello, un adecuado programa para el cuidado de la diabetes, resulta en una significativa reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Por lo anteriormente expuesto, es importante conocer como los talleres para diabéticos en la clínica Gustavo A. Madero, han influido en la posible modificación de los hábitos en los pacientes y sus estilos de vida, así como la repercusión en el factor económico de ellos para mejorar la atención integral de su enfermedad.

Debido a que estos talleres se han realizado durante más de cuatro años es importante describir esta experiencia para justificar si estos talleres deben continuar o si deben modificarse o mejorarse en algunos aspectos, y la única manera de hacerlo es evaluar algunas de sus características a manera de descripción, es decir mediante una evaluación descriptiva. De los resultados de esta evaluación y de las necesidades que se identifiquen, se podrán sugerir con una base más objetiva cambios, variaciones o experiencias que se deben incluir o eliminar de los talleres.

La idea general es que estos talleres sigan sirviendo a la población y en especial a aquellas personas que los han tomado, con los recursos de la unidad con una base objetiva y no desperdiciarlos debido a los costos que tiene la salud en el país.

La información que se obtenga en este estudio respecto a esta experiencia de los talleres deberá ser considerada para decidir su permanencia o modificación.

Es importante establecer que con este trabajo de investigación no se van a modificar hábitos ni estilos de vida ni se va a influir en el factor económico, pero si se van a

identificar elementos que van a coadyuvar a que a través de opiniones vertidas por los pacientes que están incluidos en el último taller en activo en la clínica, se puedan hacer evidentes aspectos que estén contribuyendo a modificar hábitos y estilos de vida, otros aspectos que estén incidiendo el factor económico e incluso en cambios de actitud; esto mediante la opinión de los pacientes.

1.7 Objetivos.

1.7.1 Objetivo General:

Describir la experiencia de los talleres educativos para la salud en los grupos de pacientes con diabetes tipo 2, en la clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE.

1.7.2 Objetivos Específicos.

1.7.2.1 Identificar los principales motivos por los que los pacientes asisten a los talleres de educación para diabéticos

1.7.2.2 Identificar los aspectos cualitativos que se presentan en la impartición de talleres de educación para la salud.

1.7.2.4 Identificar el nivel de satisfacción de los pacientes en relación con el taller de diabéticos.

1.7.2.5 Identificar el tipo de familia de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentra.

1.7.2.6 Clasificar a las familias en base a la clasificación de Geyman.

2. Material y métodos

2.1 Tipo de estudio

Estudio cualitativo (narrativa histórica de los talleres) y cuantitativo de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

2.2 Diseño de investigación del estudio.

Para realizar este estudio se tomaron las recomendaciones de la Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar⁴¹.

El trabajo se dividió en 2 partes, en la primera parte se hizo una narrativa histórica de todos los talleres realizados entre el año 1999 y 2003 a través de una narración histórica y mediante un análisis descriptivo y cualitativo de la información obtenida de la persona responsable de impartir dichos talleres, estos talleres fueron los primeros 4 realizados en ese periodo de tiempo.

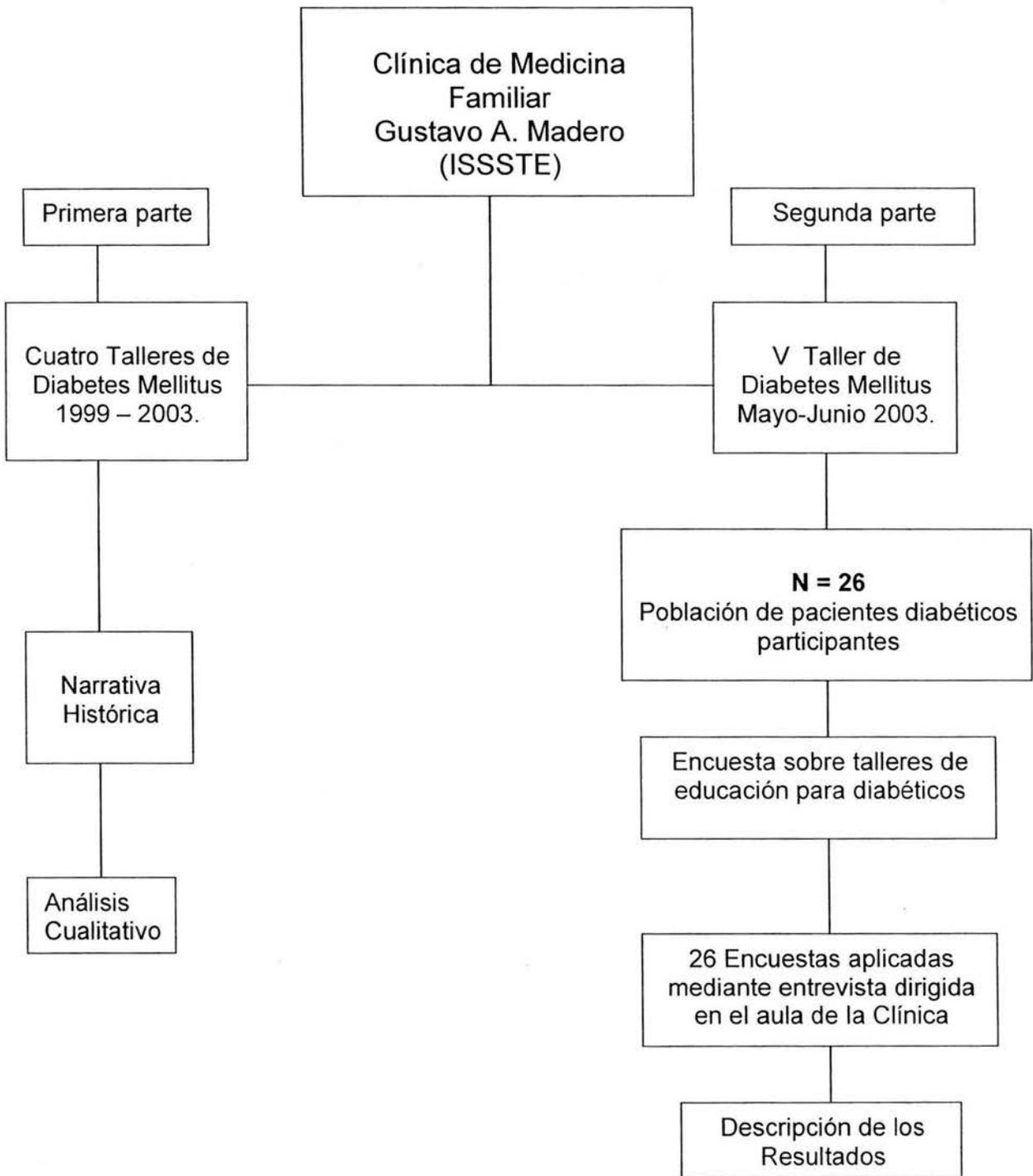
La segunda parte de la investigación, consistió en entrevistar a todos los pacientes incluidos en el quinto taller de diabéticos (el último desarrollado y terminado en la Unidad Médica). Para este quinto taller se aplicaron encuestas sobre talleres de educación para la salud en pacientes diabéticos, la entrevista fue dirigida y se aplicó en el aula principal de la clínica en donde se dieron los cursos educativos.

Para esta segunda parte de la investigación, se diseñó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero. Con una población base de pacientes diabéticos derechohabientes de la C.M.F. Gustavo A. Madero.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

El diseño del estudio se muestra en la figura 1.

Figura 1



2.3 Población, Lugar y Tiempo

Se incluye a todos los pacientes inscritos en el curso-taller para diabéticos durante los meses de Mayo-Junio de 2003 en la Clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE Zona Norte.

2.4 Muestra

Se consideró toda la población adscrita al V taller para diabéticos n=26

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.5.1 Criterios de inclusión

- Todos los pacientes diabéticos de la Clínica Gustavo A. Madero inscritos en el curso-taller de Diabetes Mellitus.
- Todos los derechohabientes que aceptaron responder en forma voluntaria.

2.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes diabéticos no inscritos en el curso-taller de Diabetes Mellitus.
- Pacientes diabéticos que no aceptaron contestar el instrumento.

2.5.3 Criterios de eliminación

- Se eliminaron aquellas encuestas en las que los pacientes decidieron suspender la entrevista.

2.6 Variables

2.6.1 Se estudiaron 20 variables que conformaron el instrumento dividido en 3 secciones.

- Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria (1 variable).
- Sección 2: Ficha de identificación y datos de la familia (8 variables).
- Sección 3: Cuestionario del taller de educación para pacientes diabéticos (11 variables).

En el anexo 1 se especifican las variables, su tipo y la escala de medición así como las categorías o valores posibles de respuesta.

2.6.2 Definición conceptual y operativa de las variables.

Las preguntas relacionadas con el taller se evaluaron mediante la percepción de los pacientes hacia los beneficios personales y la información de conocimientos sobre diabetes mellitus, la familia y su aspecto laboral. Operativamente se solicitó una respuesta para cada pregunta positiva y negativa emitida por cada paciente.

Como todo grupo humano que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere, de la misma forma la familia sigue un patrón familiar semejante, lo llamamos **ciclo vital de la familia** el cual consta de las siguientes etapas ³⁸:

- **Fase de matrimonio:** Esta etapa se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.
- **Fase de expansión:** La llegada del primer hijo es lo que determina esta etapa, como lo dice su nombre en esta fase la familia se dilata, se “expande”.
- **Fase de dispersión:** En esta fase el hijo mayor ya asiste a la escuela, y ni uno solo se encuentra trabajando.
- **Fase de independencia:** Aquí es difícil precisar el número de años transcurridos, lo que caracteriza esta etapa es la “independencia” que debe vivir nuevamente la pareja, pues los hijos ya han salido de casa, ya no dependen económicamente de los padres o han formado nuevas familias.
- **Fase de retiro o muerte:** Esta fase se caracteriza por la incapacidad laboral, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, jubilación, muerte de alguno de los cónyuges, y algunas veces el reclutamiento en asilos para ancianos.
- La estructura familiar se refiere a la manera en cómo está conformada la familia con base en la definición del Dr. Irigoyen³⁹.
- **Familia nuclear:** Modelo de familia actual, formada por padre, madre e hijos.
- **Familia extensa:** Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.
- **Familia extensa compuesta:** además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

2.6.3 Descripción del taller de capacitación

En el último taller realizado para diabéticos se trabajó entre el mes de Mayo y Junio en el año de 2003. Participaron la profesora titular del taller y el residente autor de este trabajo. El taller duró 16 horas repartidas en dos horas por sesión cada semana durante 8 semanas en total. Durante la realización del mismo el residente autor del trabajo tuvo la oportunidad de participar como observador colaborador, entrevistador y de apoyo durante el desarrollo del mismo.

