



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

***“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER
HABILIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2”***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A

GRACIELA TESORO CRUZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LUZ MARIA FLORES HERRERA

MÉXICO, D.F. JULIO 2010



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.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme abierto nuevamente las puertas de la Escuela Nacional de Trabajo Social y continuar creciendo en ella profesionalmente.

Así también a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y en particular a la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza por haberme brindado el tiempo necesario para llevar a cabo mis estudios.

Agradezco su confianza, cariño y comprensión
a quién siempre ha estado a mi lado

Maximo

Mis tres motivos que me impulsan para emprender
nuevos retos en la vida, mis hijos

Graciela, Daniel y Samuel

A mis padres, quienes siempre me han impulsado
a ser una mejor persona.

Lucía y Emiliano⁺

A mis hermanos por creer en mí, y brindarme su apoyo.

Marco Antonio, Emiliano, Laura y David

A la Directora de Tesis:

Agradezco a la Dra. Luz María Flores Herrera su profesionalismo con el cual me guió, su valioso tiempo que dedico en mí y muy especialmente por esa calidad humana que la caracteriza.

Al Jurado Revisor de la Tesis:

Dr. José Marcos Bustos Aguayo
Dra. Georgina Ortiz Hernández
Dr. José de Jesús Silva Bautista
Dr. Isaías Hernández Torres

Por sus observaciones pertinentes para fortalecer la presente tesis.

GRACIAS

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
PROBLEMÁTICA.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	9
1. EL TRABAJO SOCIAL Y LA DIABETES MELLITUS.....	14
1.1. La intervención en Trabajo Social.....	15
1.2. Actividades y Funciones del Trabajador Social en el grupo.....	18
1.3. Abordaje Interdisciplinario.....	22
2. QUE ES DIABETES MELLITUS.....	25
2.1. Definición.....	26
2.2. Antecedentes.....	27
2.2.1. Estudios de Evaluación.....	27
2.2.2. Estudios de Intervención.....	31
3. AUTOCUIDADO.....	34
3.1. Concepto de Autocuidado.....	35
3.2. Aspectos del Autocuidado.....	38
3.3. Programa de Intervención.....	41
4. METODOLOGÍA.....	45
Pregunta de investigación.....	46
Objetivos.....	46
Hipótesis.....	47
Variables.....	47
Estrategia de investigación.....	48
Método.....	52

5. RESULTADOS.....	55
5.1. Validación y consistencia del instrumento.....	56
5.1.1. Resumen del análisis factorial y de consistencia interna aplicado a la escala de Autocuidado en pacientes diabéticos.....	60
5.2. Análisis descriptivo.....	61
5.2.1. Descripción de las variables sociodemográficas.	61
5.2.2. Descripción de reactivos del instrumento del estudio I.....	65
5.3. Análisis de varianza.....	72
5.3.1. Análisis de varianza del Programa de Intervención	72
5.3.2. Habilidad determinada por la intervención	73
5.3.3. Análisis del Programa como determinante entre los diferentes grupos (con intervención; sin intervención; sanos), en lo que se refiere a las habilidades.....	74
5.3.4. Análisis de los determinantes de la intervención y factores sociodemográficos en la conducta de autocuidado.....	76
6. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	88
 ANEXOS.....	 100
 REFERENCIAS.....	 105

RESUMEN

RESUMEN

México presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles, como lo es la Diabetes Mellitus. Su prevalencia va en aumento, y ha llegado a ser la primera causa de muerte. La Diabetes Mellitus tipo 2 es un padecimiento ya considerado como un problema de Salud Pública que ha afectado a la población a nivel mundial, debido a esto, ha sido estudiada desde diferentes áreas y niveles del conocimiento.

En la literatura existente se ha encontrado mayor número de investigaciones abordadas desde el nivel de evaluación que las abordadas a nivel de la intervención. Por lo que se retomará la intervención, siendo el objetivo del presente estudio implementar un programa de intervención denominado “Cuidando tu salud”, donde el Trabajador Social junto con el equipo interdisciplinario (Enfermera, Médico, Nutrióloga, Psicóloga) promueva habilidades de autocuidado de la salud de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Se planteo como estrategia de investigación dos estudios:

Estudio I. Elaboración del instrumento para evaluar el autocuidado de la salud.

Estudio 2. Diseño e implementación del programa de intervención.

Método: La muestra se conformo por 65 personas: a) 25 Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el programa de intervención “Cuidando tu salud”. Se les aplico el instrumento pretest y postest. b) 15 Pacientes diabéticos que no se les aplico el programa de intervención, únicamente se les aplico el instrumento pretest y postest y 25 pacientes sanos, solo una vez se les aplico el instrumento. El programa de intervención se llevó a cabo en un del Centro de Salud, ubicado en la zona oriente de la ciudad de México.

Elaboración y validación del instrumento con escala Likert. Éste consto de 14 reactivos conformados en una estructura de cuatro factores, siendo éstos las cuatro habilidades de autocuidado: conocimiento de la enfermedad, alimentación, actividad física y bienestar subjetivo. Posteriormente, se efectuó el análisis de Alpha de Cronbach de la escala (.853).

El análisis de datos o resultados se realizó mediante el paquete SPSS (versión 14), aplicando estadísticos de regresión lineal ("F"), prueba "t" de Student y comparaciones múltiples de Tukey y Durbin Watson.

En conclusión, los hallazgos obtenidos en este estudio, muestran la importancia que tiene el desarrollar de forma integral las cuatro habilidades de autocuidado en los pacientes diabéticos, y no en forma aislada (García, et al., 2004, Rodríguez, 2007). Desarrollar el programa de intervención (Olaiz, 2007), permitió al paciente reconocer y visualizar de forma integral su padecimiento; así como, activar en él nuevas habilidades que deben adquirir para mantener el balance de su salud y su calidad de vida, por lo que su control no solo requiere de la toma de medicamentos (Oviedo, 2001; Goday, 2002), sino de la modificación de un conjunto de conductas o habilidades como son: la realización de la actividad física (García, et al., 2004; Rodríguez, 2007), el apego a la dieta (NOM 15, 1994) y el cuidado general de la salud para evitar las complicaciones (López, 2006).

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo 2.

Autocuidado.

Programa de Intervención.

PROBLEMÁTICA

PROBLEMÁTICA

Los datos de la Federación Internacional de la Diabetes (FID, 2009), muestran que hay 285 millones de personas en todo el mundo que viven con diabetes (4 de cada 5 están en países en desarrollo). La FID predice que, el número total excederá los 435 millones en 2030 si el actual ritmo continúa creciendo libremente. La diabetes matará a cuatro millones de personas el próximo año, más que el VIH/SIDA y la malaria juntos (IDF, 2009).

La diabetes se ha convertido en una cuestión del desarrollo que amenaza a la prosperidad sanitaria y económica en países de renta medio-baja. La FID predice que la diabetes costará a la economía mundial al menos 376 billones de US \$ en 2010, o 11.6% del total del gasto sanitario mundial. Para el 2030, este número se proyectará superando los 490 billones de US \$. Más del 80% del gasto en diabetes se sitúa en los países más ricos del mundo y no en los países más pobres, donde más del 70% de las personas con diabetes viven en la actualidad (IDF, 2009).

En México, desde hace algunas décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles, como la diabetes mellitus. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. Estos han modificado el cuadro de principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. El 14% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 75% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes (27.6 %), enfermedades isquémicas del corazón (21.5 %), enfermedades cerebro-vasculares (11.2 %), cáncer (9.6 %), y enfermedades hipertensivas (5.1 %) (Sría. De Salud, 2007).

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal. Además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera.

En el nivel nacional, entre 2001 y 2005, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa pasó de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres. A diferencia de los rezagos en salud, que afectan exclusivamente a los pobres (infecciones comunes, desnutrición, problemas reproductivos), la diabetes se presenta por igual en toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico.

Los estados que muestran los niveles más altos de mortalidad por esta causa son Coahuila y Guanajuato en mujeres, y Guanajuato y el Distrito Federal en hombres. Todas las entidades federativas, sin embargo, han mostrado incrementos en la mortalidad por esta causa en los últimos años. Los incrementos más importantes entre 2000 y 2005, superiores a 30%, se presentaron en Campeche, Guanajuato y Nuevo León (Sría. De Salud, 2007).

De acuerdo a los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), la relación que guardan la presencia de diabetes mellitus y el nivel de escolaridad es inversamente proporcional, es decir, se presenta con mayor frecuencia en los grupos con menor escolaridad. Mientras que para los sujetos que contaban con secundaria o con un mayor nivel escolar la prevalencia fue menor a 5% para aquellos que contaban únicamente con educación preescolar o de primaria, se duplicó, y para los que no contaban con ningún nivel escolar, la prevalencia se triplicó (Olaiz, 2003).

La mortalidad, aunque es un indicador muy útil, tiene el inconveniente de que no incorpora todos los daños a la salud que se producen en una sociedad. Es por eso que se han diseñado

otros indicadores que contabilizan los años saludables de vida que se pierden tanto por muerte prematura como por consecuencia de una discapacidad. El indicador más comúnmente utilizado es el de años de vida saludable (AVISA) perdidos. Este indicador tiene la gran virtud de que permite medir los daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte.

Los padecimientos que mayores pérdidas de AVISA producen en mujeres son la depresión unipolar y la diabetes, ocupando el segundo lugar. En los hombres son la cirrosis, el consumo de alcohol, y los accidentes y lesiones. La diabetes ocupa el sexto lugar (Sría. De salud, 2007).

El control de esta enfermedad es difícil tanto para los proveedores de servicios como para los pacientes. La medicación, las inyecciones de insulina y el monitoreo de la glucemia son complejos y molestos; los gastos asociados a la enfermedad no son despreciables, y el apoyo familiar y social que requieren estos enfermos son considerables. Las principales estrategias de control de esta enfermedad son la detección de casos, la promoción de la actividad física, el control de peso y el monitoreo de la calidad del tratamiento. Los resultados, sin embargo, dejan mucho que desear. Las cifras disponibles sobre cobertura efectiva del tratamiento de este padecimiento son inferiores a 40% en la gran mayoría de las entidades federativas, y la mortalidad, lejos de disminuir, se ha incrementado de 53 a 63 por 100 mil habitantes en los últimos cuatro años (López, 2006).

Se conoce que la neuropatía se presenta en el 50% de los casos y que ésta aumenta con la duración y el grado de descontrol metabólico, se estima que entre un 60 y 70% de los diabéticos tiene un daño moderado o severo. El pie diabético es de las principales causas de hospitalización y el 70% de estos casos termina en amputación. La diabetes es responsable del 60% de los individuos con insuficiencia renal terminal, seguida de la hipertensión arterial.

Considerando la cifra reportada, en el 2000 por la ENSA para diabetes y señalando que el 30% presenta un problema renal, se estima que aproximadamente dos millones de estas personas desarrollarán nefropatía y 300,000 terminarán en insuficiencia renal terminal. La diabetes se ve asociada también con alteraciones macrovasculares que pueden clasificarse como enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y claudicación vascular intermitente, la complicación crónica más frecuente es la enfermedad cardiovascular arteroesclerosa,

incluyendo la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la vascular periférica, siendo ésta la primera causa de muerte en diabéticos (SAM, 2000) .

El tratamiento integral previene la aparición de complicaciones. De hecho, hay evidencias que indican que en la falta de adherencia al tratamiento está el origen del carácter crónico de esta enfermedad. En los países desarrollados la adherencia al tratamiento es de 50% contra 25% en los países con menor desarrollo.

Por ello es necesario modificar las estrategias de control de esta enfermedad para incluir la alfabetización en diabetes, que comprende la realización de actividad física, la alimentación de acuerdo a las características individuales de los enfermos, el control de peso y el autocuidado de la salud (Sría.de Salud, 2007).

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACION

A partir de la década de los 60 la diabetes se ubica dentro de las primeras veinte causas de mortalidad general y desde hace dos décadas dentro de las primeras diez (tabla 1). En el año 2000 ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad, manteniéndose así hasta el 2003 con 59,912 defunciones, con una tasa de 56.8 por 100,000 habitantes, registrando un mayor número de defunciones que las generadas por cardiopatía isquémica (Anuario, 1995; Bases mortalidad, 2000); sin embargo para el 2004** ocupa el 2° lugar con 62, 243 defunciones y una tasa de 59.1.

Tabla 1. Ubicación de la diabetes dentro de la mortalidad general.

*México 1960-2004***

AÑO	TASA*	LUGAR
1960	7.9	19°
1970	16.9	15°
1980	21.8	9°
1990	31.7	4°
1995	36.4	3°
2004	59.1	2°

- Tasa por 100,000 habitantes
- Fuente: Anuarios de Mortalidad/SEED/DGE/SSA/INEGI/1960-2000
- Información preliminar/ SEED/ INEGI/ DGE/ SSA

En México, desde la creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) en 1995, se estableció el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) que sistematiza la información de morbilidad y mortalidad, con

participación de todo el sector. Con el establecimiento del SUIVE, se homogenizaron los criterios, formatos y procedimientos de notificación en las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Programa de Acción "Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica" tiene cinco componentes:

1. Notificación semanal de casos nuevos de enfermedades (SUAVE).
2. Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).
3. Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).
4. Sistemas Especiales.
5. Sistema Único de Información de Laboratorio (SUILAB).

Todos ellos se complementan entre sí. (SINAVE, 2005).

Por lo tanto, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica registra la morbilidad que causa la diabetes dentro del Sistema Único de Información Epidemiológica (SUIVE), que incluye la notificación de los dos principales tipos: la Diabetes insulino dependiente (CIE10 E10) y la Diabetes Mellitus (CIE10 E11-E14); la mortalidad es registrada y analizada a través del Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED). Estos sistemas permiten ubicar a esta enfermedad como uno de los problemas prioritarios en la salud pública del país (OPS, 1995).

Por consiguiente, en el Distrito Federal los casos de diabetes Mellitus se han ido incrementando considerablemente, a tal grado que, ya es una prioridad su atención. En la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, depende de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal durante el año 2007, se detectaron y diagnosticaron a 415 pacientes como diabéticos tipo 2, siendo 265 mujeres y 150 hombres; así también se diagnosticaron a 3 pacientes tipo 1, siendo 1 mujer y dos hombres (véase tabla 2).

Tabla 2. Diabetes tipo 1 y 2 en la población. Muestra que durante 2007 la incidencia mayor fue la Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres.

Diabetes Mellitus	Mujeres	Hombres	Total
T-1	1	2	3
T-2	265	150	415
TOTAL	266	152	418

Entre el grupo de 10 a 14 años de edad se encuentre 1 paciente; de 15 a 19 años de edad se encuentran 2 pacientes; 20 a 24 años de edad, se encuentran 2 pacientes; de 25 a 44 años de edad, se encuentran 113 pacientes; de 45 a 49 años de edad, 57 pacientes; de 50 a 59 años de edad, existen 108 pacientes; de 60 a 64 años de edad, hay 39 paciente y de 65 años y más, se diagnosticaron a 96 pacientes diabéticos (SUIVE, 2007. Véase tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la Diabetes según la edad. Muestra que existe mayor ocurrencia en el rango de edad entre 25-60 años.