Las técnicas didácticas que se utilizaron en el desarrollo el taller fueron exposiciones verbales del Prof. titular y en algunas sesiones con participación y apoyo del residente mediante la utilización de materiales impresos y visuales, participación de conocimientos, discusiones grupales y aplicaciones de encuestas

2.7 Diseño estadístico⁴¹.

El propósito estadístico de la investigación es describir el efecto y la repercusión de los talleres de educación para la salud en pacientes diabéticos, derechohabientes de la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) Se investigó a un solo grupo formado por 26 pacientes diabéticos. Solamente se realizó una medición en los pacientes estudiados. Las variables fueron cualitativas y cuantitativas. La escala de medición fue básicamente nominal, debido a que eran respuestas cerradas. La distribución de los datos fue de tipo no paramétrico, que es el apropiado para las variables cualitativas y no se calculó muestra debido al tamaño de la población en estudio.

2.8 Instrumento de recolección de datos.

La información cualitativa de este proyecto fue obtenida mediante entrevistas directas a profundidad con la responsable de impartir todos estos talleres desde 1999 a la fecha (2004). Dichas entrevistas fueron realizadas en 6 sesiones con una duración promedio de 2 horas cada una, para recordar, consultar documentos y obtener información de la narrativa histórica de estos cursos.

Dicha información fue obtenida directamente por la persona responsable de estos talleres y adquirida por el responsable de este proyecto.

Por lo que respecta al último taller en el año 2003 se realizó una encuesta y los datos fueron recolectados a través de un instrumento creado para darle soporte a la investigación. Ver (Anexo 4).

El instrumento consta de tres secciones:

1. Consentimiento de participación voluntaria (CPV).
2. Ficha de identificación y datos de la familia (ocho variables).
3. Cuestionario del taller de educación para pacientes diabéticos (once variables).

Las variables, tipo y escala de medición se encuentran en el anexo 1.

2.9 Método de Recolección de datos.

No se realizó prueba piloto ni se calculó muestra, se trabajó con los 26 pacientes que asistieron voluntariamente a tomar el taller de educación para la salud en pacientes diabéticos.

Como se mencionó anteriormente la recopilación de la síntesis histórica fue obtenida mediante entrevista dirigida con la responsable del taller, y haciendo una revisión de los documentos históricos que almacenaba.

La información cualitativa se obtuvo en 6 sesiones de aproximadamente 2 horas de duración cada una, las cuáles se grabaron y los documentos que se revisaron fueron del archivo personal de la responsable de estos cursos para construir el seguimiento histórico al desarrollo de los mismos.

Cabe señalar que durante el desarrollo de estos cursos, hubo problemas particularmente en uno de ellos tales como deserción de asistentes debido a improvisación de tutores y cambio de temas sin previo aviso a los asistentes quienes se sintieron agredidos y con falta de respeto hacia ellos. Así mismo durante la realización de estos cursos hubo también aciertos tales como el que los pacientes se

concientizaran un poco más acerca de su enfermedad y él como podían actuar adecuadamente para un mejor autocontrol de la misma a través de la implementación de estos talleres educativos.

De la misma manera también se implementaron cambios en el programa de los 2 últimos años al agregar temas que antes no se habían revisado.

El responsable de esta investigación en el último curso participo dando 2 temas y colaborando con la responsable de este taller al tomar registro de la asistencia al curso, revisando los dextrostix de los pacientes que previamente se les realizaba a los pacientes antes de cada sesión, así como conjuntamente con la titular del curso aclarando dudas que se llegaron a suscitar durante la exposición de los temas.

De igual manera, el responsable de esta investigación participó como observador durante todo el desarrollo de este último curso haciendo las anotaciones respectivas, relativas al mismo.

Las entrevistas realizadas a los pacientes se hicieron durante una de las sesiones casi al finalizar el V curso mediante el uso de un instrumento de medición (encuesta) que se aplicó al final de la sesión y cuya duración aproximadamente fue de 15 minutos.

Previa autorización de la Dirección de la unidad y registro oficial de protocolo de investigación, se aplicaron 26 encuestas, utilizando la técnica de entrevista dirigida,

el lugar de la aplicación fue en el aula principal de la C.M.F. Gustavo A. Madero. El tiempo de la aplicación de la encuesta fue de 10 minutos, con una variación de entre 7 a 12 minutos. Para la recolección y procesamiento de los datos obtenidos, se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 10, y se procedió a la realización de un análisis estadístico.

La información fue obtenida por el autor del trabajo con la colaboración de la profesora titular y médicos residentes de 2do. y 3er. año de la especialidad en Medicina Familiar de la clínica sede del estudio, previo asesoramiento del autor.

2.10 Maniobras para evitar o controlar sesgos.

Existe un sesgo de selección ya que la muestra fue no probabilística ni representativa según criterios estadísticos, sino bajo criterios de estudios cualitativos, es decir, intencionada y razonada, el sesgo de información se trato de controlar al pedir a los pacientes que respondieran de forma honesta. El sesgo de medición se controló al adaptar a cada tipo de pregunta un tipo específico de respuesta. Se evitó el sesgo de captura de información revisando que los datos fueran consistentes en la manera como se pensó obtener, al hacer limpieza de la base de datos y del análisis con la ayuda y apoyo de los asesores del estudio.

2.11 Prueba piloto.

No se realizó prueba piloto.

2.12 Procedimientos estadísticos.

2.12.1 Plan de codificación de datos.

Se encuentra referido en el anexo 1 columna 4.

2.12.2 Diseño y construcción de la base de datos.

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS versión 10, para lo cual se realizó una estructura que se presenta en el anexo 2.

2.13 Cronograma

Se realizó un cronograma el cual se presenta en el anexo 3.

2.14 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

El estudio fue realizado por un solo investigador. Los recursos humanos utilizados fueron: el autor , la profesora titular, 1 residente de 2do. año, y 1 residente de 3er. año de la especialidad en Medicina Familiar de la C.M.F. Gustavo A. Madero, los cuales se encargaron de aplicar las encuestas. Se utilizaron recursos materiales, tales como computadora, disketts, fotocopias, lápices, bolígrafos, borradores, calculadoras, etc. Los recursos físicos utilizados fueron el aula principal de la clínica. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo del autor.

2.15 Consideraciones éticas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, vigente en nuestro país⁴², el presente trabajo se clasifica como categoría uno, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que los individuos participantes en el estudio, solamente aportaran datos a través de una entrevista, lo que no provoca daños físicos ni mentales; además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos⁴³.

Así mismo, se solicitó un consentimiento de participación voluntaria que fue leído a cada uno de los pacientes entrevistados, en donde se les invitaba a participar.

Dicho texto constituye la sección 1 del instrumento que se muestra en el anexo 4.

3. Resultados.

3.1 Resultados Cualitativos

3.1.1 Descripción de los talleres realizados en la clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE.

En el cuadro número 2, se presenta una breve reseña histórica de los principales componentes desarrollados en los talleres de educación para la salud en los pacientes diabéticos, desarrollados en la Clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE desde el año de 1999 hasta la fecha.

CUADRO 2

RESEÑA HISTÓRICA DE LOS TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES DIABÉTICOS

Año	P.I. ^a	P.D. ^b	P.A. ^c	P.C. ^d	Temarios del programa.	No. de cursos.	Periodicidad	No. de profesores	Apoyos didácticos	Actividades
1999	20	0	0	20	<p><u>I TALLER PARA PACIENTES DIABÉTICOS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es esa enfermedad llamada diabetes?. 2. Síntomas de la Diabetes Mellitus. 3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus 4. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. 5. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Retinopatía diabética. 6. Nefropatía diabética 7. Neuropatía diabética 8. Alimentación en el paciente diabético I 9. Alimentación en el paciente diabético II 10. Ejercicios para el paciente diabético 11. Tratamiento farmacológico 12. La familia y el paciente diabético. 	1 al año	2 horas cada semana.	2	Platicas Sesiones plenarias Taller Trípticos Lluvia de ideas Uso de rotafolios	Lavado de pies Intercambio de dietas. Convivio al final del curso con dietas elaboradas por los pacientes.
2000	15	11	0	4	<p><u>II TALLER PARA PACIENTES DIABÉTICOS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es esa enfermedad llamada diabetes?. 2. Síntomas de la Diabetes Mellitus. 3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus 4. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. 5. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Retinopatía diabética. 6. Nefropatía diabética 7. Neuropatía diabética 8. Alimentación en el paciente diabético I 9. Alimentación en el paciente diabético II 10. Ejercicios para el paciente diabético 11. Tratamiento farmacológico 12. La familia y el paciente diabético. 	2 cursos, 1 cada 6 meses.	2 horas cada semana	1 - 2	Platicas Sesiones plenarias Taller Trípticos Lluvia de ideas Uso de rotafolios	Lavado de pies Intercambio de dietas. Convivio al final del curso con dietas elaboradas por los pacientes.
					<p><u>III TALLER PARA PACIENTES DIABÉTICOS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es esa enfermedad llamada 				Platicas	Intercambio de

Año	P.I. ^a	P.D. ^b	P.A. ^c	P.C. ^d	Temarios del programa.	No. de cursos.	Periodicidad	No. de profesores	Apoyos didácticos	Actividades
2001	10	0	20	30	<u>III TALLER PARA PACIENTES DIABÉTICOS</u> 1. ¿Qué es esa enfermedad llamada diabetes? 2. Síntomas de la Diabetes Mellitus. 3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus 4. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. 5. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Retinopatía diabética. 6. Nefropatía diabética 7. Neuropatía diabética 8. Alimentación en el paciente diabético I 9. Alimentación en el paciente diabético II 10. Ejercicios para el paciente diabético 11. Tratamiento farmacológico 12. La familia y el paciente diabético.	2 cursos, 1 cada 6 meses.	2 horas cada semana	2	Platicas Sesiones plenarias Taller Tripticos Lluvia de ideas Uso de rotafolios	Intercambio de dietas. Convivio al final del curso con dietas elaboradas por los pacientes.
2002	15	0	10	25	<u>IV TALLER PARA PACIENTES DIABÉTICOS</u> 1. ¿Qué es esa enfermedad llamada diabetes? 2. Síntomas de la Diabetes Mellitus. 3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus 4. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. 5. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Retinopatía diabética. 6. Nefropatía diabética 7. Neuropatía diabética 8. Alimentación en el paciente diabético I 9. Alimentación en el paciente diabético II 10. Ejercicios para el paciente diabético 11. Tratamiento farmacológico 12. La familia y el paciente diabético.	3 cursos.	2 horas cada semana	2	Platicas Sesiones plenarias Taller Tripticos Lluvia de ideas Uso de rotafolios	Intercambio de dietas. Convivio al final del curso con dietas elaboradas por los pacientes.
					<u>V TALLER PARA PACIENTES DIABÉTICOS</u> 1. ¿Qué es esa enfermedad llamada diabetes? 2. Síntomas de la Diabetes Mellitus. 3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus	3 cursos.	2 horas cada semana	3	Platicas Sesiones plenarias Taller Tripticos	Intercambio de dietas. Convivio al final del curso

Año	P.I. ^a	P.D. ^b	P.A. ^c	P.C. ^d	Temarios del programa.	No. de cursos.	Periodicidad	No. de profesores	Apoyos didácticos	Actividades
2003	25	0	1	26	4. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. 5. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Retinopatía diabética. 6. Nefropatía diabética 7. Neuropatía diabética 8. Cuidado dental del diabético. 9. Alimentación en el paciente diabético I 10. Alimentación en el paciente diabético II 11. Ejercicios para el paciente diabético 12. Tratamiento farmacológico 13. La familia y el paciente diabético.				Lluvia de ideas Uso de rotafolios	con dietas elaboradas por los pacientes.
2004	8	0	4	12	<u>VI TALLER PARA PACIENTES DIABÉTICOS</u> 1. ¿Qué es esa enfermedad llamada diabetes? 2. Síntomas de la Diabetes Mellitus. 3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus 4. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. 5. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Retinopatía diabética. 6. Nefropatía diabética 7. Neuropatía diabética. 8. Cuidado dental del diabético. 9. Alimentación en el paciente diabético I 10. Alimentación en el paciente diabético II 11. Ejercicios para el paciente diabético 12. Tratamiento farmacológico 13. La familia y el paciente diabético. 14. Sexualidad en el paciente diabético	4 cursos.	2 horas cada semana	2	Platicas Sesiones plenarias Taller Trípticos Lluvia de ideas Uso de rotafolios	Intercambio de dietas. Convivio al final del curso con dietas elaboradas por los pacientes.

Fuente: Narración del Profesor responsable de los cursos.
Documentos de su archivo personal.

- a) Pacientes que iniciaron.
- b) Pacientes que desertaron.
- c) Pacientes que se agregaron.
- d) Pacientes que concluyeron.

A continuación se describen los aspectos cualitativos de cada taller obtenidos de la reseña histórica realizada con la responsable de los talleres.

Año 1999.

I Taller para pacientes diabéticos.

De enero a junio 1999, se seleccionaron 40 pacientes diabéticos con micosis en los pies, para que entraran a un programa de Educación para la salud, acerca del cuidado de los pies en el paciente diabético, y con la seguridad de darles tratamiento por un año, tratamiento antimicótico, que no se encuentra en el cuadro básico de medicamentos del sector salud, el medicamento que se les ofrecía era el ITRACONAZOL, el cual fue donado por el laboratorio que lo produce, de tal manera que se evaluaría la evolución de los pacientes y curación de los mismos por micosis en los pies, principalmente Onicomycosis.

No fue fácil, reunir 40 pacientes, ya que cuando se les daba a conocer en el consentimiento informado, que el medicamento podía ocasionar hipoglucemia y se les explicaba lo que es esta complicación aguda, los pacientes desistían y no querían formar parte del grupo.

El 12 de julio de 1999, se inició la primera plática del taller antes mencionado, este se había estructurado en 14 pláticas aproximadamente, en las cuáles se les daba a conocer qué es la Diabetes Mellitus, cuales son las complicaciones agudas más frecuentes y cuáles son las complicaciones crónicas, intercalando sesiones de

práctica en las cuales se le indicaba como lavarse los pies, como revisarlos, secarlos, y cortar uñas, lubricar la piel, así como detección de alguna patología ortopédica con la cual cursarán los pacientes, seguimiento y evolución satisfactoria o no del tratamiento antimicótico y los resultados en los pies de los pacientes.

Se trabajó en equipo con dos enfermeras, una trabajadora social y dos médicos familiares adscritos a la Clínica Gustavo A. Madero, así como con un médico internista adscrito al Hospital 1º. de Octubre, los cuáles lavaban los pies de los pacientes.

De los 40 pacientes seleccionados, se escogieron al azar 20 pacientes los cuales recibirían el mismo curso en el Hospital Regional 1º. de Octubre y los otros 20 pacientes lo recibirían en la Clínica Gustavo A. Madero. En el Hospital trabajaba con los pacientes un equipo distinto al de la Clínica Gustavo A. Madero. Se desconoce si el personal médico del hospital efectuó seguimiento de los 20 pacientes que correspondieron a ese lugar.

El programa educativo resultó un éxito en los pacientes diabéticos que se capacitaron en la clínica Gustavo A. Madero, ya que aprendieron a cuidarse los pies, y a conocer la enfermedad, esto motivó a que se realizara nuevamente el programa educativo en el año 2000, pero con algunas variantes.

1. Se dió amplio conocimiento sobre la Diabetes Mellitus.
2. Sé dirigió a pacientes diabéticos sin patología micótica.
3. Sólo se trabajó en las sesiones de aprendizaje para cuidado de los pies y el conocer a la Diabetes Mellitus con sus complicaciones para prevenir las mismas.

Año 2000.

II Taller para pacientes diabéticos.

En enero del 2000 se inició con el programa de educación para la salud para pacientes diabéticos, se inició con 15 pacientes y dicho programa tuvo una duración aproximada de 1 año con sesiones quincenales de dos horas, cabe mencionar que la persona que dirigía el grupo no era siempre la misma y que en alguna ocasión se improvisó a un profesor para dar el tema, esto repercutió en el ánimo de los pacientes por lo que se presentaron algunos problemas en el transcurso de dicho programa tales como:

- Aparente pérdida de interés de los asistentes
- Deserción de los asistentes
- No contar con personal profesionalmente capacitado
- El paciente percibió que el programa era muy extenso y de largo tiempo.

Todo ello trajo como consecuencia que al final del programa mencionado solo terminaron el curso 4 asistentes.

Año 2001

III Taller para pacientes diabéticos.

En febrero de 2001, se inicia nuevamente con este programa educativo para pacientes diabéticos con temas definidos y específicamente en relación a la

patología, con duración de 2 horas pero ahora con un tutor fijo quien impartía la teoría, en dicho programa iniciaron 10 pacientes y se concluyó con 30 asistentes; cabe hacer mención que como se puede observar se concluyó con 20 asistentes más de los que iniciaron, esto en parte a la recomendación del curso por parte de los pacientes que iniciaron el curso hacia amistades o familiares, ya que por experiencia propia se encontraban muy motivados y satisfechos de la forma en que se impartía tal programa.

Es preciso señalar que durante la realización de este programa educativo, previamente al inicio de algunas sesiones teóricas se les realizó a cada uno de los pacientes la toma de dextrostix para control de glucosa, además se les revisó clínicamente incluyéndose sensibilidad para la neuropatía diabética con monofilamento, y valorándose además defectos ortopédicos con plantoscopio, examen de agudeza visual; algunos pacientes ya presentaban complicaciones crónicas por lo que fue necesario canalizarlos al especialista correspondiente (Oftalmología, Ortopedia, etc).

Cabe hacer notar que hubo cambios en la dextrostix de los pacientes pues su control glucémico mejoro notablemente por lo que los resultados obtenidos fueron más favorables en relación a los anteriores programas impartidos.

Año 2002.

IV Taller para pacientes diabéticos.

En enero del 2002 se inicia con el programa con la estrategia de impartir dos cursos en el año, con duración de 6 meses cada uno, de enero a junio y de julio a diciembre, en sesiones teóricas quincenales de 2 horas de duración y se detectó que la afluencia de pacientes era buena, ya que se inicio con 15 asistentes y durante cada sesión se sumaban en promedio de 1 o 2 asistentes, de tal forma que al final del 1er semestre de ese año el curso concluyó con un total de 25 asistentes.

En el segundo semestre no hubo nuevos pacientes que se inscribieran y la sorpresa fue que casi todos los asistentes del curso anterior solicitaban nuevamente estar en el curso que recién iniciaba.

Las autoridades de la clínica y trabajo social consideraron pertinente se impartieran mas cursos en menos tiempo, con la idea de informar a los derechohabientes en relación a los programas educativos de salud que proporcionaban la institución. Debido al éxito obtenido se planteó la posibilidad de que los cursos impartidos ahora fuesen cuatrimestrales.

Año 2003.

V Taller para pacientes diabéticos.

Este taller corresponde a la segunda parte de este trabajo de investigación mencionado en el diseño general de este trabajo, en este taller fue en el que el autor de este trabajo participó.

En el 2003, se inicia nuevamente el curso educativo con 25 participantes, concluyendo los 25, pero ahora con la variante de que las sesiones fueron semanales impartándose los miércoles de cada semana y en los que previo a cada sesión se les tomaba la tensión arterial y dextrostix. Este curso dio inicio el 8 de enero y concluyó el 30 de abril de 2003 con el mismo tiempo de duración de 2 horas.

Casi inmediatamente dio inicio un nuevo curso, el cual comenzó el 7 de mayo de 2003 con una asistencia aproximada de 25 participantes, concluyéndose con 26 asistentes; cabe mencionar que la mayoría de ellos ya había tomado el curso hasta en 2 ocasiones, lo que ocasionó molestia por parte de las trabajadoras sociales; manejando el concepto de codependencia entre el médico tutor y los pacientes, por lo que solicitaron una plática de apoyo con relación a este tema de codependencia, esto ocasionó que los pacientes se sintieran agredidos en ese momento, ya que se consideraron rechazados de la sesión, argumentando que ellos seguían asistiendo debido a que querían reafirmar los conocimientos adquiridos en los cursos anteriores, ya que estos cursos les habían ayudado a modificar de alguna manera su estilo de vida, sus hábitos de alimentación, la aceptación de su enfermedad, acudir

con cierta regularidad a su revisión médica, etc. Por lo que no consideraban prudente que se les prohibiera, de alguna manera, seguir asistiendo al mismo curso y que esto se manejara como codependencia, por lo que en ese momento algunos desertaron de esa sesión en plena exposición del médico que disertaba sobre el tema quedando únicamente en el aula 12 personas de un total aproximado de 20 asistentes y 4 de ellos ya no volvieron a incorporarse al programa educativo.

Algunos de ellos acudieron con el médico titular del curso para diabéticos para manifestar su inconformidad ante la situación presentada ese día, a lo cual el médico titular hizo labor de convencimiento y persuasión para que se quedaran a concluir con el tema, que inicialmente estaba programado a revisarse en esa sesión; la mayoría volvió a incorporarse con el médico titular del curso, una vez que concluyó el médico que impartió el tema de codependencia. Es importante mencionar esto, ya que esta situación nos da pie a pensar y expresar que a los pacientes hay que tratarlos con mucho cuidado, respeto y tacto; ya que un trato o atención no adecuados en este tipo de situaciones influye en el resultado final.

Este curso concluyó el 9 de julio con un total de 30 participantes.

Cabe señalar, que el concepto de codependencia que tuvieron las trabajadoras sociales fue la percepción de ellas hacia este grupo de participantes y el médico que lo impartió, sin embargo, desde mi propia percepción y punto de vista no creo que este bien manejado tal concepto, es decir, más que codependencia lo que pude observar es que durante el desarrollo de los cursos en que tuve oportunidad de asistir pude contemplar que se estableció una estrecha relación médico-paciente, lo

cual de algún modo favoreció que se cumplieran de mejor manera los objetivos que se plantearon para el curso.

Algo que se ha observado desde el año de 2001 a la fecha, es que en todos los pacientes a los que se les impartió el programa educativo para diabéticos se les ofreció medir la TA y tomar dextrostix previo a cada sesión, notándose cambios favorables en el control de la glucosa en los pacientes que recibieron el taller educativo, asimismo que los pacientes se han sensibilizado mucho en relación a su padecimiento y a la manera en como pueden sobrellevarlo.

Contenidos temáticos del V taller de Diabetes Mellitus.