Diabetes Mellitus	Edad	Mujer	Hombre	Total
T-1	10-14	1		1
	15-19		2	2
T-2	20-24	2		2
	25-44	69	44	113
	45-49	34	23	57
	50-59	64	44	108
	60-64	27	12	39
	65 y más	69	27	96
TOTAL		266	152	418

En conclusión, a nivel de la Jurisdiccional Sanitaria Venustiano Carranza se atendieron a 1985 pacientes en tratamiento más los 418 casos detectados e ingresados, sumando un total de 2403 pacientes diabéticos atendidos durante el año de 2007. La Jurisdicción Sanitaria, como unidad de atención médica de primer nivel, tiene el compromiso con respecto a la Diabetes Mellitus tipo 2, de llevar a cabo la promoción, prevención, atención, control y tratamiento médico; por tanto, se debe de ahondar más en la problemática de la diabetes mellitus e incidir sobre todo en la prevención y medidas de autocuidado de pacientes con factores de riesgo, así también como para quien ya la padecen y pueda retardar las complicaciones propias de la enfermedad.

CAPÍTULO 1

EL TRABAJO SOCIAL Y

LA DIABETES MELLITUS

EL TRABAJO SOCIAL Y LA DIABETES MELLITUS

1.1. La intervención en Trabajo Social

La relación personal es el principal instrumento de la intervención en Trabajo Social con individuos y/o familias. Tiene lugar a través de una interacción personal, pues debe tenerse en cuenta que, tanto el profesional como el cliente, poseen una serie de valores, creencias, expectativas e intereses que interactúan entre sí.

Los términos tratamiento e intervención son utilizados, frecuentemente, en Trabajo Social para definir y expresar un mismo aspecto de la actividad profesional. El término tratamiento procede de las primeras épocas, cuando se adoptó esta terminología procedente del campo de la medicina, con el fin de distinguirla de la ayuda espontánea o intuitiva. El término intervención se incorporó con la adopción del Método Básico de Trabajo Social.

En la actualidad, se utiliza el concepto de intervención por una serie de factores que son señalados por Johnson (1992):

1. El uso de nuevas conceptualizaciones de la psicología del ego y del funcionamiento social hizo surgir interrogantes en relación con la utilización del modelo médico en Trabajo Social, donde diagnóstico y tratamiento tienen fuertes connotaciones de la medicina y la enfermedad.
2. Con el fin de encontrar elementos comunes en la teoría y práctica del casework, del Trabajo Social con grupo y comunidad, fue preciso revisar la terminología profesional, pues en el Trabajo Social con grupos y comunidad no puede utilizarse el término tratamiento, lo que llevó a la búsqueda de unidad entre diferentes niveles de la práctica profesional y el empleo de conceptos comunes.
3. La creciente diversidad de las modalidades de práctica, muchas de las cuales rechazan el modelo médico. Además el concepto de intervención es utilizado en muchas profesiones de ayuda, por tanto es más propio de estas disciplinas que el término tratamiento que conserva un sentido médico.

4. El auge en la utilización de la Teoría de Sistemas en las Ciencias Sociales, donde aparece el concepto de Intervención.

La intervención en Trabajo Social puede contemplarse desde varias perspectivas, todas ellas complementarias (Johnson, 1992):

1. El Trabajo Social como una respuesta a los conflictos de necesidades.
2. El Trabajo Social como un proceso para resolver problemas.
3. El Trabajo Social como participación en las relaciones transaccionales.

El análisis de las dos últimas perspectivas nos permite contemplar la intervención profesional del trabajador social como la acción específica realizada por aquél en relación con las transacciones de los sistemas humanos y los procesos mediante los cuales se producen cambios. El término transacción alude a una interacción global, nunca unilateral entre los sistemas, de forma que el cambio que se produce en uno de ellos afecta y es afectado por los que se producen en todos los demás. De esta forma concebida la intervención se centra en roles, relaciones e interacciones más que en aspectos intrapersonales de la vida de los clientes, posibilitando contemplar los factores relacionados con el ambiente y la importancia que tienen en sus vidas. Los cambios pueden producirse en los procesos vitales, en las relaciones, en los procesos de comunicación, en la toma de decisiones, etc.

Por otro parte, se sabe que la intervención es un enfoque eminentemente aplicado de las ciencias sociales, en general, que describe los fenómenos y actúa sobre ellos. La intervención tiene la finalidad de mejora, en cuanto están destinadas a encontrar soluciones a problemas, promover innovaciones, optimizar o perfeccionar situaciones, etc., por lo que esta sería la finalidad de los proyectos de intervención (González, Cabrera, 2006).

La intervención profesional no trata actos espontáneos ni azarosos, exige determinadas competencias. Éstas no implican sólo las técnico-operativas, sino que incluyen competencias teóricas, que fundamenten las acciones instrumentales, y ético-políticas, que permitan discernir acerca de la dimensión finalista de toda acción. La intervención

se manifiesta a través de sus resultados o productos, pero se define esencialmente por el proceso de trabajo y la finalidad (Eroles, 2005).

La metodología de intervención en Trabajo Social, según M. Rozas Pagaza (1998), es un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención, pero, fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social con el contexto; una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional.

Distinguimos una intervención directa cuando la comunicación e interacción produce efectos inmediatos sobre los sujetos destinatarios, siendo indirecta cuando dicha direccionalidad apuesta a otras personas o ambientes que actúan como factores o espacios mediadores. En el caso de Trabajo Social existe consenso en agrupar como intervenciones directas las acciones de clarificar, apoyar, informar, asistir, asesorar, persuadir, influir, controlar, poner en relación, crear oportunidades, y como intervenciones indirectas las de organizar, planificar, programar, evaluar, sistematizar, coordinar, gestionar, interactuar con el entorno del asistido, etc. (De Robertis, 1988).

Nelia Tello (2008), define a Trabajo Social como una “disciplina de las ciencias sociales que tiene por objeto de estudio la intervención social con sujetos concretos - individuales o colectivos- que tienen un problema o una carencia social en un momento determinado. Su acción deviene de lo social y recae en lo social, precisamente en el punto de intersección que genera la relación sujeto, problema, contexto. La intervención de trabajo social es una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objeto desencadenar procesos de cambio social. La participación del sujeto es indispensable, para hablar de una acción de trabajo social”.

La intervención es un proceso intencional, tiene un inicio y un fin, acontece en un punto dado del presente, pero tiene un pasado que constituyó a la situación problema en la que tiene lugar la acción y tiene un futuro en el que esa situación problema habrá sido modificada en relación a la tendencia que llevaba. La intervención es una acción

racional que irrumpe, que se impone y rompe con el acontecer dado, lo modifica y hace la diferencia (Tello, 2008).

La intervención profesional del trabajador social, de acuerdo a una clasificación más operativa es la realizada por Gisela Konopka (1968), que establece la diferenciación entre **“grupos orientados para el crecimiento”** y **“grupos orientados para la acción social”** y que equivalen a los **“grupos centrados en sí mismos y grupos centrados en la tarea”** que nos señalan De Robertis y Pascal (1994). Así también, estos grupos centrados en sí mismos son denominados como grupos de apoyo (Gracia, 1997), ó grupos operativos-terapéuticos (Tschorne, 1993). Esta división implica modos de intervención distintos en la medida de que en los primeros lo fundamental es la persona, la posibilidad que ofrece el marco grupal para mejorar el funcionamiento social individual, por lo contrario en los segundos, es decir, en los grupos centrados en la tarea, los objetivos están orientados prioritariamente hacia la consecución de metas que van mas allá del desarrollo personal y que tienen una proyección fuera del propio grupo. Estos últimos grupos, tienen especial importancia en el trabajo para la comunidad.

En cualquier caso en preciso poner de relieve que la intervención profesional siempre se justifica por la presencia de un problema o dificultad, es decir el trabajador social actúa en la medida en que el grupo lo necesita o que el individuo presenta unas peculiaridades, unas carencias, una problemática que ha de abordarse a través del grupo.

El trabajador social forma grupos con personas que comparten una misma problemática que no puede ser abordada individualmente, es decir que el proceso de ayuda ha de tener como elemento esencial a la comunicación entre iguales. Ello supone que el trabajador social ha realizado un estudio pormenorizado de la situación de las personas y ha concluido que estas presentan disfunciones en su relación con los demás, problemas de comunicación, de soledad, de inseguridad frente al otro, o están viviendo una situación que necesita ser compartida, para su real aceptación con otras personas que también la viven.

Se puede comenzar estos grupos realizando un planteamiento explícito de su finalidad y objetivos, pero también puede ocurrir que se creen inicialmente en base a la actividad lúdica o recreativa con objetivos de tratamiento o prevención, de forma que, claramente, la actividad es solo un instrumento alrededor del que se articulan los auténticos objetivos profesionales.

1.2. Actividades y Funciones del Trabajador Social en el grupo.

De acuerdo, a los esquemas planteados por Patricia Tschorne (1993) y Natalio Kisnerman (1983), se concreta las funciones que ha de desarrollar el trabajador social a través de las diferentes fases de la vida del grupo, siendo las siguientes:

1. Formación del grupo:

Las actividades y funciones del Trabajador Social son:

- Establecer un adecuado perfil de los participantes y del tipo de problema que va a ser abordado.
- Estudio pormenorizado de las personas, estableciendo claramente que presentan una problemática o viven una situación que requiere el nivel grupal y concretamente la utilización de los aspectos positivos de la comunicación entre iguales.
- Hablar con cada uno de los posibles participantes, haciéndoles conocer el diagnóstico inicial que se ha formulado y el planteamiento grupal para abordarlo.
- Realización de una reunión con todos los posibles participantes en la que se presenta el proyecto, ya conocido individualmente, facilitando que expresen dudas, amplíen la información, etc. Esta reunión permite que las personas maduren su opinión y decidan si desean participar o no en lo que se les propone.

2. Etapa de expectación

Comprende las primeras reuniones en las que los miembros del grupo aprenden a conocerse y comienzan a identificarse entre ellos. Durante ellas aparecen un cúmulo de sentimientos frente a la experiencia grupal, siendo el predominante el de espera expectante, asimismo están presentes muchos mecanismos de defensa. Por todo ello estas primeras reuniones son especialmente importantes ya que su adecuada marcha podrá asegurar la realización del proceso.

El papel del Trabajador Social se concreta en:

- Se presenta y da a conocer su papel como coordinador del grupo.
- Invita a los miembros del grupo a presentarse.
- Invita a las personas participantes a exponer sus objetivos y expectativas al acudir al grupo, y ayuda a que se conviertan en objetivos grupales aceptados por todos.
- Ayuda al grupo a formular las tareas que cree que debe abordar para conseguir los objetivos formulados.
- Colabora con el grupo para establecer normas de funcionamiento.
- Fija claramente el final de la vida del grupo.

Es importante que en esta fase se cree un clima adecuado, agradable y de confianza de forma que ninguno de los participantes se sienta tenso o molesto. De igual manera, es fundamental que tengan claros los objetivos grupales que persiguen y lo que va a hacer para intentar alcanzarlos, de forma que se inicie la cohesión grupal.

3. Etapa de estructuración

El grupo va adquiriendo unos mecanismos de comunicación precisos, unas reglas de funcionamiento y unos modos de relación que le dan una identidad concreta. Las tareas fundamentales del Trabajador Social son:

- Evitar la formación de bloques polarizados.

- Dar la oportunidad de que todos participen, evitando las descalificaciones y resaltando la importancia de que todos puedan decir lo que piensan o sienten sabiendo que por ello no se les va a juzgar.
- Ayudar al grupo a afrontar y resolver conflictos.

4. Etapa de integración o de autonomía.

En esta etapa el grupo adquiere madurez, asume totalmente la realidad grupal, se identifica con el “nosotros” y valora lo que está realizando. Las funciones más destacadas del trabajador social en esta etapa son:

- Alentar y contribuir a la autonomía grupal.
- Ayudar a que sean realidad:

A: La comunicación adecuada, lo que supone que la comunicación cumple los siguientes objetivos:

1. Satisfacción de necesidades afectivas básicas.
2. Expresión de sentimientos y pensamientos de cada uno de los miembros del grupo sin dificultad.
3. Todas las personas del grupo que han de sentirse valiosas, aceptadas y comprendidas.

B: La corresponsabilidad para alcanzar las metas propuestas, trabajando más sobre la realidad, aprendiendo a conocer y aceptar los límites del grupo.

5. Etapa de disolución del grupo.

El trabajador social ayuda al grupo a evaluar la experiencia grupal y despedirse adecuadamente. Ello implica lo siguiente:

- Ayudar a cortar vínculos con el grupo, estimulando la incorporación a otros grupos sociales presentes en la comunidad.
- Permitir y estimular la evaluación de cada persona y del grupo.

- Facilitar la clarificación de aspectos pendientes.
- Evaluar todo el proceso realizando el informe final oportuno, basándose en los informes hechos para cada sesión grupal.

Además de todas las actividades y funciones genéricas que un trabajador social ha de realizar para cada sesión, de forma que tendríamos lo siguiente:

1: Antes de cada sesión el grupo.

- Prepararla adecuadamente con un diseño específico de la misma, estableciendo claramente el objetivo, el objeto, las técnicas, etc.
- Convocar a todos los participantes con la suficiente antelación.

2: Durante la sesión.

- Comenzar haciendo un recordatorio de lo tratado y concluido en la sesión anterior.
- Presentar los objetivos y el tema a tratar en la reunión que se celebra, especificando las tareas que se van a realizar.
- Explicar las técnicas que se van a utilizar, aplicando siempre aquellas que estimulen la participación.
- Realizar las funciones adecuadas como dinamizador y como facilitador de la cohesión grupal, evitando los factores inhibidores por escases de intervención o por exceso de la misma lo que supone según Tschorne (1993).

A. : Iniciar nuevas ideas sólo cuando sea necesario.

B. : Buscar y dar la información que el grupo precisa.

C. : Elaborar las ideas cuando el grupo lo necesite.

D. : Coordinar, armonizar.

E. : Orientar

F. Ayudar a que el grupo evalúe cuando se considere necesario para su progreso.

G. : Estimular, alentar la participación

3. Después de la sesión.

- Hacer un informe de la misma y un registro individual de cada uno de los participantes lo que permitirá una evaluación y orientación para posteriores sesiones.

1.3. Abordaje Interdisciplinario

De acuerdo con lo planteado sobre “la intervención de grupos centrados en sí mismos” y de las “fases de la vida del grupo” antes mencionadas, se pretende, trabajar un proyecto de intervención en el área de la salud, con un grupo de pacientes que padecen de Diabetes Mellitus tipo 2. Es fundamental el abordaje interdisciplinario, debido a la complejidad de la enfermedad. En dicha intervención se buscará como objetivo primordial, el promover habilidades de autocuidado de la salud para prevenir complicaciones propias de la enfermedad, a corto plazo.

En cuanto al equipo profesional, hay que observarlo partiendo de la idea de que el trabajo en equipo es una necesidad y el equipo, un instrumento para el logro de objetivos ante la complejidad de los problemas y situaciones sociales que se confrontan en la sociedad actual. La ubicación profesional del trabajador social y del equipo profesional debe ser conocida, definida y limitada en la institución y en el equipo humano que la compone, pues determinará la naturaleza específica y el apoyo que podremos recibir en el trabajo.