Se llevo a cabo una selección estratégica; pacientes diabéticos o participantes que deseaban aprender sobre la enfermedad, los cuales fueron invitados a través de la consulta externa y trabajo social, diciéndoles que se iba a impartir un curso teórico acerca de la enfermedad Diabetes Mellitus y ellos acudieron por decisión personal, dicho curso contenía los temas más relevantes acerca de la enfermedad y se programaron doce temas los cuales se revisaron en el tiempo estipulado de 8 semanas, siendo los siguientes:

1. ¿Qué es esa enfermedad llamada Diabetes?
2. Síntomas de la Diabetes Mellitus
3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus
4. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus

5. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Retinopatía diabética
6. Nefropatía diabética
7. Neuropatía diabética
8. Alimentación en el paciente diabético I
9. Alimentación en el paciente diabético II
10. Ejercicios para el paciente diabético
11. Tratamiento farmacológico
12. La familia y el paciente diabético.

- **Percepción general del grupo y problemas operativos detectados**

La asistencia al curso por parte de los participantes fue de manera regular.

Al inicio de cada sesión, el médico o la enfermera les tomaban pruebas de destrostix; además se les tomaba la Tensión Arterial; después de varias sesiones se observó que hubo modificaciones en su cambio de conducta, por ejemplo el mejorar el control de su glicemia, modificar sus hábitos alimenticios y conscientes de la importancia de llevarlo a cabo redundaba en el control de su enfermedad y el mejoramiento de su calidad de vida.

Al inicio del curso había un grupo que asistía de manera consecutiva a este programa de salud, posteriormente el grupo se incrementó debido a la integración de nuevos miembros.

Por iniciativa del autor de este trabajo se les aplicó a los participantes una encuesta con la finalidad de conocer la repercusión del curso en ellos y si había cambios en su estilo de vida, cambios en su conducta nutricional, la relación de pacientes con su familia y en su desempeño laboral. Esta información fue obtenida mediante la auto percepción de los pacientes.

Durante el desarrollo del curso, por indicaciones de las autoridades el tutor que inicio las actividades del programa tuvo que salir y lo sustituyeron por otro tutor, la repercusión de este cambio alteró la asistencia y disminuyó el interés de los participantes, familiares, y amigos que habían estado acudiendo con cierta regularidad.

Por otro lado, es preciso mencionar de que a pesar de que no se cuenta con el material didáctico suficiente para impartir el programa de educación para la salud en pacientes diabéticos se ha logrado concluir satisfactoriamente con él; se debería considerar la posibilidad de implementar material didáctico como carteles, diapositivas o algún otro material de apoyo para mejorar la calidad del curso.

Debo de señalar también que en uno de los cursos se dio la situación de que un ponente no programado fue a exponer el tema de "codependencia entre tutor y grupo" y al término de tal ponencia el grupo asistente se sintió ofendido y agredido, puesto que algunos de los asistentes que ya habían tomado el curso y querían reafirmar sus conocimientos se sintieron expulsados del grupo y algunos de ellos (4) ya no regresaron al mismo, menciono esto, como un incidente ya que en el futuro es recomendable que no se dieran este tipo de situaciones ya que esto va en detrimento del interés y asistencia del grupo a tales programas educativos.

El curso se programó para 2 meses con sesiones semanales de 2 horas cada una con la finalidad de que conocieran o ampliaran sus conocimientos sobre su enfermedad.

Se puede mencionar que en función a lo observado pude comprender la gran importancia y trascendencia que tiene esta forma de trabajo con grupos con una patología en común llámese hipertensión, obesidad, orientación sexual, climaterio, control prenatal, etc; es una forma diferente de relacionarnos con el paciente en donde se olvidan ciertas formalidades como una bata y escritorio los cuales podría considerarse como una barrera entre el médico y paciente, y por el contrario se permite un acercamiento mas directo con el paciente de forma tal que nos brinda la posibilidad de interactuar mas estrechamente con él, es decir de manera mas personal con lo que el paciente adquiere mayor confianza hacia el médico y facilita una relación mas estrecha lo cual es de gran importancia para que pueda participar mas activamente en el conocimiento y control de su enfermedad o padecimiento. Cabe señalar que esto lo pude observar siempre y cuando el tutor o encargado del curso sea el mismo que lo imparta desde el inicio hasta el fin, ya que en base a observaciones de cursos previos en años anteriores se hizo evidente que cuando mas de un tutor se incluía en el curso o bien se alternaban los tutores se perdía en cierta forma interés por parte de los participantes reflejándose de que al final concluyeran menos asistentes de los que originalmente iniciaban; mientras que por otro lado se observó que cuando un mismo tutor impartía el curso y sin alternar con otros, la asistencia final fue igual o mayor a la inicial.

En base a lo observado en el curso en el cual tuve la oportunidad de aplicar un cuestionario, se encontraron los resultados que pongo a consideración de quien los lea y que se muestran posteriormente.

Cabe señalar que varios pacientes comentaron al final de la hoja de reactivos que estos cursos les ha ayudado de manera importante en el conocimiento y comprensión de la diabetes mellitus y les ha ayudado a modificar de alguna manera su estilo de vida para un mejor control de la misma, igualmente señalaron la posibilidad de que se pueda continuar con la realización de dichos cursos para reafirmar sus conocimientos.

Se puede concluir en base a lo expuesto anteriormente que es útil la impartición de cursos de educación a grupos con determinada patología o intereses en común, ya que hay una mayor interacción con ellos; por lo que la relación médico paciente se hace mas estrecha, por consiguiente esta forma de relacionarnos con los pacientes y el médico se acerca más a lo que es su entorno y su integridad como persona y como ser miembro de una sociedad.

En términos generales, mi percepción del grupo es que fue un grupo muy participativo e interesado en adquirir mayor conocimiento con respecto a su enfermedad para tener un mejor autocontrol de la misma además de ser muy interactivo entre sus miembros y con la profesora, titular del curso.

3.2 Resultados Cuantitativos

Se aplicaron 26 encuestas a pacientes diabéticos derechohabientes a la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Mayo-Junio 2003.

3.3. Edad.

Con respecto a la edad de las personas entrevistadas, la edad mínima fue de 43 años, máxima de 78 años con un promedio de 59.08 años. La distribución por grupos de edad se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3

**Edad de los pacientes encuestados en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE)
En el periodo Mayo – Junio 2003.**

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
43-52	7	26.7%
53-62	10	38.3%
63-72	5	19.1%
73 y más	4	15.2%
Total	26	100%

Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.4 Escolaridad.

La escolaridad encontrada en los pacientes entrevistados fue de 1 año como mínimo, máximo de 17 años y un promedio de 8.5 años, la frecuencia y porcentaje se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4

Escolaridad de los pacientes entrevistados en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Mayo – Junio 2003.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
0 - 6	9	34.4%
7 - 9	10	38.4%
10 - 12	2	7.6%
13 - 17	5	19.2%
Total	26	100%

Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.5 Estado Civil.

El estado civil de los pacientes entrevistados en la C.M.F. Gustavo A. Madero se observa en el cuadro 5.

Cuadro 5

Estado Civil de los pacientes entrevistados en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Mayo – Junio 2003.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	21	80.8%
Viudo	2	7.7%
Divorciado	1	3.8%
Unión libre	2	7.7%
Total	26	100%

Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.6 Ocupación.

La ocupación de los pacientes entrevistados en su mayoría es el hogar, seguida de los pensionados y los empleados, la frecuencia y porcentaje se muestra en el cuadro 6.

Cuadro 6

Ocupación de los pacientes encuestados en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Mayo – Junio 2003.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	11	42.3%
Pensionado (jubilado)	5	19.2%
Empleado	5	19.2%
Profesional	3	11.5%
Comerciante	2	7.7%
Total	26	100%

Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.7 Número de integrantes de la familia.

En cuanto al número de integrantes de la familia que viven en la casa de los pacientes entrevistados, la información obtenida se muestra en el cuadro 7.

Cuadro 7

Número de integrantes de la familia de los pacientes encuestados en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE). En el periodo Mayo – Junio 2003.

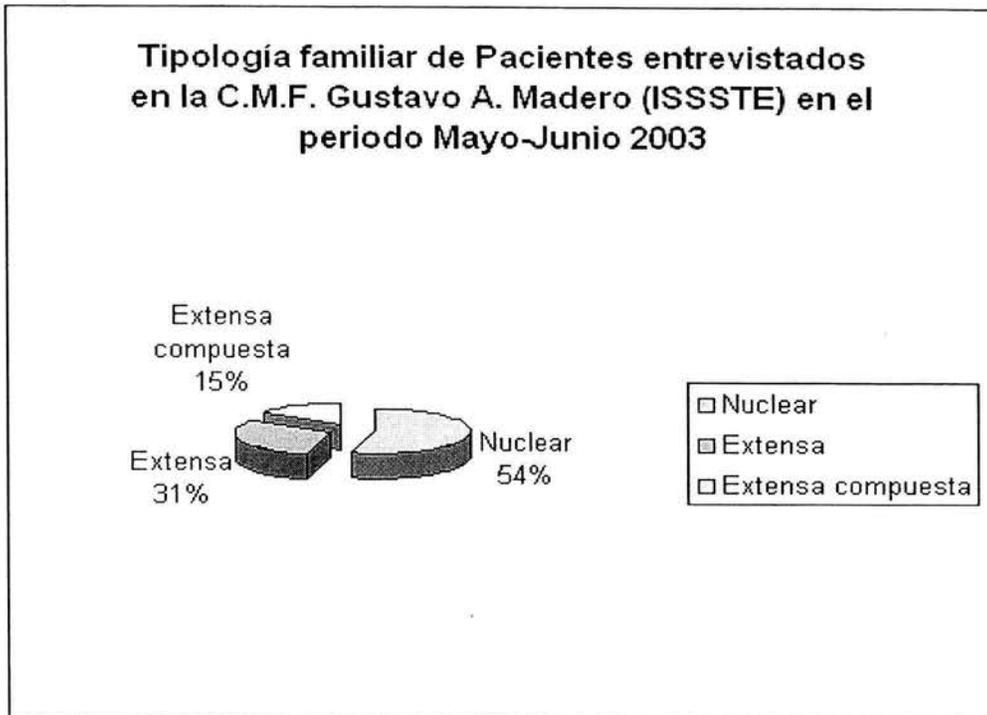
No. de integrantes	Frecuencia	Porcentaje
2	5	19.2%
3	2	7.7%
4	10	38.5%
5	5	19.2%
6	2	7.7%
7	2	7.7%
Total	26	100%

Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.8 Tipología familiar.

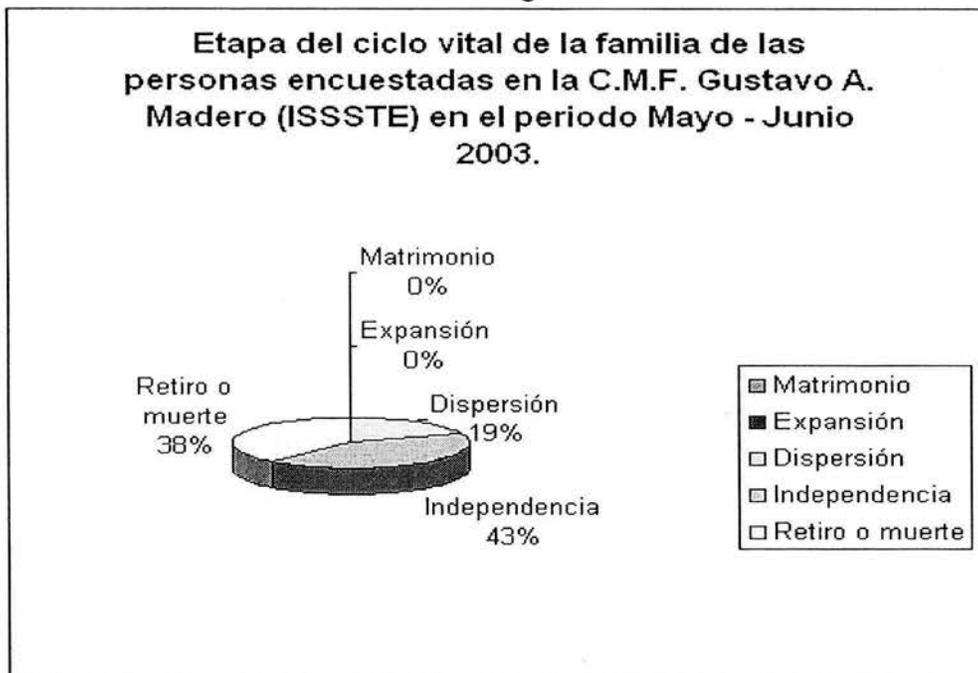
Por lo que respecta a la tipología familiar y etapa del ciclo vital de la familia la información se muestra en las figuras 2 y 3 respectivamente.

Figura 2



Fuente: Encuestas realizadas. n=26

Figura 3



Fuente: Encuestas Realizadas n=26

3.9 Sexo de los pacientes entrevistados.

En el cuadro 8 se muestra la distribución por sexo de los pacientes entrevistados.

Cuadro 8

Sexo de los pacientes encuestados en la C.M.F. (ISSSTE) en el periodo Mayo – Junio 2003.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	76.9%
Masculino	6	23.1%

Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.10 Motivos por los que el paciente decidió acudir al taller para diabéticos.

Los motivos por los que los pacientes entrevistados (26), decidieron acudir al taller educativo para diabéticos en la C.M.F. Gustavo A. Madero en el periodo Mayo – Junio 2003, aparecen en el cuadro 9.

Cuadro 9

Motivos por los que los pacientes decidieron asistir al taller educativo para diabéticos

Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Para conocer más sobre la enfermedad.	11	42.3%
Para llevar un mejor control de la enfermedad	10	38.5%
Por recomendación	4	15.4%
Por curiosidad	1	3.8%
Total	26	100%

Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.11 Satisfacción y aceptación acerca de la información sobre su enfermedad.

De las variables, ¿mejoró el control de su enfermedad?, ¿cree usted tener más información de su enfermedad que antes del taller? Y ¿tiene menos dudas de su enfermedad que antes del taller?, la información aparece en las figuras 4, 5, 6.

Figura 4



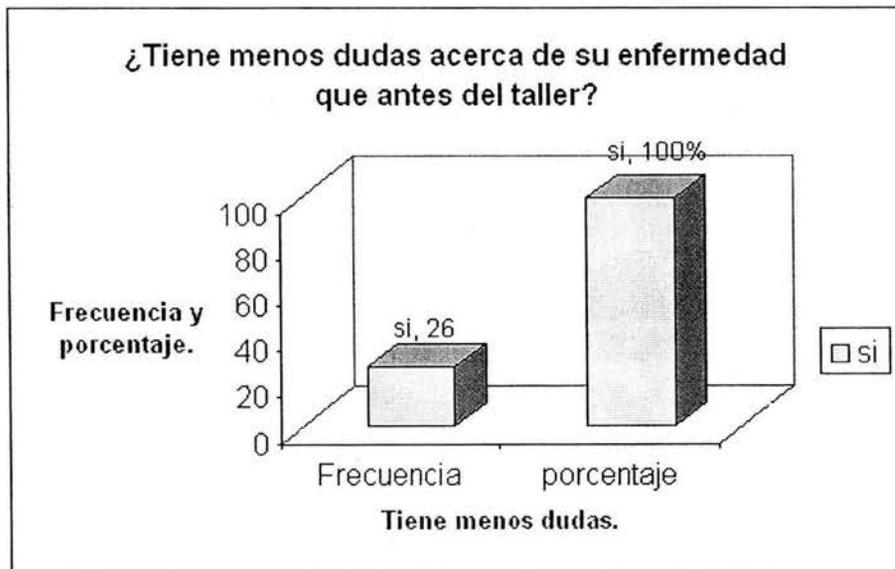
Fuente: Encuestas realizadas n=26.

Figura 5



Fuente: Encuestas realizadas n=26.

Figura 6

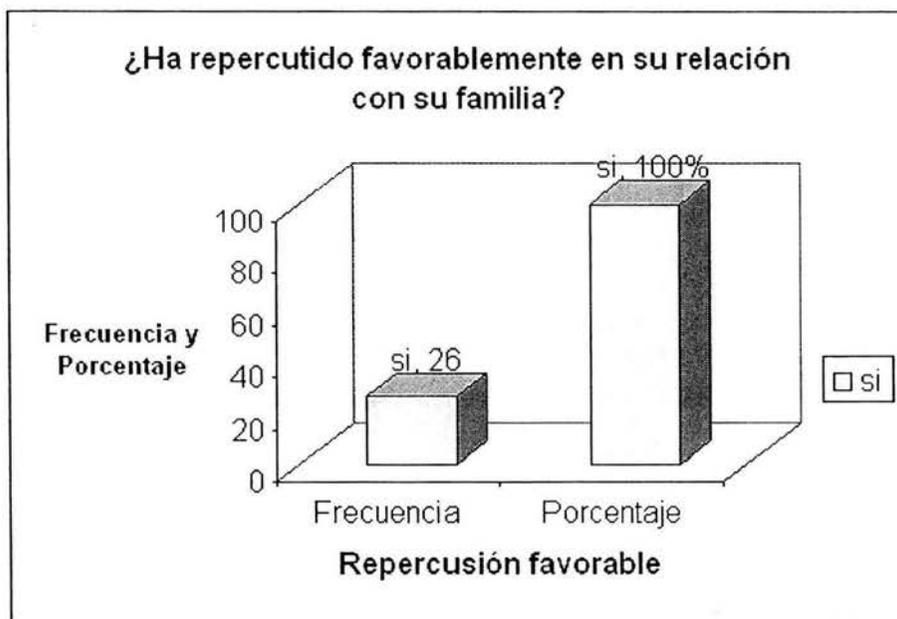


Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.12 Repercusión del taller educativo en su relación familiar y en su rendimiento laboral en el caso de los pacientes que trabajan.

En los 26 pacientes entrevistados el taller educativo para diabetes repercutió favorablemente en su relación familiar. Por otro lado de los 26 pacientes entrevistados se encontró que el 38.5% labora y el 61.5% no labora, y de los que laboran el 100% contestó que ha repercutido de manera favorable en su rendimiento laboral. La información se muestra en las figuras 7, 8 y 9.

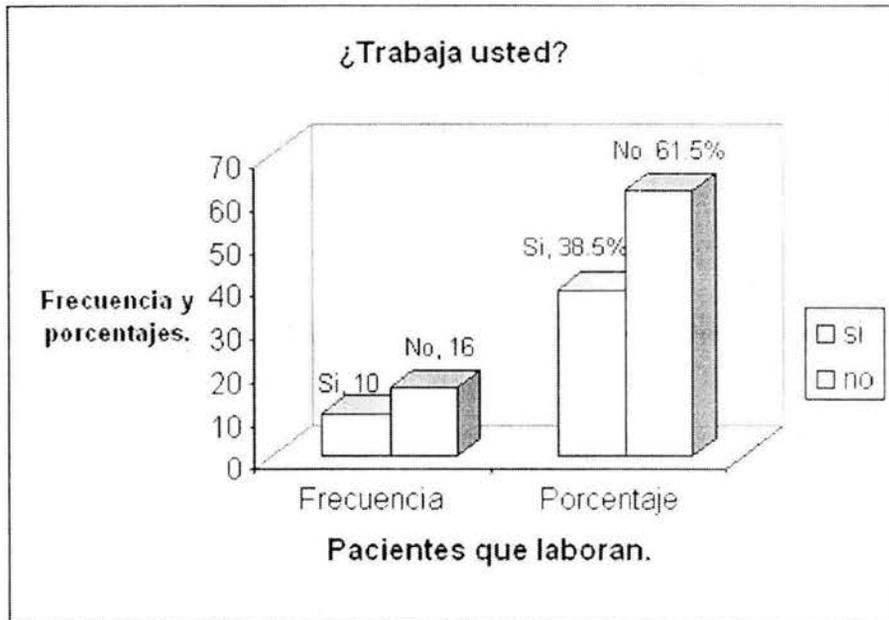
Figura 7



Fuente: Encuestas realizadas n=26.

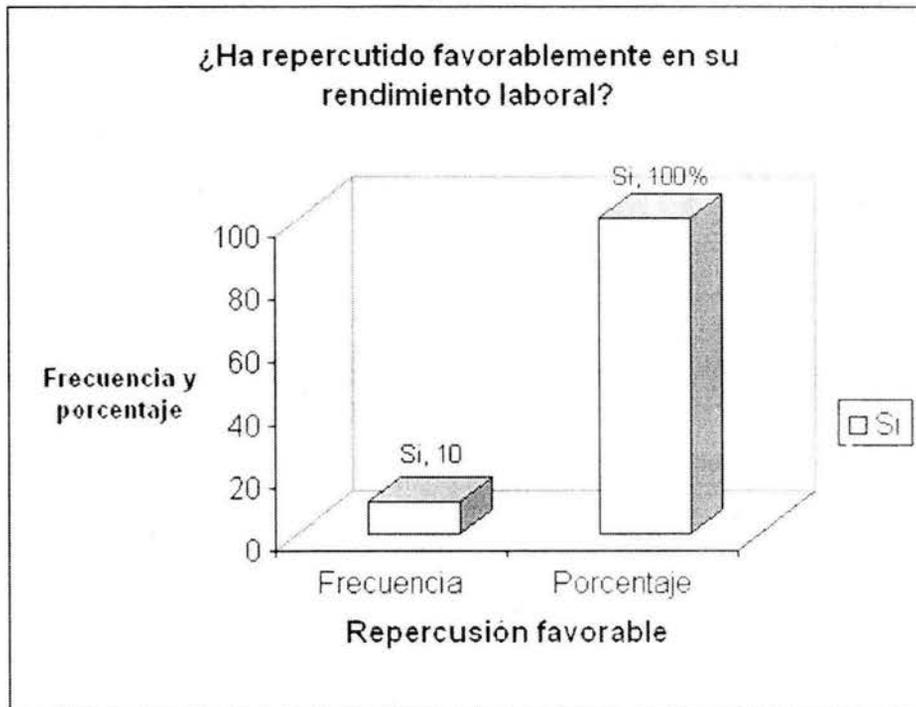
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Figura 8



Fuente: Encuestas realizadas n=26.