Mediante el trabajo en equipo se toman mejores decisiones, ya que cada miembro aporta sus informaciones, contenidos, competencias, perfiles profesionales y estrategias personales que enriquecen al conjunto, facilitando la solución de los problemas y la toma de decisiones. El trabajo en equipo no es fácil; se precisa cierto aprendizaje de roles, hábitos, capacidades y, sobre todo, una actitud flexible ante las opiniones, críticas y comentarios de sus miembros (Martín, 2003).

Se puede definir al equipo interdisciplinario como el grupo de profesionales especializados que comparten conocimientos y estrategias en torno a un objetivo

común e interactúan con responsabilidad desde las diferentes perspectivas profesionales para intervenir y transformar la realidad social (Martín, 2003).

Trabajo Social se caracteriza por su globalidad y su carácter interdisciplinar. La propia profesión tiene un carácter interdisciplinar, ya que teóricamente se refuerza en diferentes disciplinas o ciencias. La necesidad de desarrollar un trabajo interdisciplinar en el abordaje de las situaciones problema es clave para el Trabajo Social, puesto que los problemas sociales nunca provienen de una sola causa, sino que son multicausales. El trabajador social es una parte del equipo interdisciplinario y garantía de una atención de calidad (Martín, 2003).

Los principios generales y básicos en los que se basa el trabajo en equipo son:

- La necesidad de que los problemas humanos se resuelvan desde sus raíces y causas de forma permanente y preventiva.
- La concepción del ser humano como unidad total: biológica, psicológica y social.
- La convicción de que el tratamiento prestado de forma integral es el mejor tratamiento de las necesidades fundamentales de la persona.

Para finalizar, se cree que desde la “intervención” se puede contribuir al fortalecimiento de habilidades del sujeto que padece de diabetes mellitus tipo 2, en la perspectiva de posibilitar el desarrollo de las potencialidades que le permitan llevar a cabo un autocuidado de su salud.

CAPÍTULO 2

DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS TIPO 2

En este capítulo se abordará la definición de Diabetes Mellitus tipo 2. En los antecedentes se hablará de las investigaciones encontradas tanto de estudios de evaluación como de estudio de intervención.

2.1 Definición de Diabetes Mellitus

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2, entendemos como Diabetes, a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Diabetes Mellitus tipo 2, es aquella en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

Se consideran como síntomas clásicos de la diabetes, a la poliuria, la polidipsia, la polifagia y la pérdida de peso.

La Diabetes Mellitus tipo 2 forma parte de las enfermedades crónicas y degenerativas, y se ha convertido en uno de los problemas de Salud Pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de sus complicaciones. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en las últimas décadas han provocado un gran incremento de la incidencia mundial de Diabetes tipo 2. La diabetes se está mostrando en etapas de la vida cada vez más tempranas, con el consecuente incremento de las complicaciones que, además de su mayor frecuencia también ocurren en población más joven (OPS, 2000; Anuario, 2000).

Debido a lo anterior, los estudios de la población afectada con diabetes mellitus tipo 2, han sido abordados por diferentes áreas y niveles del conocimiento.

2.2. Antecedentes

Tras una revisión teórica acerca de investigaciones sobre diabetes mellitus tipo dos, se encontró que, existe un mayor número de estudios sobre Diabetes Mellitus tipo 2 a nivel evaluación (Oviedo, 2001; Sánchez, 2007; Rosado, 2007) que a nivel de intervención (Díaz, Galán, Fernández, 1993; Rodríguez, 2007). Las investigaciones de nivel evaluación han sido abordadas desde los siguientes ámbitos:

2.2.1. Estudios de evaluación

Médico: el estudio de Olaiz (2007), el objetivo fue mostrar la prevalencia de la diabetes mellitus y los factores asociados con esta enfermedad en adultos a partir de datos de la encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000); donde se obtuvieron diferentes valores como: glucosa capilar, peso, talla y tensión arterial así como también se identificaron variables asociadas con la presencia de diabetes mellitus, la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de diabetes y la coexistencia de hipertensión arterial, enfermedad renal o hipercolesterolemia en ambos sexos. Como conclusión de su estudio menciona que los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 son prueba del grave problema de salud que representa la diabetes mellitus para México.

Su efecto se magnifica al afectar con mayor frecuencia a grupos de población cuyos factores sociales ó económicos limitan su acceso al tratamiento, finaliza con realzar los datos informados en su estudio y propone que sean utilizados por Instituciones que elaboren programas de prevención. Así también en el trabajo de López (2006), buscó adaptar y validar la versión al español del cuestionario Diabetes 39, que mide calidad de vida en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Un panel de investigadores adapto el instrumento a una muestra de 260 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se midió la hemoglobina glucosilada (HbA1c), colesterol total, triglicéridos, tensión arterial, índice de masa corporal e índice cintura/cadera (Goday, 2002).

Se obtuvieron datos sobre edad, sexo, tiempo de evaluación, complicaciones diabéticas y comorbilidad. Concluye que dicha versión es un instrumento válido y confiable para medir la calidad de vida en los pacientes mexicanos con diabetes mellitus 2. Por otro lado, en el trabajo de Oviedo (2001), evalúa la eficacia de una guía para manejo integral de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. Evaluó el control de los valores de la glucemia venosa y la hemoglobina glucosilada, así como el índice de masa corporal. En las cuatro investigaciones anteriores encontramos que a pesar de que su objetivo de estudio es diferente, miden los mismos indicadores biológicos.

Psicológico: Dentro de los estudios psicológicos realizados encontramos los siguientes: los que se avocan al estudio de las emociones (Fuentes, 2006), otros al bienestar subjetivo como lo refiere Castillo, Rodríguez, Martínez, Guzmán, Reyes (2008), otro a la adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff como lo refieren Díaz, Rodríguez-Carbajal, Blanco, Moreno Jiménez, Gallardo, Valle y Van Dierendonck (2005). Uno más, a la evaluación de la calidad de vida en diabetes Mellitus Tipo 2: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL, como lo refieren Robles, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez, Nicolini Sánchez (2002). De éste último estudio, su objetivo fue determinar la validez y fiabilidad de la versión en español de la medida de calidad de vida específica para Diabetes DQOL (de las siglas en inglés de Diabetes Quality of Life) en una muestra de 152 personas con Diabetes Mellitus tipo 2. El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la diabetes mellitus y su tratamiento. Así también, utilizaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Se aportó evidencia a favor de la validez y fiabilidad de la versión en español del DQOL en población mexicana con Diabetes Mellitus tipo 2.

En el estudio denominado malestar emocional (distress) y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, Laguna, García, Calva y Del Castillo (2007), refieren como primer objetivo determinar el nivel de bienestar emocional asociado a la diabetes en pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo, segundo determinar el nivel de control metabólico de estos pacientes y tercero, determinar la relación entre el malestar emocional asociado a diabetes que tienen estos pacientes y su nivel de control metabólico.

Para medir el malestar emocional asociado a la enfermedad se utilizó la versión adaptada en población mexicana del Cuestionario de Problemas y Malestar Emocional asociado a diabetes PAID (Del Castillo, Rodríguez, Reyes-Lagunes, Guzmán y Martínez, 2007); Polonsky, Anderson, Lohrer, Weelch, Jacobson, Aponte, (1995). El nivel de control metabólico se midió utilizando el porcentaje de hemoglobina glucosilada (HbA1c), indicador médico de control que muestra el promedio de glucosa en sangre de una persona en los últimos tres meses y se considera el mejor indicador de control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Para conocer la relación entre el nivel de hemoglobina que representa la variable control metabólico y el nivel de malestar emocional, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson. Los resultados indican correlaciones negativas cercanas a 0 entre el nivel de hemoglobina y cada una de las subescalas del instrumento, ninguna de ellas fue estadísticamente significativa. Los resultados antes señalados difieren de la literatura internacional. Sugieren que para estudios posteriores ampliar la muestra a un mayor número de pacientes y a partir de esto desarrollar intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes por parte del equipo de salud, reduciendo así el impacto negativo en el bienestar de los pacientes y su familia, así como el impacto económico para el sistema de salud.

En el trabajo de Haro (2006), el objetivo fue identificar como vive la gente con diabetes mellitus tipo 2, es decir, conocer los pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones y acciones que se manifiesten en la persona en el momento en que le diagnostican la enfermedad y después de que ha sido diagnosticada. Utiliza la investigación cualitativa y la teoría de la fenomenología. Concluye que a partir de cómo se informa al paciente con diabetes de su situación, dependerá en gran medida el devenir de este. Se encontró que a partir de un diagnóstico inadecuado, la fase de culpa suele ser más intensa y la culpa a su vez genera vergüenza, ya que la autoimagen o identidad se basa en la opinión que tiene otra persona sobre nosotros. Esta vergüenza conlleva a ocultar la enfermedad saboteando las redes de apoyo.

En el estudio de Fuentes (2006), el objetivo es tratar los estados emocionales que se asocian a la diabetes, ya que en los pacientes existen actitudes o creencias y factores psicosociales que conducen el rechazo o abandono de las conductas que requiere el plan personal terapéutico. Concluye con una planeación de intervención preventiva

donde se atienda el manejo de la crisis ante el impacto del diagnóstico, manejo de forma positiva del duelo o la depresión asociada a la pérdida de la salud.

Tanto en el estudio de Haro como el de Fuentes, el objetivo está encaminado a estudiar los estados emocionales por los que atraviesa el paciente al adquirir la diabetes mellitus, por lo que el enfoque psicológico brindará los elementos necesarios para que el paciente se adhiera a los nuevos hábitos y conductas para mejorar su salud.

Antropología: Lavielle (2006), el objetivo de su investigación es analizar cómo se construye el concepto de riesgo de padecer algún tipo de complicación debido a la diabetes mellitus tipo 2, en un grupo de 29 pacientes bajo control médico, con el fin de identificar entre ellos los elementos que integran la percepción de riesgo. Trabajo bajo la teoría de la hermenéutica profunda. Concluye que una de las actitudes más aceptadas en la sociedad mexicana es el llevar a cabo conductas de riesgo como una forma de trasgresión, se ha llegado a considerar que ciertos grupos exaltan algunos aspectos de la cultura mexicana: la desobediencia, la frecuente abierta violencia, el pesimismo acerca de la vida. Este tipo de conductas y actitudes se forjan en contextos sociales en donde se generan sentimientos e ideas de tener menos oportunidades a diferentes niveles.

El estudio con enfoque antropológico brinda información de una comunidad de pacientes diabéticos en relación de cómo percibe el riesgo a las complicaciones de su enfermedad, de su sentir, de su cultura y su proceder de acuerdo a sus usos y costumbres. Este enfoque enriquece de sobremanera a la visión médica para entender mejor al paciente diabético.

En los estudios anteriores se observa el énfasis por la evaluación, se identifica a la diabetes mellitus tipo 2 abordada desde tres ámbitos diferentes, el médico valorando cuestiones biológicas (Olaiz, 2007), el psicológico reconociendo pensamientos, sentimientos, emociones y acciones que se manifiestan en el paciente diabético (Haro, 2006) y por último el ámbito antropológico que ubica al paciente diabético en su contexto social y cotidiano (Lavielle, 2006). Los resultados de estos estudios han

brindado información, la cual invita a que se continúe trabajando en investigaciones a nivel intervención.

Así también, entre los estudios de investigación a nivel de intervención, se encuentran trabajos que atienden la problemática de una diversidad de problemas y de enfermedades (la violencia, adicciones ya sea de tabaquismo, alcoholismo o drogadicción; propuestas de intervención en enfermedades de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia sida), intervenciones en pacientes con padecimientos de salud muy específicos (nefrología, cardiología, entre otros). Intervenciones en modelos educativos de prevención y algunas otras intervenciones que tienen que ver con diabetes mellitus.

2.2.2. Estudios de Intervención

Con lo que respecta a las intervenciones específicamente de diabetes mellitus tipo 2 hay pocas (Díaz, Galán, Fernández, 1993) y dentro de estas algunas son de otros países (Barros, 2001). Según la estadounidense Rodríguez (2007), trabajó sobre guías actualizadas para la prevención y el manejo de la diabetes. El estudio se basa en una simple cuestión: ¿puede el riesgo de complicaciones generadas por la diabetes mellitus tipo 2 ser reducido mediante un intenso control de la glucosa en sangre?

Para dar respuesta a lo anterior plantea varios subprogramas, para alcanzar su objetivo a un nivel macro, a continuación se describen:

Diabetes Prevention Program

Combinación de cambios moderados en la dieta con ejercicio moderado puede retrasar y prevenir la diabetes tipo 2.

- Ejercicio 30 minutos por día por 5 días a la semana.

Programa Nacional de Educación sobre Diabetes

- Campañas de concientización
- Poblaciones especiales
- Intervenciones comunitarias

Cambios de los comportamientos de riesgo para la salud

- Nutrición
- Actividad física
- Intervenciones en escuelas
- Educación en diabetes

El estudio concluye que los programas referidos establecen que la Diabetes es controlable y prevenible. Muchos factores relacionados con el desarrollo de la diabetes son modificables y controlables, por lo tanto se recomienda la implementación de estrategias locales de prevención.

El estudio denominado “Educación al paciente diabético y su familia para fomentar la adherencia al tratamiento” (Arroyo, García, Jiménez, 2008), tiene como objetivo brindar información a las 18 participantes y su familia para prevenir nuevos casos de diabetes, e informar sobre los cuidados que requieren para llevar un adecuado tratamiento y evitar así las posibles complicaciones de la enfermedad.

Para lograr el objetivo, se realizó un taller para personas diabéticas y familiares que no tienen la enfermedad, por cuatro meses. También se empleó la técnica biográfica para contar con las historias de vida de las participantes y conocer sus hábitos de conducta y actitudes respecto a la enfermedad crónica que padecen. Se concluye, que la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 es compleja, ya que los aspectos emocionales que regularmente genera la enfermedad influyen en la conducta y en algunos casos impiden la realización de cambios importantes en el estilo de vida del paciente y su familia; conocimientos, nuevas habilidades que deben adquirir para mantener el balance de su salud y su calidad de vida, por lo que su control no solo requiere de la toma de medicamentos, sino de la modificación de un conjunto de conductas como son: la realización de la actividad física, el apego a la dieta y el cuidado general de la salud para evitar las complicaciones.

En términos generales, se identifica que los estudios de intervención comparten características similares en sus objetivos, es decir, plantean desarrollar y aplicar un modelo de prevención primaria (Rodríguez, 2007; Barros, 2001), o también conocido

como de primer nivel de atención médica (Fuentes, 2006), modelo educativo de prevención primaria, éstos basados en los conocimientos, habilidades y autocuidado (Díaz, et al, 1993; Arroyo, et al, 2008). En relación al método señalan utilizar el método cualitativo cuando se trata de indicadores como responsabilidad, iniciativa, cambios en el conocimiento, manifestado en actitudes para su autocuidado, y cuantitativa cuando se trata de indicadores como disminución del peso corporal, control de glucosa, tensión arterial, índice de masa corporal y circunferencia de cintura (Fuentes, 2006).