Figura 9

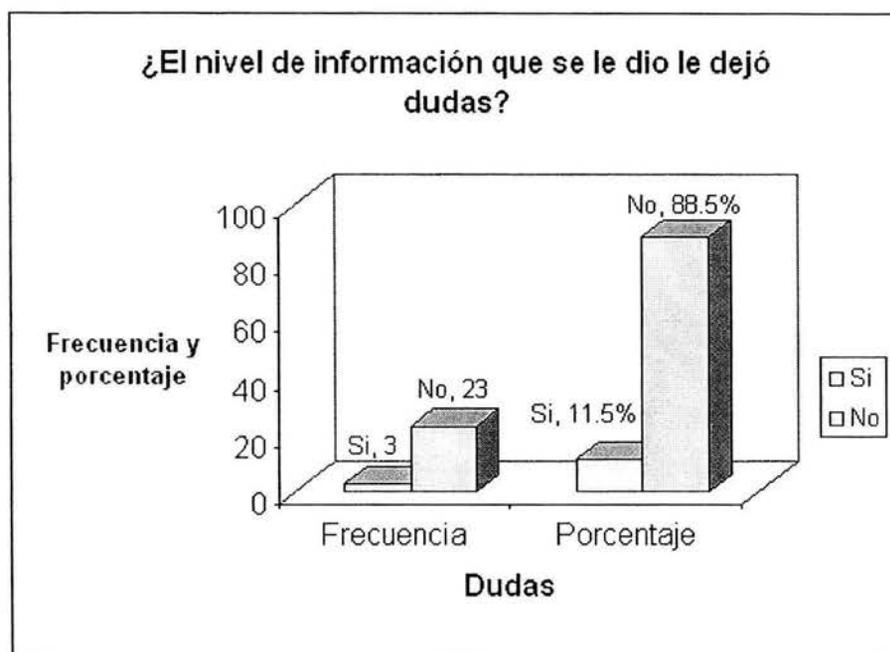


Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.13 Dudas acerca del nivel de información.

De los 26 pacientes encuestados un 88.5% de ellos no tuvo dudas acerca del nivel de información que se le dio, y 11.5% de ellos si tuvo duda, cabe aclarar que el 11.5% que tuvo duda se incorporo ya avanzado el taller educativo. La información al respecto se muestra en la figura No. 10

Figura 10



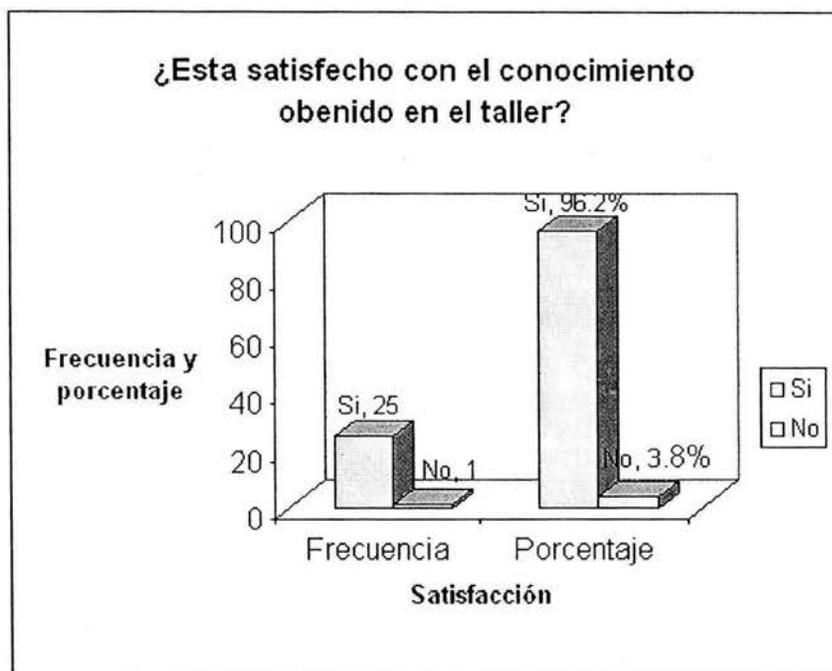
Fuente: Encuestas realizadas n=26.

3.14 Satisfacción con el conocimiento obtenido en el taller educativo, aceptación de que se sigan impartiendo los talleres y utilidad de la realización de los mismos para pacientes diabéticos.

De los 26 pacientes encuestados, el 96.2% se encuentra satisfecho con el conocimiento obtenido en el taller educativo, mientras que un 3.8% no lo está. Asimismo, al 100% de los pacientes entrevistados les gustaría se siguieran

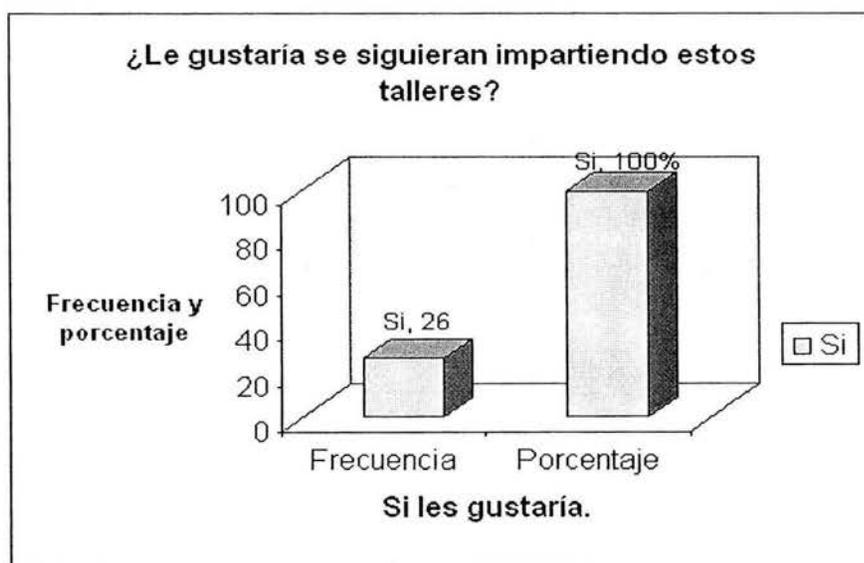
impartiendo estos cursos e igualmente el mismo porcentaje, considera útil se continúe con la realización de los mismos. La información al respecto se muestra en las figuras 11, 12 y 13.

Figura 11



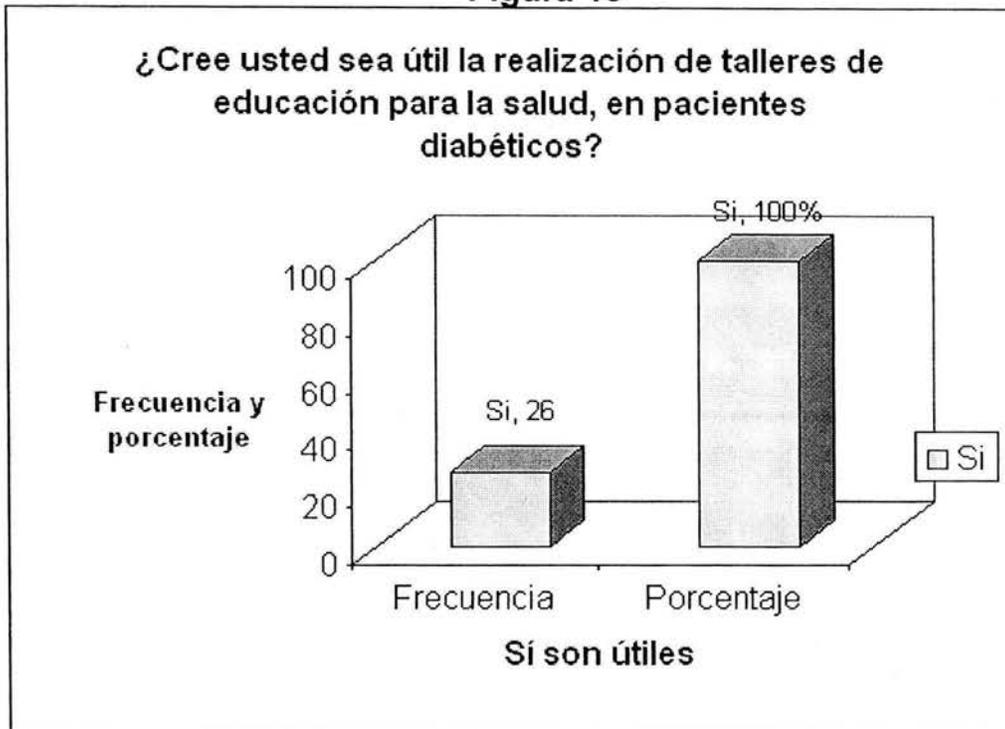
Fuente: Encuestas realizadas n=26.

Figura 12



Fuente: Encuestas realizadas n=26.

Figura 13



Fuente: Encuestas realizadas n=26.

4. Discusión:

La educación para la salud es una de las labores primordiales en la atención primaria de la salud y por consiguiente en el ejercicio profesional del médico familiar; particularmente en nuestro caso que nos ocupa la educación para la salud a pacientes diabéticos. En base a lo anterior es que ha sido motivo de preocupación tanto a nivel mundial como nacional el hacer llegar esta educación de la mejor y mayor manera posible a la población en general y en particular a la población en riesgo de padecer o tener diabetes mellitus.

Es por lo anterior que en Latinoamérica por ejemplo se han creado organismos como la DOTA¹⁶ que son las siglas de la Declaración de las Américas Sobre la Diabetes Mellitus documento que describe un plan estratégico sobre la diabetes en el continente americano. Incluye algunas organizaciones nacionales e internacionales relacionadas con la lucha contra la diabetes; su misión es promover el mejoramiento de la salud en las personas afectadas por la diabetes en el continente americano a través de organizaciones privadas y gubernamentales.

De igual forma en México también se han elaborado a través de la Secretaria de Salud la Guía Técnica para capacitar al paciente con diabetes así como también la Guía Técnica para el funcionamiento de clubes de diabéticos formados¹⁸. La implementación de tales guías y programas ha sido un buen intento para promover el mejoramiento de la salud de las personas con esta enfermedad así como la prevención de sus complicaciones.

Según reportes publicados por la DOTA refieren que este tipo de cursos son positivos, ya que en Argentina, Colombia, Puerto Rico, durante 1999 se planearon y se efectuaron con éxito. En el 2001 la República Dominicana inicia este tipo de cursos con éxito. La experiencia de Argentina y Colombia es que los mismos socios de la DOTA han participado tanto en el desarrollo del programa como en la ejecución del mismo. Algunos participantes tuvieron la oportunidad de ser capacitados en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panama, Perú, Venezuela y España (Dalmau Llorca, 2002)¹⁶.

En el caso particular de la Clínica Gustavo A. Madero es preciso señalar que en base a experiencias anteriores de cursos educativos para pacientes diabéticos realizados en la misma, los resultados fueron positivos y alentadores asimismo fueron similares a los obtenidos en otros países de Latinoamérica y en España aunque es preciso mencionar también que dichos cursos pueden estar sujetos a cambios para su mejor funcionamiento; por ejemplo, es preciso que quien los imparta tenga una amplia experiencia en técnicas grupales así como conocimiento de la patología y un entrenamiento adecuado como en el caso particular del instructor de la Clínica Gustavo A. Madero que fue capacitado por personal del Hospital General de México.