En el estudio de Rodríguez (2007), plantea su intervención buscando algo muy concreto, reducir riesgos de complicaciones generadas por la diabetes mediante un intenso control de glucosa en sangre, pero sus acciones para alcanzar su objetivo las plantea de manera muy amplia y difícil de medir y evaluar a corto plazo.

Estudios como los ya señalados, confirman que los trabajos o programas de intervención dirigidos a una población reducida y con metas a corto plazo, es más factible alcanzar que si se dirigieran a una mayor población (Arroyo, et al, 2008). Aún cuando existen estudios de intervención y evaluación para el manejo de la diabetes, son escasos y de mayor impacto los referentes a la intervención. Considerando esto último, se pretende abordar un programa de intervención que impacte directamente a los diabéticos y promueva en ellos nuevas habilidades de autocuidado.

CAPÍTULO 3

AUTOUIDADO

AUTOCUIDADO

3.1. Concepto de Autocuidado

Definición

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto Del griego αὐτο que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente.

La teoría del autocuidado de Dorotea Orem, señala que: El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

El concepto básico desarrollado por Orem define al autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Cabe resaltar de lo anterior, ese conjunto de acciones intencionadas con la finalidad de controlar o regular la conducta de la persona en beneficio de sí misma.

Uno de los supuestos que se desprenden, es que la persona tiene la capacidad para cuidarse y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela, las amistades y hospitales.

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas

por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida (Arenas, 2004).

Según Arenas (2004), considera al autocuidado como aquellas acciones que cada persona puede realizar cotidianamente para incrementar la salud y el autocuidado personal en las dimensiones física, emocional y social.

Hernández, Arenas, Martínez, Menjívar, (2003) retoman el concepto de autocuidado como una función reguladora que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

Según, Lange, Urrutia, Campos, Gallegos, Herrera, Jaimovich, Luarte, Madigan y Fonseca, (2006) el concepto de autocuidado de la salud se ha construido a partir de las observaciones sobre lo que las personas hacen en beneficio de su salud, lo que los familiares o amigos ofrecen en forma de cuidado al enfermo y lo que los grupos sociales o comunidades desarrollan en beneficio de la salud colectiva.

El poder conjuntar éstas 3 definiciones facilita comprender el concepto de autocuidado ya que menciona dos aspectos básicos que integran al concepto:

- 1) acción cotidiana que incrementa la salud
- 2) función reguladora que mantiene la salud

Las diferentes definiciones de autocuidado se dan en contextos culturales y sociales específicos. En América, el término se refiere a las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. También se define como las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas (De Friese, 1989). Es importante resaltar el contexto cultural y social en donde se va a desarrollar el concepto de autocuidado, ya que de esto dependen esas prácticas a realizar para promover conductas positivas y mejorar los síntomas de la enfermedad.

El autocuidado también se ha considerado como parte del estilo de vida de las personas, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de los individuos con su medio social.

Según Dean (1989), el autocuidado se puede expresar de tres formas dentro de los estilos de vida: a) como hábitos diarios rutinarios de vida que pueden afectar la salud (ejemplo, fumar, beber, rutinas sedentarias, entre otros); b) como conductas que conscientemente buscan mantener la salud; y c) como conductas que responden a los síntomas de enfermedad. Para fines de este estudio se retomará la tercera forma de expresar el autocuidado ya que se pretende modificar conductas conscientemente para atender los síntomas de la Diabetes mellitus.

Según Loo y Hernández (2005), el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua conforme con los requisitos de regulación personal. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, con su estado y características específicas de la salud o desarrollo, niveles de desgaste, energía y factores ambientales. Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sí mismos con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. En esta definición volvemos a encontrar que el autocuidado es una función reguladora, pero también que se debe de aprender y desarrollar de manera deliberada con el interés de mantenerse sano.

Es así como, para fines de este estudio se entenderá el autocuidado como: aquellas acciones intencionadas que la persona realiza en beneficio de su salud (Lange et al, 2006), desarrollo y bienestar propio y que al practicarlas se transformarán en hábitos. Estas acciones cotidianas son actos deliberados y racionales, que en ocasiones uno no se da cuenta pero se vuelven parte de la rutina de vida (Arenas, 2004), que para la diabetes mellitus tipo 2 puede quedar considerada en 3 aspectos: conocimiento sobre la enfermedad, alimentación, actividad física.

3.2. Aspectos del Autocuidado

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere un control estricto para evitar complicaciones a corto y a largo plazo. La educación es el pilar en el control del padecimiento, pues proporciona las herramientas necesarias para que el paciente se adhiera al tratamiento y lleve a cabo las acciones necesarias que requiere su autocuidado. Esto hace indispensable el proporcionar tres aspectos importantes:

- a) conocimientos constantes a toda persona con diabetes mellitus tipo 2 sobre su padecimiento, control médico y automonitoreo de glucosa sanguínea
- b) manejo personal de la alimentación
- c) la actividad física.

a) Conocimiento sobre Diabetes Mellitus

El hablar del conocimiento de la enfermedad incluirá los aspectos básicos relativos a la diabetes, aparatos y órganos que afecta, sintomatología, factores de riesgo, componentes y metas de tratamiento, el automonitoreo de glucosa sanguínea por parte del paciente, lograr niveles lo más cercano a lo normal de glucosa y presión arterial así como la prevención y vigilancia de complicaciones (López, 2006; Oviedo, 2001).

b) Alimentación

Tomando en consideración a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. El establecimiento del plan alimentario se efectuará con base en los hábitos del propio paciente. La dieta para el paciente diabético será variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones del consumo de grasas, con el objeto de mantener concentraciones normales de glucosa en sangre y disminuir los niveles de lípidos.

Se evita el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces) permitiéndose el uso de edulcorantes no nutritivos, como el espartame, acelsufame de potasio, sucralosa y sacarina.

Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de pan y derivados lácteos descremados.

La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, pero principalmente en aquellos sin control metabólico, obesos, e hipertensos o con hipertrigliceridemia, ya que puede producir hipoglucemia en situaciones de ayuno prolongado, y efecto disulfirán en casos tratados con cloropropamida. La dieta apropiada para cada paciente será de acuerdo con los requerimientos calóricos por día/Kg de peso ideal, y según las condiciones clínicas. Así también, tomar en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC).

c) Actividad física

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.

Por tal motivo, se debe recomendar a la persona diabética mantenerse activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo (Cárdenas, 2008).

En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe de recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.

Control de peso: meta básica para el control de la diabetes. Este control se deberá llevar a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y actividad física adecuada y previamente conocer el IMC.

La aplicación de lo anterior deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas.

Es importante contar con un equipo interdisciplinario, un paciente bien informado y motivado, participará activamente con el equipo interdisciplinario para alcanzar las metas establecidas y logrará la integración de todos los elementos de su programa de autocuidado. El éxito dependerá de su capacidad y disposición para seguir su tratamiento y de la participación de los miembros del núcleo familiar.

A diferencia de otras enfermedades, la diabetes requiere que las personas participen activamente en su tratamiento. A medida que tenga mayor información y conocimiento se tendrá mayor libertad y control de su vida diaria, enfrentará preocupaciones y resolverá problemas. Con un amplio conocimiento del padecimiento, el tratamiento, las complicaciones y las expectativas, la travesía por el mundo de la diabetes puede dejar de ser una experiencia angustiante para pasar a ser una experiencia prometedora. Esta educación evitará las complicaciones por desconocimiento y facilitará el seguimiento del tratamiento indicado y las indicaciones sugeridas por el equipo médico para lograr el objetivo primordial: un autocuidado exitoso (Loo y Hernández, 2005). Cómo lograr el cambio en el autocuidado de la diabetes Mellitus, posible alternativa será un programa de intervención.

3.3. Programa de Intervención

Definición sobre programas de intervención:

Riart (1996), es una planificación y ejecución en determinados periodos de unos contenidos, encaminados a lograr unos objetivos establecidos a partir de las necesidades de las personas, grupos o instituciones inmersas en un contexto espacio-temporal determinado.

Bisquerra (1998), refiere que un programa es una acción colectiva de un equipo orientador para el diseño teóricamente fundamentado, aplicación y evaluación de un proyecto, que pretende lograr unos determinados objetivos dentro del contexto de una institución educativa, de la familia o de la comunidad, donde previamente se han identificado y priorizado las necesidades de intervención.

Vélaz de Medrano (1998), considerando que un programa de orientación es un sistema que fundamenta, sistematiza y ordena la intervención psicopedagógica comprensiva orientada a priorizar y satisfacer las necesidades de desarrollo o de asesoramiento detectadas en los distintos destinatarios de dicha intervención.

Rodríguez y colaboradores (1999), considera que un programa es un instrumento rector de principios que contiene en su estructura elementos significativos que orientan la concepción del hombre que queremos formar. Desde el punto de vista de la orientación, los programas son acciones sistemáticas, cuidadosamente planificadas orientadas a unas metas, como respuesta a las necesidades educativas de los pacientes, insertos en la realidad de un centro.

Con respecto a programas de intervención en el área de la salud y específicamente de Diabetes Mellitus tipo 2, existen algunas propuestas que se han llevado a cabo, dentro de ellas mencionaremos las siguientes:

En el programa de intervención llamado “Diabetes mellitus tipo 2 y el ejercicio físico” (García, Salcedo, Covarrubias, Colunga, Milke, 2004), su objetivo es intervenir con el ejercicio físico en un grupo de diabéticos tipo 2 trabajaron sobre ciertos indicadores metabólicos (glucemia en ayuno, tensión arterial e IMC), en indicadores de capacidad condicional (resistencia, fuerza y flexibilidad) y evaluación de conocimientos acerca del

ejercicio físico; el estudio se llevo a cabo en una muestra de 48 pacientes durante 6 meses y se concluyó que los parámetros clínicos estudiados antes y después de la intervención no mostró diferencias estadísticas entre el índice de masa corporal y la presión arterial diastólica, mientras que la presión arterial sistólica y la glucosa en ayuno si mostró diferencia, bajaron las cifras.

En la evaluación previa y posterior de la condición física se observó mejoría estadísticamente significativa en las tres pruebas. Los participantes presentaron un índice de capacidad física bueno y excelente al finalizar la intervención. Con respecto al nivel cognitivo de los participantes hubo un cambio estadísticamente significativo antes y después de la intervención.

Es importante tener presente que el ejercicio es básico en el control del paciente diabético, pero solo retomar este aspecto es insuficiente ya que el resultado lo vemos en esta investigación, es decir que a pesar de haber trabajado por 6 meses no se logro modificar el índice de masa corporal y bajar las cifras en los pacientes. En este caso, cabe mencionar que es necesario tomar en cuenta otro indicador importante como lo es la alimentación para poder incidir en modificar y bajar cifras de tensión arterial e índice de masa corporal.

Así también en el estudio “Evaluación del impacto de la utilización de una guía para el manejo integral del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en la atención primaria” (Oviedo, 2001), su objetivo es evaluar la eficacia de dicha guía (ya existente en el IMSS), así como evaluar el impacto en el control glucémico mediante la medición de la glucemia venosa y la hemoglobina glucosilada y evaluación del impacto en el índice de masa corporal en los pacientes diabéticos manejados con base en los criterios de la guía clínica, durante un periodo de 6 meses.

Ensayo clínico no aleatorizado en dos unidades de medicina familiar una de intervención y otra de control, la intervención consistió en la aplicación de los criterios de manejo de la guía por 8 médicos. Se realizo evaluaciones basal y final, la información se recolecto a través de entrevistas, consulta del expediente clínico y muestras sanguíneas. Se estudiaron 340 pacientes, 175 pacientes en grupo de intervención y 165 en grupo control. El porcentaje de pacientes controlados ($HbA_{1c} \leq$

7%) aumento el 20% y disminuyó el 11.8% la proporción de obesos del grupo intervenido. Se concluye que la guía es útil para el manejo integral de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria.

En este estudio concluimos que por medio del conocimiento que se le brindó al paciente por parte del médico y a través de la guía que tomaron en cuenta, lograron modificaciones en la hemoglobina glucosilada de un 20% de los pacientes controlados y disminución del 11.8% en pacientes obesos del grupo donde se ejerció la intervención; quedando la duda si el paciente llevo a cabo alguna otra actividad como es el ejercicio físico o cambios en su alimentación ya que estos dos aspectos el estudio los refiere en su guía pero no los evalúa, únicamente evaluó cuestiones biológicas.

A nivel internacional, se encuentra la Federación Internacional de Diabetes (FID) es una organización con más de 212 asociaciones miembro en más de 163 países representando a los más de 285 millones de personas que viven con diabetes, sus familias y los profesionales sanitarios (FID, 2009). La FID lleva a cabo un programa donde sus acciones son: promover la prevención y el tratamiento de la diabetes en todo el mundo. Entre sus principales actividades se incluyen la educación diabética para las personas que viven con diabetes y los profesionales sanitarios, campañas de concienciación y la promoción del intercambio de información. La FID es una organización no gubernamental en relaciones oficiales con la OMS y asociada al departamento de Información Pública de Naciones Unidas.

Durante los próximos años la FID se centrará en la educación y prevención de la diabetes a través de su campaña “Día Mundial de la Diabetes”, conmemorado el 14 de noviembre y siendo su logo un círculo de color azul, (FID, 2009) como a continuación se muestra:



En síntesis, las investigaciones que han realizado programas de intervención coinciden que un programa es una serie de acciones sistemáticas, planificadas, encaminadas a lograr objetivos y metas en un contexto espacio-temporal determinado, donde previamente se han identificado y priorizado las necesidades de intervención (Bisquerra,1998; Vélaz de Medrano,1998).

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Pregunta de investigación

¿En qué medida influye el programa de intervención denominado “Cuidando tu salud” para promover habilidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

Objetivos

Objetivo General

Implementar el programa de intervención “Cuidando tu salud”, donde el Trabajador Social junto con el equipo interdisciplinario (Enfermera, Médico, Nutrióloga, Psicóloga) promueva habilidades de autocuidado de la salud de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Objetivo específico

1. Construir un instrumento específico para poder medir autocuidado de la salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
2. Diseñar un modelo de trabajo interdisciplinario donde se fomente el autocuidado de la salud del paciente diabético, mediante un Programa de Intervención “Cuidando tu salud”.
3. Analizar los datos típicos o caracterización de la muestra con el instrumento validado.
4. Determinar la influencia del programa “Cuidando tu salud”.
5. Identificar las habilidades de autocuidado desarrolladas.
6. Analizar el Programa como determinante entre los diferentes grupos (con intervención; sin intervención; sanos), en lo que se refiere a las habilidades.

7. Determinar la influencia de la intervención y las variables sociodemográfica.

Hipótesis

“Si se aplica el programa de intervención “Cuidando tu salud”, entonces se incrementa el puntaje en las habilidades de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2”

Variables

Definición Conceptual y Operacional de las Variables

Variable Dependiente: Autocuidado

Según Loo y Hernández (2005), el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo por si solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

Aquellas acciones intencionadas que la persona realiza en beneficio de su salud (Lange et al, 2006), desarrollo y bienestar propio y que al practicarlas se transformarán en hábitos. Estas acciones cotidianas son actos deliberados y racionales, que en ocasiones uno no se da cuenta pero se vuelven parte de la rutina de vida (Arenas, 2004).