Asimismo se debe de tener un conocimiento de la importancia de la educación en la diabetes entre todos los involucrados e interesados. Es preciso mencionar que sería necesario contar con mayores recursos y material didáctico para la impartición de

estos cursos educativos, así como el apoyo correspondiente de las autoridades para su realización.

Se sugiere también al igual que en otros países de Latinoamérica y España el establecimiento de programas de Educación Continua en la propia Clínica así como el reforzamiento a todo el equipo de salud.

Asimismo en base a experiencias vividas en otros países y a lo vivido en particular en la Clínica Gustavo A. Madero considero que las personas con diabetes deben de ser mas concientes de la importancia de un buen control de su glicemia, con la finalidad de prevenir y reducir el riesgo y sus complicaciones además del mejoramiento de su calidad de vida.

Del mismo modo las personas con diabetes y sus familiares deben estar completamente integrados, como participantes activos en el control y tratamiento de la enfermedad, luego de una educación adecuada, ya que según lo manifestaron los participantes en los cursos impartidos en la Clínica este apoyo familiar es fundamental para el mejor control de su glicemia.

Es importante señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio no se pueden generalizar a otras unidades de salud, ya que las características que se encontraron solo son aplicables en la población estudiada en la C.M.F. Gustavo A. Madero.

Algo que llamó la atención en esta experiencia fue que cuando hubo cambio de profesores responsables de los temas, hubo deserción se sugiere que los tutores o

las personas que inician un curso lo terminen esto fortalece la relación médico-paciente en otro plano que no es el de la atención médica sino del aspecto educativo para la salud, es decir, se da otro tipo de relación, de confianza, de responsabilidad, de comunicación más allá de los problemas médicos.

Por otro lado si bien aquí algunos compañeros profesores que participaron hablaron de codependencia, una estrategia educativa es la repetición de un contenido temático, por lo que la repetición educativa es una técnica de aprendizaje útil para reforzar el aprendizaje sobre todo tratándose de una enfermedad que evoluciona crónicamente, aprender nuevos elementos de acuerdo al estado de evolución de la enfermedad, por lo que sí es conveniente que los asistentes repitan el curso y esto es motivante para el Prof. o titular del curso y esto va en contra de lo que otros Profesores consideran codependencia.

Otro aspecto a considerar es que las modificaciones a los cursos fueron hechas en base a las necesidades de información, a la necesidad de conocimiento de los asistentes y a lo sentido por el profesor titular para ir mejorando la calidad de los cursos.

En cuanto a problemas que se presentaron durante el curso que el investigador tuvo oportunidad de asistir fue precisamente el cambio de profesores y de temas sin previo aviso a los asistentes lo cual ocasionó deserción en esas sesiones e incomodidad en los asistentes quienes de alguna manera se sintieron agredidos y que se les faltó al respeto.

Por otro lado una ventaja observada fue que los pacientes tenían mas comunicación con un solo profesor desde el inicio hasta el término del curso que con otros profesores y que como se mencionaba, de esta manera se favoreció una relación médico paciente en otro plano mas allá de la atención médica, es decir, se benefició una relación mas estrecha de confianza, responsabilidad y comunicación más allá de los problemas médicos.

4.1 Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar.

Los aspectos útiles encontrados en este trabajo son en general, que se puede constatar y resaltar que la educación para la salud es esencial en el abordaje terapéutico del paciente diabético y es importante a la vez ya que adquiere una mayor conciencia de su enfermedad y por consiguiente participa de manera más activa en el control de la misma, según se infiere por los resultados obtenidos.

De igual manera, se debe brindar un entrenamiento apropiado a los profesionales y al equipo de salud para que a su vez puedan ofrecer cuidados óptimos a los pacientes.

En base a lo anterior se considera importante continuar con la impartición de talleres de educación para diabéticos en la clínica, ya que es uno de los componentes esenciales para conseguir el objetivo de reducir las complicaciones que trae consigo, al proporcionarle las herramientas necesarias para manejar adecuadamente su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

El Médico Familiar dentro de sus funciones esenciales debe promover, planear, e implementar programas de educación en salud de acuerdo a las características propias de su comunidad, además de saber coordinar tales actividades como líder del equipo de salud y con apoyo del mismo.

Lo antes mencionado, nos hace reflexionar sobre la importancia del papel del Médico Familiar en el área educativa, ya que dentro de su perfil profesional se contemplan actividades tales como prevención y anticipación al riesgo, lo cual redundará en beneficio de la comunidad en la que se desempeña.

Por otro lado, el dar continuidad a la atención es uno de los principios que rigen al Médico Familiar; por lo que es de primordial importancia que los pacientes con diabetes mellitus a los que asiste, tengan un control periódico de su enfermedad tanto a través de su cita clínica continua como del control regular de sus glicemias; Además de este reforzamiento educativo constante que ayuda a disminuir el riesgo de abandono de su tratamiento y fracaso en el control de su glicemia que lo pueden llevar a aumentar complicaciones de manera temprana.

El Médico Familiar y personal de salud en general, deben ver en cada paciente que acuda a la clínica una oportunidad para dar asesoría o consejería desde el punto de vista de educación para la salud, favoreciendo así la disminución de complicaciones y costos en el control de su enfermedad, además de un mejoramiento en su calidad de vida.

5. Conclusiones:

Con base en la información generada en el presente estudio, se puede constatar que la Educación para la Salud es esencial en el abordaje terapéutico del diabético, así como también es importante el motivarlo para que adquiera un mayor protagonismo en el control de su enfermedad, es decir, concientizarlo de la importancia de su participación en el mantenimiento de su propia salud. Es aquí en donde los profesionales de la salud, y en particular el Médico Familiar se enfrenta a una importante tarea que es la de educar; siendo el objetivo de los programas educativos el enseñar a las personas a dirigir y planificar su propia vida, y a mantener y mejorar su salud, con la finalidad de disminuir los problemas derivados de la enfermedad tales como:

- Reducción del riesgo de complicaciones,
- Disminución de costos y
- Para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la diabetes.

Ahora bien, la metodología educativa por la que se optó en este trabajo de educación grupal, es la de Taller la cual promueve la participación activa de los asistentes y se basa en el intercambio de las diferentes ideas facilitando la producción grupal de conocimientos. Con esta forma de experiencia educativa es posible educar y constituye un espacio privilegiado para el desarrollo de los procesos de enseñanza-aprendizaje en diabetes.

Por otro lado, la impartición del taller educativo debe ser coordinada por personal de salud calificado, principalmente por el Médico Familiar en un ambiente de respeto y confianza lo cual es fundamental para fomentar la participación e interacción con el grupo de participantes lo cual facilite a su vez una relación médico-paciente más estrecha.

Consideramos que la educación para la salud es importante para que las personas con diabetes y sus familias, estén completamente como participantes activos en el control y tratamiento de la enfermedad; es aquí entonces, en donde el Médico Familiar, el equipo de salud y las autoridades correspondientes deben integrarse de manera más activa en tales programas educativos.

Se trata de una experiencia gratificante y enriquecedora.

Es importante continuar con la realización de estos Talleres Educativos en la clínica, revisándolos y en su caso modificándolos para ayudar a llevar con éxito la realización de los mismos, ya que esto redundará en una mayor aceptación y mejor involucramiento con la enfermedad y el tratamiento, y por consiguiente en una disminución de los problemas derivados de la diabetes y en un mejoramiento de la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad.

Con los resultados de esta experiencia, se puede mencionar que así como se realizó este taller educativo para pacientes diabéticos, quizá sea posible realizarlo con pacientes embarazadas, adolescentes, obesos, pacientes con hipertensión arterial o en climaterio; ya que esto puede contribuir a modificar hábitos y a adoptar medidas

tendientes a repercutir de manera favorable en el mantenimiento y la preservación de la salud de nuestra población, que como sabemos esto es parte del papel principal del médico familiar, es decir, anticipación al riesgo y continuidad de la atención.

Es preciso señalar, que cuando los médicos familiares se comprometan a dar este tipo de cursos, tienen que manifestar esa responsabilidad de iniciar y terminar, cumplir siempre con lo prometido, y ser un facilitador para la ayuda del paciente desde el punto de vista educativo. Se trata de ser un buen educador, ser honesto y fomentar la comunicación con el paciente generando confianza no en el terreno relación médico-paciente por una enfermedad sino en el terreno relación médico-paciente de la enfermedad en el área de la educación para la salud.

6. Referencias Bibliográficas.

1. Hernández Ávila M. y Olaíz Fernández C. La diabetes y el Mexicano: Un reto para la salud pública: Ciencia 2002; 53 (3): 9,10, 54.
2. Preguntas más usuales. Citado en Octubre 2003. (2 pantallas). Disponible en:
URL:<http://www.todoendiabetes.org>
3. Grupo Diabetes SAMFyC, Epidemiología. Citado en Diciembre 2002. (5 pantallas). Disponible en: URL:<http://www.cica.es/aliens/samfyc>
4. Diabetes, una pandemia en crecimiento. Citado en Diciembre 2002. (2 pantallas). Disponible en: URL:<http://www.buenasalud.com>.
5. Grupo Diabetes SAMFyC, Educación para la salud. Citado en Marzo 2000. (10 pantallas). Disponible en: URL:<http://www.cica.es/aliens/samfyc>
6. Prevención primaria de la D. Mellitus, una necesidad para el siglo XXI. Citado en Octubre 2002. (8 pantallas). Disponible en:
URL:<http://www.buenasalud.com>
7. Memoria Curso Educación Diabetología. Citado en Junio 2000. (17 pantallas). Disponible en: URL:<http://www.diabetesmemoriaecca.es>
8. Aprendiendo a educar. Acerca de una experiencia de talleres con diabéticos. Citado en Noviembre 2002. (6 pantallas). Disponible en:
URL:<http://www.femi.com.uy/revista.femi/revista.mayo/aprendiendo a educar.htm>
9. Enfermedades no transmisibles. Citado en Marzo 2000. (4 pantallas). Disponible en:
URL:<http://www.ops/enfermedadesnotransmisibles.diabetesmellitus.org>
10. Guía Mexicana de diabetes, 2da. Edición, Edición Roche, México 2002.