Definición Operacional

Habilidad de autocuidado, acciones que lleva a cabo la persona por sí sola para mantener su salud y bienestar, evaluado mediante un instrumento tipo Likert (conocimiento de la enfermedad, alimentación, actividad física y bienestar subjetivo).

Variable Independiente: Programa de Intervención “Cuidando tu salud”

Definición Conceptual

Para Rodríguez y colaboradores (1999), el programa de intervención consiste en acciones sistemáticas, planificadas, orientadas al logro de metas, como respuesta a las requerimientos de los pacientes, en un contexto espacio-temporal determinado, donde previamente se han identificado y priorizado las necesidades de intervención (Bisquerra,1998; Vélaz de Medrano,1998)

Definición Operacional

Programa de intervención denominado “Cuidando tu salud”, donde se aborda tres aspectos:

- a) Conocimiento de la enfermedad, definición, órganos que afecta, síntomas, factores de riesgo, consecuencias, automonitoreo, entre otros.
- b) Alimentación, lo que respecta a nutrientes adecuados y específicos a la enfermedad; manera de preparar platillos sencillos y nutritivos, entre otros.
- c) Actividad física, rutinas de ejercicios diarios y yoga.

ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

La estrategia de investigación que se llevo a cabo constó de dos estudios:

I. Elaboración del instrumento y II. Diseño e Implementación del programa de intervención, este a su vez tuvo dos momentos: a) organización del grupo interdisciplinario de salud y b) implementación del programa “Cuidando tú salud”.

Estudio I. Elaboración del instrumento.

Para llevar a cabo esta investigación fue necesario elaborar y validar un instrumento que midiera las habilidades de autocuidado en población con Diabetes Mellitus tipo 2, por lo que a continuación se describe la elaboración del instrumento y su procedimiento para ello.

Instrumento

Se elaboró un instrumento para medir habilidades de autocuidado tipo Likert. Formado en un primer apartado por datos sociodemográficos de los participantes como: edad, escolaridad, ocupación, sexo, tiempo de haber sido diagnosticada(o) su Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 y padece alguna otra enfermedad ¿Cuál? Posteriormente, la escala se construyó y validó de acuerdo con los siguientes pasos.

- a) *Delimitación de categorías analíticas.* Considerando la literatura sobre las conductas de autocuidado, se identificaron cuatro categorías analíticas: conocimiento sobre la enfermedad, manejo de la alimentación; ejercitación de la actividad física y bienestar subjetivo.
- b) *Definición de indicadores.* Estas cuatro categorías se definieron conceptualmente y se elaboraron diversos indicadores.
- c) *Redacción de reactivos.* De acuerdo con las definiciones y los indicadores se redactaron cuidadosamente los reactivos por categoría.
- d) *Elaboración de opciones.* Los reactivos se redactaron en primera persona de forma afirmativa, con cuatro opciones de respuesta (siempre, casi siempre, casi nunca y nunca, donde “siempre” es la opción que más se acerca a lo que se pretende medir y nunca la que más se aleja).
- e) *Integración de la Escala.* A partir de estas categorías y preguntas, se diseñó la Escala de Autocuidado quedando conformado por 35 reactivos en su primera versión.

Procedimiento

Una vez con la versión de la Escala de Autocuidado, se procedió a la validación de la misma, mediante la secuencia que se indica a continuación.

1. *Validación de las categorías por jueces expertos.* Se solicitó la colaboración de cinco jueces expertos (nutriólogo, médico, psicólogo, trabajador social y enfermera) en el control de la salud de pacientes DM tipo 2. A este grupo de especialistas, se le pidió que vigilará la correspondencia entre las categorías analíticas definidas y los reactivos del cuestionario en su primera versión. Se identificaron los reactivos que, a juicio de los expertos eran adecuados o no tenían relación con las categorías o bien que la redacción era confusa. De acuerdo con los análisis señalados, se re-elaboraron o eliminaron algunos reactivos según las categorías. Se cuidó que cada reactivo fuera evaluado por los expertos y que el grado de acuerdo entre ellos para aceptar o no el reactivo fuera en un mínimo del 80% de acuerdo.
2. *Adecuación de los reactivos.* Se hicieron ajustes a los reactivos y después de varias revisiones, quedaron al final un total de 20 reactivos agrupados en las cuatro categorías.
3. *Piloteo de la Escala.* Una vez con el instrumento de 20 reactivos distribuidos en cuatro categorías, se procedió a su aplicación a una muestra piloto con un grupo de 25 pacientes diagnosticados con DM tipo 2. Con este fin se acudió a un Centro de Salud, dependiente de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, ubicado en la zona oriente de la ciudad de México. La Escala se aplicó en un salón de usos múltiples del Centro, el cual contó con mobiliario adecuado para responder la Escala. Antes de que el paciente entrará a su consulta, se le invitaba a participar voluntariamente en el estudio. Cuando el paciente aceptaba se le conducía al Salón donde una trabajadora social entrenada en la aplicación de la Escala, explicaba el objetivo del estudio y le entregaba el instrumento, quedando a su disposición en para solucionar las dudas que pudieran surgir. El tiempo promedio para la aplicación de la Escala fue de quince minutos.

Este grupo de pacientes aportó nuevos elementos en la redacción definitiva de los reactivos, pues señalaron dificultad para la comprensión de diversos términos médicos empleados, en especial en la categoría de conocimiento de la enfermedad. Por otro lado, consideraron que las instrucciones generales (primer

apartado de datos sociodemográficos) y específicas (segundo apartado, la Escala de Autocuidado) eran claras y sencillas. Asimismo, no reportaron dudas con la forma de selección de la respuesta por opciones.

4. *Validación y consistencia del instrumento.* Se realizó un análisis factorial con rotación varimax, así como se obtuvo su consistencia interna mediante la prueba Alfa de Cronbach (véase capítulo 5). Finalmente, después de este análisis el instrumento quedó conformado con 14 reactivos.
5. *Aplicación a la muestra de estudio.* Con las modificaciones realizadas, se aplicó la Escala de Autocuidado a la muestra seleccionada intencionalmente (descrita en la sección de resultados).

Estudio II. Diseño e implementación del programa de intervención

Procedimiento

El Procedimiento se abordó en dos momentos:

En un primer momento se organizó y conformó un grupo interdisciplinario de salud (enfermera, médica, nutriólogo y psicóloga) coordinado por la Trabajadora Social, para diseñar el Programa de Intervención denominado “Cuidando tu salud” que retomó, de acuerdo a la literatura consultada, tres aspectos sustantivos en el manejo de habilidades de autocuidado: conocimiento de la enfermedad, alimentación y actividad física. Esto se llevó a cabo en cuatro sesiones de dos horas cada una.

Cabe mencionar, que al mismo tiempo de esta actividad se llevaba a cabo la convocatoria para la inscripción de participantes al curso, mediante carteles, pláticas en sala de espera, invitación directa en consulta médica y por medio de visita domiciliaria.

En un segundo momento se llevó a cabo la implementación del “ programa «Cuidando tu salud» para promover las habilidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, éste constó de 20 sesiones, cada sesión con una duración de 90 minutos, reuniéndose una vez por semana los días jueves en un horario de 9:00 a

10:30 hrs. a.m. En la primera sesión con el grupo se aplicó la escala de autocuidado (pretest) y al concluir el programa se aplicó la misma escala (postest).

De las 20 sesiones que componen el programa la enfermera aborda 1 sesión, la médica aborda 4 sesiones, el nutriólogo 4 sesiones, la psicóloga 2 sesiones, la trabajadora social 3 sesiones y 6 sesiones son dedicadas a la actividad física abordada por una instructora de yoga.

Cabe mencionar que el programa de intervención se llevó a cabo del 18 de junio al 5 de noviembre de 2009.

Método

Participantes

La muestra no probabilística intencionada estuvo conformada por 65 pacientes de ambos sexos, en un rango de edad de 30 a 70 años y que asistían a consulta médica al Centro de Salud. Esta muestra quedó dividida en tres grupos, dadas las condiciones de los Centros de Salud la “n” no fue equivalente, como se describe a continuación:

- Grupo 1, **25 pacientes** con Diabetes Mellitus tipo 2, participantes en el Programa “Cuidando tu salud”.
- Grupo 2, **15 pacientes** con Diabetes Mellitus tipo 2, sin intervención
- Grupo 3, **25 pacientes** sin Diabetes mellitus y sin intervención.

Instrumento

El instrumento de investigación es una escala Likert, resultado del estudio I. Formado en un primer apartado por datos demográficos de los participantes como edad, escolaridad, ocupación, sexo, estado civil, tiempo de haber sido diagnosticada(o) su Diabetes Mellitus tipo 2 y si padece alguna otra enfermedad. Posteriormente, en un segundo apartado se encuentran los 14 reactivos que conforman el instrumento. Reactivos en relación a cuatro categorías: conocimiento de la enfermedad, alimentación, actividad física y bienestar subjetivo. Ésta última categoría permiten

monitorear el Índice de Bienestar Psicológico OMS-5, de pacientes diabéticos de forma rápida y confiable (Castillo, Rodríguez, Martínez, Guzmán y Reyes, 2008). Los reactivos tendrán 4 intervalos de respuesta: 1) siempre, 2) casi siempre, 3) casi nunca, 4) nunca. Donde “siempre” es la opción que más se acerca a lo que se pretende medir y “nunca” la que más se aleja.

Escenario

El programa de intervención se lleva a cabo en una aula de usos múltiples del Centro de Salud T-III “Dr. Juan Duque de Estrada”, dependiente de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, ubicado en la zona oriente de la ciudad de México.

Procedimiento.

Se utilizó un diseño de tres grupos no equivalentes con pretest y postest.

No	Grupo	pretest	intervención	postest
1	E	O ₁	X	O ₂
2	C ₁	O ₁		O ₂
3	C ₂			O ₂

E= Experimental

C₁=Grupo con diabéticos

C₂=Grupo sanos

O=observación

X=intervención

En una primera evaluación, se aplicó la escala de autocuidado al grupo experimental y al grupo con diabéticos sin intervención. Posteriormente, se inicio el Programa “Cuidando tu Salud” solo con el grupo experimental. El cual consistió en 20 sesiones, donde asistió un grupo de 25 personas diabéticas, los días jueves a las 9:00 horas. Con las actividades que se describen a continuación:

SESIÓN 1. Presentación e integración del grupo.

Aplicación de la escala de autocuidado (pretest).

SESIÓN 2. Sensibilización sobre la enfermedad.

Incrementar la autoestima del paciente.

SESIÓN 3. Conocer las principales características anatomofisiológicas, cerebro, corazón, riñones.

SESIÓN 4. Identificar los principales síntomas: escarola urémica, polidipsia, poliuria, polifagia, impotencia sexual, vista nublada y otras.

SESIÓN 5. Conocer los factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus Tipo 2. Complicaciones.

SESIÓN 6. Conocer diversos métodos de la valoración de la glucosa.

SESIÓN 7. Identificar la importancia y los beneficios de la actividad física.

SESIÓN 8. Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabetes.

SESIÓN 9. Técnicas de relajación.

SESIÓN 10. Identificar el concepto de nutrición, desnutrición y alimentación chatarra. Diferenciar entre productos alimenticios animales, leguminosas, cereales, verduras, frutas, azúcares, grasas.

SESIÓN 11. Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabetes.

SESIÓN 12. Conocer índice glucémico de los alimentos.

SESIÓN 13. Llevar a cabo sesión de ejercicios (yoga).

SESIÓN 14. Alimentación específica para paciente diabético.

SESIÓN 15. Llevar a cabo sesión de ejercicios (yoga).

SESIÓN 16. Identificar menús y recomendaciones dietéticas.

SESIÓN 17. Llevar a cabo sesión de ejercicios (yoga).

SESIÓN 18. Elaboración de menús propios para pacientes diabéticos.

SESIÓN 19. Llevar a cabo sesión de ejercicios (yoga).

SESIÓN 20. Evaluación postest y conclusiones¹.

Análisis de datos

Las evaluaciones se analizaron mediante estadísticos de regresión lineal ("F"), prueba "t" de Student y prueba post hoc de comparaciones múltiples de Tukey y Durbin Watson.

¹ Para un mayor detalle de las sesiones consúltese anexo 2

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

RESULTADOS

La escala de autocuidado utilizada en la investigación se sometió a un piloteo para corroborar su pertinencia. Con base en el análisis de los resultados arrojados se corrigieron las inconsistencias, en consecuencia se procedió a la aplicación de los mismos circunscribiéndose a los parámetros señalados en la metodología.

Los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala de autocuidado, diseñada para la presente investigación, permitieron conformar una base de datos en el programa SPSS para Windows versión 14.0.

Los análisis estadísticos realizados incluyen, un análisis descriptivo que permite conocer la distribución de los datos obtenidos de las categorías de estudio, tanto sus frecuencias como variabilidad alrededor del centro de la distribución. Un análisis factorial con rotación varimax y alfa de Cronbach para obtener la validez y consistencia interna del instrumento utilizado.

Finalmente, un análisis de varianza para identificar si las categorías de estudio presentan diferencias debidas a la intervención del programa. Los resultados de la investigación se dividirán en tres secciones para el mejor análisis de los mismos.

5.1 Validación y consistencia del instrumento

Con el fin de validar el instrumento utilizado en la presente investigación planteado en el primer objetivo específico, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax seleccionando aquellos cuya carga factorial fuese mayor o igual a .40, para subsecuentemente, agruparlos en factores y nombrarlos de acuerdo al contenido de las preguntas que engloba cada uno, obteniendo su consistencia interna mediante la prueba alfa de Cronbach.

El análisis factorial aplicado a este instrumento, arrojó en total 5 factores rotados, de los cuales únicamente se consideraron 4, ya que el 5 no formaba una categoría, es decir, no arrojaba congruencia conceptual, debido a que los dos reactivos que incluía ya estaban retomados en otra categoría. En la Tabla 5.1 se muestra el número de factores, así como cada uno de los reactivos que conforman cada factor y la confiabilidad contenida para cada factor por reactivo.

El instrumento consta de cuatro aspectos, es decir de las cuatro categorías a desarrollar, en el primer factor encontramos a la actividad física con un $\alpha = .815$, ésta incluye cuatro reactivos, siendo los siguientes: Los ejercicios que realizo son ligeros (con una carga factorial de .72), el ejercicio lo realizo acompañado (.64), soy constante con el ejercicio (.79) y hago ejercicio de 15 a 30 minutos diarios (.67). Este factor produjo un porcentaje de varianza explicada de 55.

El segundo factor que se constituyo aglutina cuatro reactivos sobre conocimiento de la enfermedad con un $\alpha = .770$, los reactivos son los siguientes: periódicamente me checo glucosa y presión arterial (con una carga de .82), estoy al pendiente de que la glucosa este controlada (.40), de vez en cuando me checo glucosa y presión arterial (.80) y acudo a mis citas médicas (.70). El porcentaje de varianza explicada para este factor fue de 15.

El tercer factor denominado bienestar subjetivo, obtuvo un $\alpha = .800$ y se constituyo por tres reactivos explicando el 19 % de la varianza. Los reactivos que formaron este factor se referían a como se percibe, como se siente la persona, siendo los siguientes: Me he sentido alegre y de buen humor, con una carga de .76, me he sentido activo y con energía (.80), me he sentido tranquilo y relajado (.84).

El cuarto factor, referente a la alimentación, obtuvo un $\alpha = .611$, explicó el 11 % de la varianza y se conformo por los reactivos: como en la calle, yo cocino mi comida y como mas verduras que carne, obteniendo una carga factorial de .65, .82 y .61 respectivamente. En la tabla 5.2, muestra los diferentes valores de cada factor de acuerdo a sus reactivos.

Tabla 5.1. Estructura factorial de componentes principales con rotación varimax para la Escala de Autocuidado en Pacientes Diabéticos

	FACTORES			
	1	2	3	4
soy constante con el ejercicio	.794			
los ejercicios que realizo son ligeros	.722			
hago ejercicio de 15 a 30 minutos diarios	.669			
llevo una alimentación adecuada a mi enfermedad				
el ejercicio lo realizo acompañado	.635			
por lo regular como de todos los alimentos				
periódicamente me checo glucosa y presión arterial		.815		
de vez en cuando me checo glucosa y presión arterial		.799		
acudo a mis citas medicas		.705		
me he sentido tranquilo y relajado			.838	
me he sentido activo y con energía			.805	
me he sentido alegre y de buen humor			.763	
yo cocino mi comida				.818
como en la calle				.646
como mas verduras que carne				.605
realizo caminata por lo menos 3 veces a la semana				
identifico cuando se me sube la glucosa				
estoy al pendiente de que la glucosa este controlada		.401		

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Tabla 5.2. Valores de las cargas factoriales, medias, desviaciones estándar, varianza explicada y confiabilidad para la Escala de Autocuidado en Pacientes Diabéticos

Factores	Reactivos	Carga Factorial	Media	Desviación típica	%Varianza Explicada	ALPHA
FACTOR 1 ACTIVIDAD FISICA	Los ejercicios que realizo son ligeros	.722	3,08	1,122	55	.815
	El ejercicio lo realizo acompañado	.635	2,31	1,334		
	Soy constante con el ejercicio	.794	2,74	1,094		
	Hago ejercicio de 15 a 30 minutos diarios	.669	2,75	1,046		
FACTOR 2 CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	Periódicamente me checo glucosa y presión arterial	.815	3,14	,916	15	.770
	Estoy al pendiente de que la glucosa este controlada	.401	2,75	1,076		
	De vez en cuando me checo glucosa y presión arterial	.799	3,20	,814		
	Acudo a mis citas medicas	.705	3,60	,607		
FACTOR 3 BIENESTAR SUBJETIVO	Me he sentido alegre y de buen humor	.763	3,09	,678	19	.800
	Me he sentido activo y con energía	.805	3,18	,768		
	Me he sentido tranquilo y relajado	.838	2,94	,846		
FACTOR 4 ALIMENTACIÓN	Como en la calle	.646	3,12	,820	11	.611
	Yo cocino mi comida	.818	3,32	1,032		
	Como mas verduras que carne	.605	2,98	,739		

Alpha total de la Escala de **.853**

5.1.1. Resumen del análisis factorial y de consistencia interna aplicado a la escala de Autocuidado en Pacientes Diabéticos.

Los catorce reactivos de la escala conformaron una estructura de cuatro factores, con cargas factoriales mayores a .400. Los factores resultantes, fueron: primero, Actividad física integró cuatro afirmaciones. El segundo factor fue Conocimiento de la Enfermedad que conjuntó cuatro reactivos. El tercer factor se nombró Bienestar Subjetivo, que conjuntó tres reactivos. El factor cuatro, fue denominado Alimentación integró 3 reactivos (véase tabla 5.3).

Una vez identificados los factores y los reactivos correspondiente se calculó la confiabilidad de los reactivos. Para ello se efectuó el análisis de Alpha de Cronbach por factor obteniendo un $\alpha = .815$ (Factor 1); $.770$ (Factor 2); $.800$ (Factor 3); $.611$ (Factor 4). Y el Alpha total de la escala, fue de $.853$ (véase tabla 5.3).

Tabla 5.3. Resumen del análisis factorial y confiabilidad de la escala

Factores	Carga Factorial	Media	D.E.	Varianza	%Varianza Explicada	Alfa	No. Reactivos
Actividad Física	.735	11.06	3.64	13.24	55	.815	4
Conocimiento De la Enfermedad	.793	12.88	2.77	7.67	15	.770	4
Bienestar Subjetivo	.735	9.22	1.88	3.54	19	.800	3
Alimentación	.666	9.48	1.99	3.97	11	.611	3

5.2 Análisis Descriptivo

Con el propósito de abordar el objetivo específico número dos, o descripción de la muestra, a continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis descriptivo aplicado a los datos recabados, mismo que se divide en dos partes. En el primer apartado, se realiza una descripción detallada de la muestra (variables socio demográficas), mientras que en el segundo, se describen los datos adquiridos para cada una de las categorías que conformaron el instrumento (conocimiento de la enfermedad, alimentación, actividad física y bienestar subjetivo).

5.2.1. Descripción de las variables sociodemográficas.

Los resultados obtenidos por los sujetos con respecto a sus características sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación, sexo, estado civil, tiempo de haber sido diagnosticada su Diabetes Mellitus y padece de alguna otra enfermedad) se describirán a continuación:

65 Personas conforman la muestra de este estudio, 51 fueron mujeres y 14 hombres (véase figura 5.1), con una edad que oscila entre los 32 y 75 años de edad, misma que se agrupo en 4 rangos de edad, 1) de 32 a 42 años, 2) de 43 a 53 años, 3) de 54 a 64 años y 4) de 65 a 75 años, siendo la edad promedio de la muestra de 55 años de edad (véase tabla 5. 4).

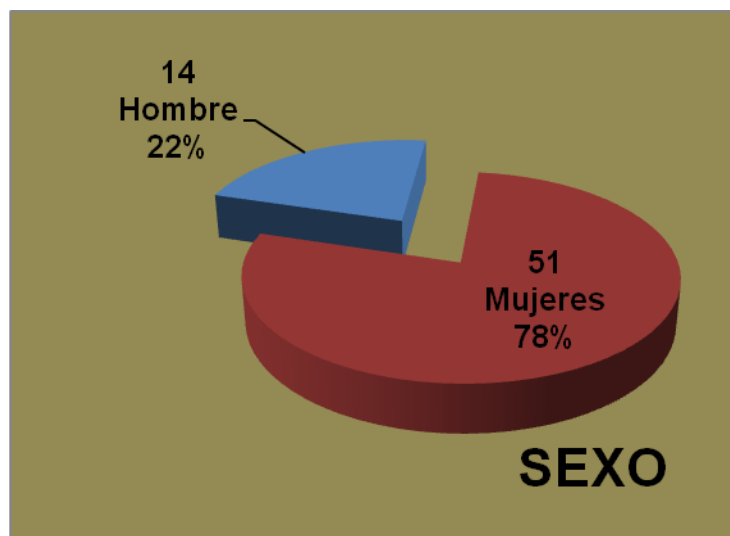


Fig. 5.1 Sexo de los participantes. Muestra que la gran mayoría de los pacientes son del sexo femenino.

Tabla 5.4 Rango de edad de los participantes. Muestra que la edad de los pacientes, en su mayoría sobrepasan los 60 años.

	EDAD	Frecuencia	%
1	32-42 años	14	21.5
2	43-53 años	15	23.1
3	54-64 años	17	26.2
4	65-75años	19	29.2
	TOTAL	65	100

La escolaridad fue dividida en 4 rangos: 1) primaria (6 años), 2) secundaria (9años), 3) preparatoria o equivalente (12 años) y 4) profesional (17 años). Concentrándose el rango más alto en escolaridad de primaria, con 31 casos (47.7 %) (Véase figura 5.2). En cuanto a la ocupación de los participantes se dividió en 7 rangos, siendo los siguientes: hogar con un 64.6%, comerciante el 9.2%, empleado el 10.8%, profesionista con un 3.1%, taxista 1.5%, empleada doméstica 6.2%, y desempleado con un 4.6%. Anteriores datos indican

que la ocupación que predomina es el hogar con 42 casos alcanzando un 64.6% (véase figura 5.3).

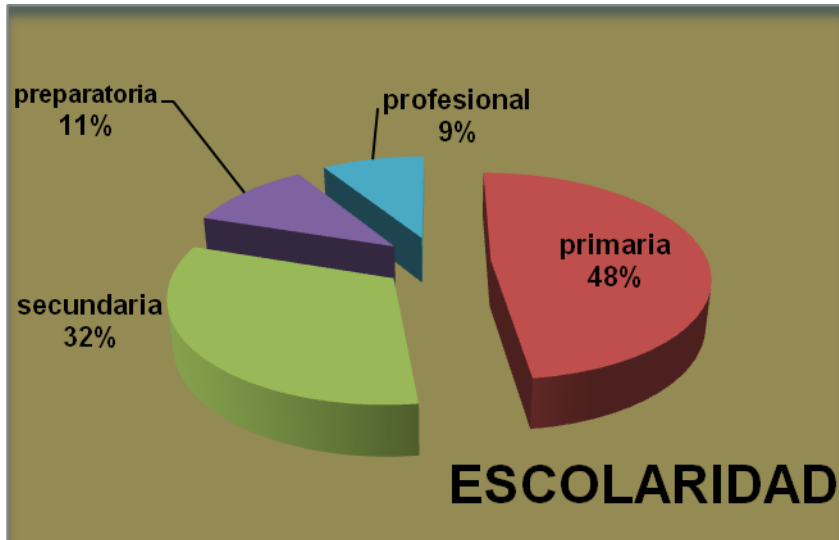


Fig. 5.2 Escolaridad de los participantes, muestra el grado de escolaridad que predomina: Primaria.

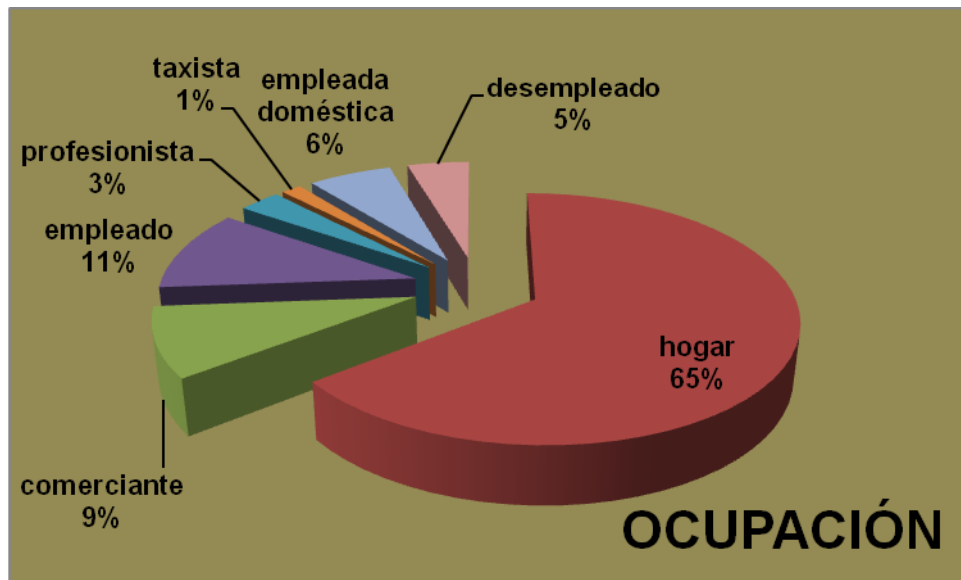


Fig. 5.3 Ocupación de los participantes. Muestra que la mayoría de los pacientes se dedican al hogar.

En cuanto al estado civil de los sujetos, el 49.2% reportaron ser casados, el 10.8% solteros(as), el 9.2% madres solteras, 10.8% unión libre, 6.2% separado(a), y el 13.8 % corresponde a las viudas (véase tabla 5.5).

Tabla 5.5 Estado civil de los participantes. Muestra que la mayoría de los participantes están casados

ESTADO CIVIL		Frecuencia	Porcentaje
1	soltera(o)	7	10.8
2	casada(o)	32	49.2
3	madre soltera	6	9.2
4	unión libre	7	10.8
5	separada (o)	4	6.2
6	viuda	9	13.8
Total		65	100.0

De los encuestados, el 38.5% refirieron haber sido diagnosticados con Diabetes Mellitus entre 1 y 7 años; el 13.8% de los encuestados refiere haber sido diagnosticado desde hace 8 años hasta los 13 años, el 3.1% de las personas menciona que le diagnosticaron su padecimiento desde hace 14 a 19 años, el 6.2% le diagnosticaron su padecimiento hace más de 20 años; por ultimo un 38.5% de los encuestados no tienen Diabetes Mellitus (véase tabla 5.6).

Tabla 5.6 Tiempo de haber sido diagnosticada la Diabetes Mellitus. Muestra que la mayoría de los pacientes tiene menos de 7 años de padecer la enfermedad.

TIEMPO DE HABER SIDO DIAGNOSTICADA LA D.M.		Frecuencia	Porcentaje
0	0	25	38.5
1	1-7 años	25	38.5
2	8-13 años	9	13.8
3	14-19 años	2	3.1
4	20-25 años	4	6.2
Total		65	100.0

Con lo que respecta a la variable padece de alguna otra enfermedad se desglosaron 4 rangos: con un 37% de pacientes que tienen hipertensión arterial, 1% tiene artritis, alguna otra enfermedad cuenta con el 5% y el 57% ninguna otra enfermedad, sólo tienen Diabetes Mellitus (véase figura 5.4).

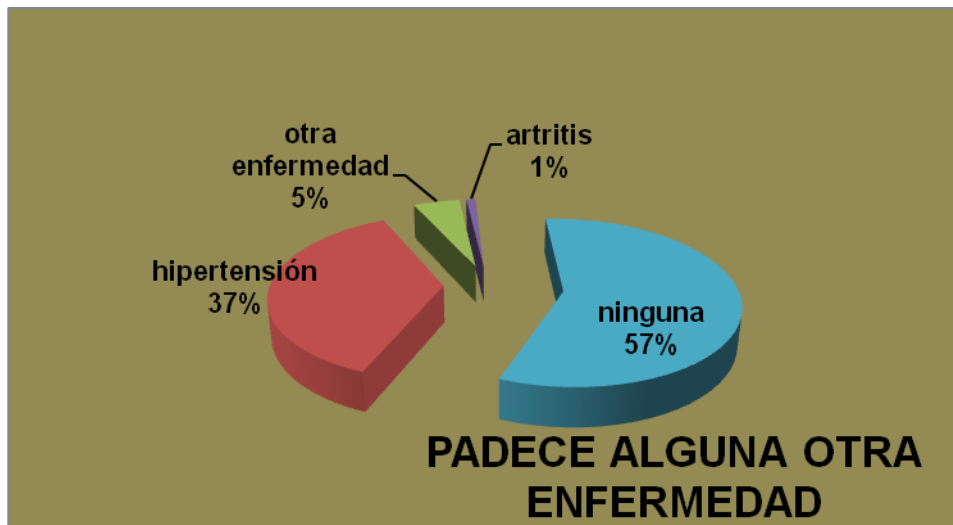


Fig.5.4 Padece alguna otra enfermedad. Muestra que el 57% de los pacientes solo tienen diabetes mellitus y el 43% restante, son diabéticos con alguna otra enfermedad más.