11. La diabetes y sus complicaciones. Citado en Julio 2001. (2 pantallas).
Disponible en: [URL:http://www.todoendiabetes.org](http://www.todoendiabetes.org)
12. Grupo Diabetes SAMFyC, Complicaciones agudas. Citado en Diciembre 2002. (9 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
13. Grupo Diabetes SAMFyC, Neuropatía Diabética. Citado en Diciembre 2000. (6 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
14. Grupo diabetes SAMFyC, Pie diabético. Citado en Diciembre 2000. (8 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
15. Educación sobre diabetes. Citado en Noviembre 1996. (24 pantallas).
Disponible en: [URL:http://www.ops/educaciónsobrediabetes.org](http://www.ops/educaciónsobrediabetes.org)
16. Declaración de las Américas sobre la diabetes. Citado en Noviembre 1999. (10 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.DOTA.org](http://www.DOTA.org)
17. Lineamientos para la prevención y control de la Diabetes Mellitus. Citado en Diciembre 2000. (19 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
18. Guía técnica para capacitar al paciente con Diabetes. Citado en Diciembre 2000. (6 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
19. Clubes de diabéticos; Guía técnica para su funcionamiento. Citado en – diciembre 2000. (4 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
20. Guía de capacitación para personas con Diabetes Mellitus. Citado en Diciembre 2000. (3 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
21. Grupo diabetes SAMFyC, Nefropatía diabética. Citado en Julio 2002. (4 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
22. Grupo diabetes SAMFyC, Oftalmopatía diabética. Citado en Diciembre 2000. (5 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)

23. Grupo diabetes SAMFyC, La boca. Citado en Diciembre 2000. Citado en Diciembre 2000. (6 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
24. Grupo Diabetes SAMFyC, La piel. Citado en Diciembre 2000. Citado en Diciembre 2000. (7 Pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
25. Grupo Diabetes SAMFyC, Enfermedad cardiovascular. Citado en Diciembre 2000. (4 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
26. De interés, Neuropatía diabética. Citado en Octubre 2001. (2 pantallas). Disponible en : [URL:http://www.todoendabetes.org](http://www.todoendabetes.org)
27. Glaucoma. Citado en Octubre de 2001. (3 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.todoendabetes.org](http://www.todoendabetes.org)
28. De interés, Diabetes y Familia. citado en Octubre 2001. (2 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.todoendabetes.org](http://www.todoendabetes.org)
29. Grupo Diabetes SAMFyC, Abordaje Familiar. Citado en Diciembre 2000. (3 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
30. Grupo Diabetes SAMFyC, Prevención. Citado en Diciembre 2000. (3 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)
31. Prevención. Citado en Marzo 2003. (1 pantalla). Disponible en: [URL:http://www.todoendabetes.org](http://www.todoendabetes.org)
32. NOM-015-SSA2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria, Mayo 1994, Secretaría de Salud.
33. Grupo Diabetes SAMFyC, Diabetes en el anciano. Citado en Diciembre 2000. (6 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.cica.es/aliens/samfyc](http://www.cica.es/aliens/samfyc)

34. Complicaciones de la Diabetes: Úlceras e Infecciones en los pies. Citado en Diciembre 2002. (2 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.buenasalud.com](http://www.buenasalud.com)
35. Durán González, L. El diabético optimista. Edit. Trillas, México, D.F. 1997. p.88-90.
36. Gran Diccionario de la Lengua Española. Editorial programa educativo visual 1996, p.161.
37. Morón Marchena, JA, La educación para la salud en el ámbito comunitario. Citado en Mayo 1995. (5 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.tecnologiaedo.us.es/revistaslibros/feria5.html](http://www.tecnologiaedo.us.es/revistaslibros/feria5.html)
38. Gallo VF, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SG, Foz GG, Granados Menéndez M, Lago Deibe F. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23(5):236-248.
39. Irigoyen CA, Gómez CF, Buendía PJ, Mazón RJ, Fernández OM, Amescua AR. Ciclo Vital de la Familia. En: Irigoyen CA, Fundamentos de Medicina Familiar. Edit. Medicina Familiar Mexicana, México 2000: p.27-29.
40. Irigoyen CA, Estructura Familiar. En: Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Edit. Medicina Familiar Mexicana, México 2002: p. 33-34.
41. Programa Nacional de Salud, 2001-2006. Secretaría de Salud 2000.
42. GAFIMF, Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar, 1ra. Edición, Edit Medicina Familiar Mexicana, México 2003.
43. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud. 1983.

44. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada En la 18va. Asamblea Medica Mundial en Helsinki, Finlandia 1964, enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo Escocia, Octubre del 2000.

Anexo 1

Variables del estudio

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toman las variables o códigos
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo del 1 al 26
II. Ficha de identificación			
1. Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
2. Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
3. Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1. Casado (a) 2. Soltero (a) 3. Viudo (a) 4. Divorciado (a) 5. Unión Libre 6. Separado (a)
4. Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Número total de años a partir de la primaria (no son válidos los años repetidos o reprobados)
5. Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Hogar (Ama de casa) 2. Desempleado (a) 3. Subempleado (a) 4. Obrero 5. Pensionado o Jubilado 6. Empleado 7. Técnica 8. Profesional 9. Comerciante
6. Número de integrantes de la familia	Cuantitativa	Discontinua	Valor del número de integrantes
6.1 Edad	Cuantitativa	Continua	Edad en años
6.2 Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
6.3 Parentesco	Cualitativa	Nominal	1. Madre 2. Padre 3. Abuelo 4. Abuela 5. Hijo 6. Hija 7. Tío 8. Tía 9. Primo 10. Prima
7. Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	1. Nuclear 2. Extensa 3. Extensa Compuesta
8. Etapa del ciclo vital	Cualitativa	Nominal	1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro o muerte

III. Cuestionario de taller de educación para diabéticos.			
1. ¿Por qué motivo decidió asistir al taller para diabéticos?	Cualitativa	Nominal	1. Para conocer más sobre la enfermedad 2. Para llevar un mejor control de la enfermedad 3. Por recomendación 4. Por curiosidad
2. ¿Mejoró el control de su enfermedad?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
3. ¿Cree usted tener más información de su enfermedad que antes del taller?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
4. ¿Tiene menos dudas acerca de su enfermedad que antes del taller?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
5. ¿Cómo ha repercutido en su relación con su familia?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
6. ¿Trabaja Usted?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
7. ¿Ha repercutido favorablemente en su rendimiento laboral?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
8. ¿El nivel de información que se le dio le dejó duda?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
9. ¿Esta satisfecho con el conocimiento obtenido en el taller?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
10. ¿Le gustaría se siguieran impartiendo estos talleres?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
11. ¿Cree usted que sea útil la realización de talleres de educación para la salud en pacientes diabéticos?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

Anexo 2

Diseño de la base de datos.

Nombre de la variable	Tipo	Ancho de columna		Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición
1. Folio	N	3	0	Número de folio	Números consecutivos	S
II. FICHA DE IDENTIFICACION						
P1S2	N	3	0	Edad	Números enteros	S
P2S2	N	3	0	Sexo	1. Femenino 2. Masculino	N
P3S2	N	3	0	Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre 6. Separado	N
P4S2	N	3	0	Escolaridad	Número total en años a partir de la primaria	S
P5S2	N	3	0	Ocupación	1. Hogar(Ama de casa) 2. Desempleado 3. Subempleado 4. Obrera 5. Pensionado o jubilado 6. Empleado 7. Técnico 8. Profesional 9. Comerciante	N
P6S2	N	3	0	Número de integrantes de la familia	Valor del número de integrantes	O
P7S2	N	3	0	Tipo de familia	1. Nuclear 2. Extensa 3. Extensa compuesta	N
P8S2	N	3	0	Etapas del ciclo vital de la familia	1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro o Muerte	N
III. CUESTIONARIO DE TALLER DE EDUCACION PARA DIABETICOS						
P1S3	N	3	0	¿Por qué motivo decidió asistir al taller para diabéticos?	5. Para conocer más sobre la enfermedad 6. Para llevar un mejor control de la enfermedad 7. Por recomendación 8. Por curiosidad	N
P2S3	N	3	0	¿Mejoró el control de su enfermedad?	1. Sí 2. No	N

P3S3	N	3	0	¿Cree Usted tener más información de su enfermedad que antes del taller?	1. Si 2. No	N
P4S3	N	3	0	¿Tiene menos dudas acerca de su enfermedad que antes del taller?	1. Si 2. No	N
P5S3	N	3	0	¿Ha repercutido favorablemente en su relación con su familia?	1. Si 2. No	N
P6S3	N	3	0	¿Trabaja Usted?	1. Si 2. No	N
P7S3	N	3	0	¿Ha repercutido favorablemente en su rendimiento laboral?	1. Si 2. No	N
P8S3	N	3	0	¿El nivel de información que se le dio le dejó duda?	1. Si 2. No	N
P9S3	N	3	0	¿Esta satisfecho con el conocimiento obtenido en el taller?	1. Si 2. No	N
P10S3	N	3	0	¿Le gustaría se siguieran impartiendo estos talleres?	1. Si 2. No	N
P11S3	N	3	0	¿Cree Usted que sea útil la realización de talleres de educación para la salud en pacientes diabéticos?	1. Si 2. No	N

Anexo 3

Cronograma

Etapa/actividad	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03
Etapa de planeación del proyecto	X	X	X	X													
	X	X	X	X													
Marco teórico			X	X	X	X											
			X	X	X	X											
Material y métodos						X											
						X											
Registro y autorización del proyecto						X											
						X											
Prueba piloto																	
Etapa de ejecución del proyecto							X	X									
							X	X									
Recolección de datos													X	X			
													X	X			
Almacenamiento de datos														X			
														X			
Análisis de los datos															X	X	
															X	X	
Descripción de los resultados															X	X	
															X	X	
Discusión de los resultados																	
Conclusiones del estudio																X	
																X	
Integración y revisión final																X	
																X	
Reporte final																	X
																	X
Autorizaciones																	X
																	X
Impresión de trabajo final																	X
																	X
Solicitud de examen de tesis																	X
																	X

Anexo 4**1. Consentimiento Participativo Voluntario.**

Consentimiento para participar en la encuesta referente al taller de educación para pacientes diabéticos impartido en esta clínica.

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información acerca de la utilidad de un taller educativo para pacientes diabéticos.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera **voluntaria**.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herida(o), lastimada(o) o agredida(o) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona ésta Unidad Médica.

Este cuestionario consta de 10 preguntas y se contesta en aproximadamente 15 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si _____ No _____

Muchas gracias por su participación.

2. Ficha de Identificación.

1.- Edad _____ 2.-Sexo _____ 3.-Estado civil: C S V D UL S 4.-Escolaridad _____
5.- Ocupación _____

6.¿Cuántas personas en total viven en su casa? _____

Sexo										
Edad										
Parentesco										

7.-Estructura de la familia: Nuclear Extensa Extensa-compuesta

8.-Etapa del ciclo vital: Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro o muerte

3.- Cuestionario del Taller de Educación para pacientes diabéticos

1.-¿Por qué motivo decidió asistir al taller para diabéticos?

2.- ¿Mejoró el control de su enfermedad?

SI _____ NO _____

3. ¿Cree Usted tener más información de su enfermedad que antes del taller?

SI _____ NO _____

4.- ¿Tiene menos dudas acerca de su enfermedad que antes del taller?

SI _____ NO _____

5.- ¿Ha repercutido favorablemente en su relación con su familia?

SI _____ NO _____

6.- ¿Trabaja usted?

SI _____ NO _____

7.- ¿Ha repercutido favorablemente en su rendimiento laboral?

SI _____ NO _____

8.- ¿El nivel de información que se le dio le dejó duda?

SI _____ NO _____

9.- ¿Está satisfecho con el conocimiento obtenido en el taller?

SI _____ NO _____

10.- ¿Le gustaría se siguieran impartiendo estos talleres?

SI _____ NO _____

11.- ¿Cree Usted que sea útil la realización de talleres de educación para la salud en pacientes diabéticos?

SI _____ NO _____