5.2.2. Descripción de reactivos del instrumento del estudio I.

Con el propósito de abordar el objetivo específico número tres, caracterización de los datos con el instrumento validado, a continuación se describen más detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los reactivos que conformaron los diferentes factores. Cabe mencionar que fueron 65 personas las encuestadas (N=65) y que sus respuestas estuvieron dadas en 4 opciones: nunca, casi nunca, casi siempre y siempre (escala de Likert).

En el Factor 1, se agrupan cuatro reactivos que midieron el aspecto de la actividad física, se analiza su frecuencia, porcentaje, media, desviación estándar y varianza de cada uno.

Con base en los datos arrojados se observa que poco más de la mitad de los encuestados realiza siempre ejercicios ligeros (55.4%), encontrándose su media entre la opción casi siempre y siempre (3.18).

Los ejercicios que realizo son ligeros

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	9	13,8	3.18	1.088	1.184
casi nunca	6	9,2			
casi siempre	14	21,5			
siempre	36	55,4			
Total	65	100,0			

Los encuestados refieren realizar el ejercicio acompañados en un 30.8%, mientras que en un mayor porcentaje de personas realizan ejercicio sin compañía en un 44.6 %. La media, 2.34 la encontramos entre la opción casi nunca y casi siempre.

El ejercicio lo realizo acompañado

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	29	44,6	2.34	1.32	1.75
casi nunca	5	7,7			
casi siempre	11	16,9			
siempre	20	30,8			
Total	65	100,0			

Los encuestados refieren siempre ser constantes con el ejercicio en un 30.8 %, alcanzando el mismo porcentaje la opción de casi siempre, con una media de 2.75, encontrándose entre la opción de casi nunca y casi siempre.

Soy constante con el ejercicio

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	11	16,9	2.75	1.07	1.15
casi nunca	14	21,5			
casi siempre	20	30,8			
siempre	20	30,8			
Total	65	100,0			

Los encuestados refieren hacer de 15 a 30 minutos diarios ejercicios en un 38.5%, mientras que su media se encuentra entre casi nunca y casi siempre con un 2.78

Hago ejercicio de 15 a 30 minutos diarios

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	10	15,4	2.78	1.02	1.04
casi nunca	12	18,5			
casi siempre	25	38,5			
siempre	18	27,7			
Total	65	100,0			

Resumiendo los resultados sobre los reactivos de actividad física, se menciona que la mayoría de los encuestados, siempre realizan ejercicios ligeros en un 55.4 %, realizan dicho ejercicio sin compañía (44.6 %), y siempre son constantes para hacer el ejercicio (30.8 %), casi siempre hacen dicho ejercicio de 15 a 30 minutos diarios el 38.5 %.

En el Factor 2, se agrupan cuatro reactivos que midieron el aspecto de conocimiento de la enfermedad, se analiza su frecuencia, porcentaje, media, desviación estándar y varianza de cada uno.

Con base en los datos arrojados se observa que poco menos de la mitad de los encuestados realiza siempre de forma periódica se checan glucosa y presión arterial (49.2%), encontrándose su media entre la opción casi siempre y siempre (3.22).

Periódicamente me checo glucosa y presión arterial

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	4	6,2	3.22	.927	.859
casi nunca	10	15,4			
casi siempre	19	29,2			
siempre	32	49,2			
Total	65	100,0			

Así también se observa, que en un 36.9 % de los pacientes, están al pendiente casi siempre de que la glucosa este controlada, encontrando una media de 2.78.

Estoy al pendiente de que la glucosa este controlada

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	13	20,0	2.78	1.097	1.203
casi nunca	8	12,3			
casi siempre	24	36,9			
siempre	20	30,8			
Total	65	100,0			

En un 46.2 %, los pacientes mencionan que de vez en cuando se checan glucosa y presión arterial; ubicando a la media entre casi siempre y siempre con 3.28.

De vez en cuando me checo glucosa y presión arterial

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	3	4,6	3.28	.820	.672
casi nunca	6	9,2			
casi siempre	26	40,0			
siempre	30	46,2			
Total	65	100,0			

Los pacientes refieren que en un 69.2 % siempre acuden a sus citas médicas, cabe aclarar que no se encontró paciente alguno que mencionará la opción de nunca acudo a las citas médicas. La media se ubica muy cercana a la opción siempre con 3.63.

Acudo a mis citas médicas

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	0	0	3.63	.601	.362
casi nunca	4	6,2			
casi siempre	16	24,6			
siempre	45	69,2			
Total	65	100,0			

Resumiendo los resultados de los reactivos que conforman el aspecto de conocimiento de la enfermedad, se obtuvo que la mayoría de los pacientes encuestados siempre acuden a sus citas médicas (69.2%), de vez en cuando se checan la glucosa y la presión arterial (46.2%), y quienes su chequeo lo hacen de forma periódica alcanzan un 49.2%. Así también, de los encuestados el 36.9% casi siempre están al pendiente de que su glucosa este controlada.

En el Factor 3, se agrupan tres reactivos que midieron el aspecto de la alimentación, se analiza su frecuencia, porcentaje, media, desviación estándar y varianza de cada uno.

Con base en los datos obtenidos, se observa que casi nunca los encuestados comen en la calle (44.6%), encontrándose su media entre la opción casi nunca y nunca (3.14).

Como en la calle

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
siempre	3	4,6	3.14	.827	.684
casi siempre	9	13,8			
casi nunca	29	44,6			
nunca	24	36,9			
Total	65	100,0			

Los encuestados refieren siempre cocinar su comida en un 63.1 %, encontrándose su media entre casi siempre y siempre 3.32.

Yo cocino mi comida

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	7	10,8	3.32	1.032	1.066
casi nunca	6	9,2			
casi siempre	11	16,9			
siempre	41	63,1			
Total	65	100,0			

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que los encuestados casi siempre comen más verduras que carne en un 50.8 %, encontrando la media muy cerca de la opción casi siempre 2.98.

Como más verduras que carne

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	1	1,5	2.98	.739	.547
casi nunca	15	23,1			
casi siempre	33	50,8			
siempre	16	24,6			
Total	65	100,0			

De acuerdo a los tres reactivos que conforman el aspecto alimentación, se concluye que la mayoría de los encuestados casi nunca comen en la calle (44.6%), que siempre cocinan su comida (63.1%), y que casi siempre comen más verduras que carne (50.8%).

En el Factor 4, se agrupan tres reactivos que midieron el aspecto del bienestar subjetivo, se analiza su frecuencia, porcentaje, media, desviación estándar y varianza de cada uno.

Con base en los datos arrojados se observa que más de la mitad de los encuestados refiere que casi siempre se ha sentido alegre y de buen humor (55.4%), cabe mencionar

que ningún encuestado refirió nunca haberse sentido alegre y de buen humor. Encontrándose su media entre la opción casi siempre y siempre (3.11).

Me he sentido alegre y de buen humor

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
Nunca	0	0	3.11	.664	.441
casi nunca	11	16.9			
casi siempre	36	55.4			
siempre	18	27.7			
Total	65	100.0			

El 47.7 % de los encuestados contestaron que casi siempre se han sentido activos y con energía, encontrando la media entre la opción casi siempre y siempre, 3.18.

Me he sentido activo y con energía

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	2	3,1	3.18	.768	.590
casi nunca	8	12,3			
casi siempre	31	47,7			
siempre	24	36,9			
Total	65	100,0			

Los encuestados refieren que casi siempre se han sentido tranquilos y relajados en un 49.2 %, encontrándose la media muy cerca de la opción casi siempre con un 2.95.

Me he sentido tranquilo y relajado

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Varianza
nunca	4	6,2	2.95	.837	.701
casi nunca	12	18,5			
casi siempre	32	49,2			
siempre	17	26,2			
Total	65	100,0			

En base a lo anterior se concluye, que los encuestados en general casi siempre se han sentido alegres y de buen humor (55.4%), activos y con energía (47.7%), tranquilos y relajados (49.2%).

En términos generales el instrumento constó con 14 reactivos sensibles y fáciles de responder para la población.

5.3 Análisis de Varianza

Primeramente, se menciona al programa de intervención como determinante del número de aciertos de autocuidado.

En una segunda sección, se abordará las 4 categorías (conocimiento de la enfermedad, alimentación, actividad física y bienestar subjetivo) que promueve el programa de intervención y en qué medida favoreció cada uno a la conducta del autocuidado.

Posteriormente se analiza la posición del programa de intervención como determinante entre los diferentes grupos de la muestra.

Por último, se analiza la relación entre la intervención y factores sociodemográficas determinantes de la conducta de autocuidado.

5.3.1. Análisis de varianza del Programa de Intervención

Con el fin de identificar la influencia del programa de intervención se realizó una análisis de varianza, el cual reportó una diferencia entre el antes y después de la Intervención en una muestra dada (N=25), mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(1,23)} = 3.604$; $P = 0.03$) (Véase tabla 5.7).

Tabla 5.7 Análisis de varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa entre el antes y después de la intervención.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1066,083	1	66,630	3.604	.036
Intra-grupos	147,917	23	18,490		
Total	1214,000	24			

En un siguiente análisis, se obtuvieron hallazgos similares al contrastar a grupos con y sin intervención. Los datos obtenidos indican que existe una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(1,63)}=5.33$; $P=0.02$) (véase tabla 5.8), por tanto se concluye que si influyo la intervención realizada en pacientes diabéticos para promover habilidades de autocuidado.

Tabla 5.8 Análisis de varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, es decir, el programa de intervención influyo para promover habilidades de autocuidado.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Regresión	292,820	1	292,820	5.337	.024
	Residual	3456,565	63	54,866		
	Total	3749,385	64			

a Variables predictoras: (Constante), intervención

b Variable dependiente: después de la intervención

Si bien, en su conjunto el programa de intervención favoreció el desarrollo de habilidades de autocuidado, una pregunta que surge es: ¿en qué habilidad existió un mayor impacto?

5.3.2. Habilidad determinada por la intervención

Con el propósito de identificar la habilidad con mayor puntaje se analizó mediante el estadístico regresión lineal. El programa favoreció 4 aspectos siendo los siguientes: conocimiento de la enfermedad, alimentación, actividad física y bienestar subjetivo, los

datos obtenidos indican que la habilidad de “conocimiento sobre la enfermedad” presentó un mayor promedio *con respecto a los otros tres aspectos* siendo el promedio de 14, seguido de realizar actividad física con promedio de 11, mientras que tanto la habilidad para alimentarse adecuadamente, como el bienestar subjetivo alcanzaron un promedio de 9; los datos indican que en el “conocimiento de la enfermedad” existe una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(1, 63)} = 13.09$; $P = .001$) (véase tabla 5.9).

Tabla 5.9. Regresión lineal. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, de la habilidad de “conocimiento de la enfermedad” es la que mayor impacto presentó dentro de la intervención.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	84,500	1	84,500	13.095	.001
	Residual	406,515	63	6,453		
	Total	491,015	64			

a Variables predictoras: (Constante), intervención

b Variable dependiente: conocimiento después de la intervención.

5.3.3 Análisis del Programa como determinante entre los diferentes grupos (con intervención; sin intervención; sanos), en lo que se refiere a las habilidades.

Con el fin de determinar la diferencia entre los grupos de investigación, se realizó el anova de un factor, los datos indican que en dos habilidades: conocimiento de la enfermedad y actividad física, hubo diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,62)}=10.267$; $p=.000$) y ($F_{(2,62)}=9.886$, $p=.000$) (véase tabla 5.10) respectivamente.

Tabla 5.10 Análisis de varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa de las habilidades, en los tres diferentes grupos.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CONOCIMIENTO	Inter-grupos	122.162	2	61.081	10.267	.000
	Intra-grupos	368.853	62	5.949		
	Total	491.015	64			
ACTIVIDAD FÍSICA	Inter-grupos	204.981	2	102.490	9.886	.000
	Intra-grupos	642.773	62	10.367		
	Total	847.754	64			
ALIMENTACIÓN	Inter-grupos	9.122	2	4.561	1.154	.322
	Intra-grupos	245.093	62	3.953		
	Total	254.215	64			
BIENESTAR SUBJETIVO	Inter-grupos	6.265	2	3.132	.880	.420
	Intra-grupos	220.720	62	3.560		
	Total	226.985	64			

Dada la diferencia en estas dos habilidades, surge una interrogante con respecto a la comparación entre los tres grupos (diabéticos con intervención; diabéticos sin intervención y sanos). ¿En qué medida difieren los tres grupos?

Para ello se realizó la prueba post hoc de comparaciones múltiples (Tukey). Como se observa en la tabla 5.11, el grupo de diabéticos con intervención desarrollo más la habilidad de conocimiento de la enfermedad en comparación con los otros dos grupos: sanos ($p=.001$) y diabéticos sin intervención ($p=.001$).

Con lo que respeta a la habilidad de actividad física el grupo de diabéticos sin intervención presenta mayor desarrollo que el grupo con intervención ($p=.011$) al igual que con el grupo de sanos ($p=.000$).

Tabla 5.11 Análisis de la prueba post hoc comparaciones múltiples. Muestra las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Comparaciones múltiples

HSD de Tukey

Variable dependiente	(I) INTERVE	(J) INTERVE	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
CONOCIMIENTO	1	2	-.51	.797	.801
		3	2.60(*)	.690	.001
	2	1	.51	.797	.801
		3	3.11(*)	.797	.001
	3	1	-2.60(*)	.690	.001
		2	-3.11(*)	.797	.001
ACTIVIDAD FISICA	1	2	-3.15(*)	1.052	.011
		3	1.52	.911	.225
	2	1	3.15(*)	1.052	.011
		3	4.67(*)	1.052	.000
	3	1	-1.52	.911	.225
		2	-4.67(*)	1.052	.000

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

En suma, Se desarrollaron las cuatro categorías en la intervención, pero éstas no tuvieron el mismo impacto en los pacientes diabéticos, la habilidad de conocimiento sobre el padecimiento fue la de mayor puntaje y reportó diferencia significativa. Así también, con respecto a la comparación entre los tres grupos (diabéticos con intervención; diabéticos sin intervención y sanos), el análisis refiere que la habilidad de conocimiento de la enfermedad sobresale el puntaje en el grupo de diabéticos con intervención.

Por último, se analizó la influencia de variables sociodemográficas.

5.3.4 Análisis de los determinantes de la intervención y factores sociodemográficos en la conducta de autocuidado

Para dar respuesta al objetivo específico de analizar la intervención y los factores sociodemográficos, como determinantes en la conducta de autocuidado. Se realizaron

tres estadísticos: Durbin Watson, regresión lineal “F” y Post Hoc de comparaciones múltiples. A continuación se describen.

a) edad

De acuerdo con las dos variables (intervención y rango de edad) se obtuvo que son primeramente independientes (Durbin Watson 1.899) (véase tabla 5.12) y que determinan la conducta de autocuidado obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2, 62)} = 9.24$; $P = .000$), (véase tabla 5.13).

Tabla 5.12. Análisis de varianza. Muestra de acuerdo al Durbin-Watson, que ambas variables (rango de edad e intervención) son independientes.

Modelo	R	R cuadrado	Durbin-Watson
1	.479(a)	.230	1.899

a Variables predictoras: (Constante), rango edad, intervención
 b Variable dependiente: después de la intervención

Tabla 5.13. Análisis de la varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, de rango de edad y la intervención.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	861,179	2	430,589	9.243	.000
	Residual	2888,206	62	46,584		
	Total	3749,385	64			

a Variables predictoras: (Constante), rango edad, intervención
 b Variable dependiente: después de la intervención

Con base a los datos anteriores, existe una diferencia significativa por rango de edad, una pregunta razonable sería identificar ¿qué rango de edad presentó mayor habilidad de autocuidado? Para ello se realizó la prueba post hoc de comparaciones múltiples (Tukey).

Los datos indican que hubo una diferencia, estadísticamente significativas como se indica a continuación (véase tabla 5.14).

Tabla 5.14. Análisis de la prueba post hoc de comparaciones múltiples (Tukey). Muestra las diferencias (de medias) siendo mayor en el rango de 65 a 75 años.

Comparaciones múltiples

HSD de Tukey

	(I) rango edad	(J) rango edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Variable dependiente TOTAL2	1	2	1.55	2.499	.926
		3	-5.55	2.427	.112
		4	-7.89(*)	2.369	.008
	2	1	-1.55	2.499	.926
		3	-7.10(*)	2.382	.021
		4	-9.44(*)	2.323	.001
	3	1	5.55	2.427	.112
		2	7.10(*)	2.382	.021
		4	-2.34	2.245	.725
	4	1	7.89(*)	2.369	.008
		2	9.44(*)	2.323	.001
		3	2.34	2.245	.725

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

En concreto, la intervención con el rango de edad influyen para una mejor conducta de autocuidado, siendo los del rango de edad de 65 a 75 años quienes mejor se cuidan en comparación con los de 32 a 42 años ($p=.008$) y con los de 43 a 53 años ($p=.001$).

b) Tiempo de haber sido diagnosticado el paciente

De acuerdo con las dos variables (rango de tiempo de diagnóstico e intervención) se obtuvo que son primeramente independientes (Durbin Watson 1.634) (véase tabla 5.15) y

que determinan la conducta de autocuidado obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2, 62)} = 3.236$; $P = .046$), (véase tabla 5.16).

Tabla 5.15 Análisis de varianza. Muestra de acuerdo al Durbin-Watson, que ambas variables (intervención y rango de tiempo de diagnóstico) son independientes.

Modelo	R	R cuadrado	Durbin-Watson
1	.307(a)	.095	1.634

a Variables predictoras: (Constante), intervención y rango de tiempo de diagnóstico

b Variable dependiente: después de la intervención

Tabla 5.16. Análisis de la varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, de intervención y rango de tiempo de diagnóstico.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	354.347	2	177.173	3.236	.046
	Residual	3395.038	62	54.759		
	Total	3749.385	64			

a Variables predictoras: (Constante), rango de tiempo de diagnóstico, intervención

b Variable dependiente: después de la intervención

Posteriormente se realiza la prueba post hoc de comparaciones múltiples (Tukey) se obtuvo diferencia por rango de tiempo de diagnóstico, siendo estadísticamente significativas como se indica a continuación (véase tabla 5.17).

Tabla 5.17. Análisis de la prueba post hoc de comparaciones múltiples (Tukey). Muestra las diferencias (de medias) por rango de tiempo de diagnóstico.

Comparaciones múltiples
HSD de Tukey

	(I) rango de tiempo diagnóstico	(J) rango de tiempo diagnóstico	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
VARIABLE DEPENDIENTE TOTAL 2	0	1	-6.44(*)	1.988	.016
		2	-7.44	2.732	.062
		3	-11.94	5.165	.155
		4	-2.94	3.785	.936
	1	0	6.44(*)	1.988	.016
		2	-1.00	2.732	.996
		3	-5.50	5.165	.824
		4	3.50	3.785	.886

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Se concluye, que los pacientes diagnosticados en los primeros siete años son quienes mejor se cuidan, e incluso más que los sanos ($p=.016$).

c) Estado civil

De acuerdo con las dos variables (estado civil e intervención) se obtuvo que son independientes (Durbin Watson 1.477) (véase tabla 5.18) y que determinan la conducta de autocuidado obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2,62)} = 5.976$; $P = .004$), (véase tabla 5.19).

Tabla 5.18 Análisis de varianza. Muestra de acuerdo al Durbin-Watson, que ambas variables (intervención y estado civil) son independientes.

Modelo	R	R cuadrado	Durbin-Watson
1	.402(a)	.162	1.477

a Variables predictoras: (Constante), intervención, estado civil

b Variable dependiente: después de la intervención

Tabla 5.19 Análisis de la varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, de la intervención y del estado civil.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	606,002	2	303,001	5.976	.004
	Residual	3143,382	62	50,700		
	Total	3749,385	64			

a Variables predictoras: (Constante), intervención, estado civil

b Variable dependiente: después de la intervención

En un siguiente análisis se realiza la prueba post hoc de comparaciones múltiples (Tukey) se obtuvo diferencia por estado civil, siendo estadísticamente significativas como se indica a continuación (véase tabla 5.20).

Como se observa, la intervención con el estado civil influyen para una mejor conducta de autocuidado, siendo las viudas quienes se cuidan más que las solteras ($p=.003$), las casadas ($p=.006$) y las de unión libre ($p=.000$). Por otra lado, las casadas se cuidan más que las de unión libre ($p=.041$) y, a su vez, las madres solteras se cuidan más que las de unión libre ($p=.021$).

d) Sexo

De acuerdo con las dos variables (sexo e intervención) se obtuvo que son independientes (Durbin Watson 1.661) (véase tabla 5.21) y que determinan la conducta de autocuidado obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2, 62)} = 9.19$; $P = .000$), (véase tabla 5.22).

Tabla 5.20 Análisis de la prueba post hoc comparaciones múltiples.
Muestra las diferencias (de medias) por estado civil.

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: después de la intervención
DMS de Tukey

	(I) estado civil	(J) estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
DMS	soltera(o)	casada(o)	-3,473	2,896	.235
		madre soltera	-6,619	3,861	.092
		unión libre	2,571	3,709	.491
		separada (o)	-5,536	4,350	.208
		viuda	-10,952(*)	3,497	.003
	casada(o)	soltera(o)	3,473	2,896	.235
		madre soltera	-3,146	3,087	.312
		unión libre	6,045(*)	2,896	.041
		separada (o)	-2,063	3,680	.577
		viuda	-7,479(*)	2,618	.006
	madre soltera	soltera(o)	6,619	3,861	.092
		casada(o)	3,146	3,087	.312
		unión libre	9,190(*)	3,861	.021
		separada (o)	1,083	4,479	.810
		viuda	-4,333	3,657	.241
	unión libre	soltera(o)	-2,571	3,709	.491
		casada(o)	-6,045(*)	2,896	.041
		madre soltera	-9,190(*)	3,861	.021
		separada (o)	-8,107	4,350	.067
		viuda	-13,524(*)	3,497	.000
separada (o)	soltera(o)	5,536	4,350	.208	
	casada(o)	2,063	3,680	.577	
	madre soltera	-1,083	4,479	.810	
	unión libre	8,107	4,350	.067	
	viuda	-5,417	4,170	.199	
viuda	soltera(o)	10,952(*)	3,497	.003	
	casada(o)	7,479(*)	2,618	.006	
	madre soltera	4,333	3,657	.241	
	unión libre	13,524(*)	3,497	.000	
	separada (o)	5,417	4,170	.199	

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 5.21 Análisis de varianza. Muestra de acuerdo al Durbin-Watson, que ambas variables (intervención y sexo) son independientes.

Modelo	R	R cuadrado	Durbin-Watson
1	.478(a)	.229	1.661

- a Variables predictoras: (Constante), sexo, intervención
 b Variable dependiente: después de la intervención

Tabla 5.22 Análisis de la varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, de intervención y sexo.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	857,536	2	428,768	9.193	.000
	Residual	2891,848	62	46,643		
	Total	3749,385	64			

- a Variables predictoras: (Constante), sexo, intervención
 b Variable dependiente: después de la intervención

Los datos indican que existe diferencia significativa. Análisis de medias, muestra que las mujeres obtuvieron mayor puntaje en comparación con los hombres (tabla 5.23); es decir, las mujeres obtuvieron mayor puntaje en las habilidades de autocuidado.

Tabla 5.23 Análisis de medias. Muestra mayor puntaje en las mujeres.

Sexo	Media	N	Desv. típ.
Mujer	43.82	51	7.405
Hombre	38.21	14	7.138
Total	42.62	65	7.654

e) Ocupación

De acuerdo con las dos variables (intervención y ocupación) se obtuvo que son independientes (Durbin Watson 1.696) (véase tabla 5.24) y que determinan la conducta de autocuidado obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2,62)} = 11.722$; $P = .000$), (véase tabla 5.25).

Tabla 5.24 Análisis de varianza. Muestra de acuerdo al Durbin-Watson, que ambas variables (intervención y ocupación) son independientes.

Modelo	R	R cuadrado	Durbin-Watson
1	.524(a)	.274	1.696

a Variables predictoras: (Constante), ocupación, intervención

b Variable dependiente: después de la intervención

Tabla 5.25 Análisis de varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, de intervención y ocupación.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1028,726	2	514,363	11.722	.000
	Residual	2720,659	62	43,882		
	Total	3749,385	64			

a Variables predictoras: (Constante), ocupación, intervención

b Variable dependiente: después de la intervención

Con base a los datos anteriores, existe una diferencia significativa por ocupación, una pregunta razonable sería identificar ¿qué ocupación presentó mayor habilidad de autocuidado? Para ello se realizó la prueba post hoc de comparaciones múltiples (Tukey). Se retoma la ocupación en base a su remuneración económica: a) remuneración económica fija (empleado, profesionista), remuneración económica variable (comerciante, taxista, empleada doméstica) y ninguna remuneración económica (dedicada al hogar y desempleado).

Los datos indican que hubo una diferencia, estadísticamente significativas como se indica a continuación (véase tabla 5.26).

Tabla 5.26 Análisis de la prueba post hoc comparaciones múltiples. Muestra las diferencias (de medias) por ocupación.

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: después de la intervención

	(I) ocupación	(J) ocupación	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
DMS	empleado, profesionalista	comerciante, taxista, empleada doméstica	,586	3,303	.860
		dedicada al hogar, desempleado	-5,044	2,684	.065
	comerciante, taxista, empleada doméstica	empleado, profesionalista	-,586	3,303	.860
		dedicada al hogar, desempleado	-5,630(*)	2,472	.026
	dedicada al hogar, desempleado	empleado, profesionalista	5,044	2,684	.065
		comerciante, taxista, empleada doméstica	5,630(*)	2,472	.026

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Como se observa, la intervención con la ocupación influyen para una mejor conducta de autocuidado, siendo las dedicadas al hogar y desempleados quienes se cuidan más ($p=.026$).

f) Escolaridad

De acuerdo con las dos variables (intervención y escolaridad) se obtuvo que son independientes (Durbin Watson 1.653) (véase tabla 5.27) y que determinan la conducta de autocuidado obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2,62)} = 3.205$; $P=.047$), (véase tabla 5.28).

Tabla 5.27 Análisis de varianza. Muestra de acuerdo al Durbin-Watson, que ambas variables (intervención y escolaridad) son independientes.

Modelo	R	R cuadrado	Durbin-Watson
1	.306(a)	.094	1.653

a Variables predictoras: (Constante), intervención, escolaridad

b Variable dependiente: después de la intervención

Tabla 5.28 Análisis de varianza. Muestra la diferencia estadísticamente significativa, de intervención y escolaridad.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	351,340	2	175,670	3.205	.047
	Residual	3398,045	62	54,807		
	Total	3749,385	64			

a Variables predictoras: (Constante), intervención, escolaridad

b Variable dependiente: después de la intervención

Al analizar conjuntamente intervención y escolaridad, se obtiene diferencia significativa (.047). Sin embargo, la sola escolaridad no reporta diferencias en la conducta de autocuidado, como se observa en la tabla 5.29.

Tabla 5.29. Análisis de varianza. Muestra no haber diferencia estadísticamente significativa en la escolaridad.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31.471	1	31.471	.533	.468
	Residual	3717.913	63	59.014		
	Total	3749.385	64			

a Predictors: (Constant), escolaridad

b Dependent Variable: después de la intervención

En conclusión, las variables sociodemográficas de acuerdo a lo anteriormente señalado por sí solas no determinan la conducta de autocuidado (Durbin-Watson), pero al conjuntarse con la intervención “Cuidando tu salud” la situación cambia favorablemente, ya que la intervención determina significativamente la conducta de autocuidado (regresión lineal “F” y Post Hoc de comparaciones múltiples).

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este apartado se integran y discuten los resultados obtenidos en el estudio, así como el apoyo teórico-metodológico en que están sustentados, la conclusión a que se llega, las limitaciones y las perspectivas para futuras investigaciones.

En México, desde hace algunas décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables.

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal. Además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera. De ahí la importancia de realizar estudios que brinden alternativas para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos y aminorar las complicaciones en ellos (Castillo, et al., 2008; Olaiz, et al., 2007; Cárdenas, 2008; López y Rodríguez, 2006).

Entre estas alternativas se consideran los programas de intervención; por lo que el presente estudio se planteo como objetivo implementar el programa de intervención “Cuidando tu salud”, donde el Trabajador Social junto con el equipo interdisciplinario (Enfermera, Médico, Nutrióloga, Psicóloga) promovieron habilidades de autocuidado de la salud de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Cabe aclarar que de acuerdo a la estrategia metodología utilizada en la presente investigación, se plantearon dos

estudios: El primero fue: Elaboración del instrumento y el segundo: Diseño e implementación del programa de intervención.

Estudio I. Elaboración del instrumento.

El autocuidado se ha entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas, en determinados periodos de tiempo, por sí mismos con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y bienestar. Estas acciones cotidianas son actos deliberados y racionales, que se vuelven parte de la rutina de vida (Arenas et al., 2004).

En esta línea de ideas, la Escala de Autocuidado para pacientes diabéticos se construyó para medir uno de los aspectos de la calidad de vida, las conductas de cuidado personal y con ello facilitar el manejo de la diabetes. Este instrumento se enfocó como escala multidimensional, en cada uno de los cuatro factores se pudo identificar cualidades psicométricas positivas y aspectos a corregir. Las cargas factoriales aceptables fueron mayores a .400 y en la mayoría de los casos se obtuvieron consistencias internas superiores a .70. Desde el punto de vista conceptual, se logró coincidencia con trabajos previos, tal es el caso con el Índice de Bienestar Psicológico de Castillo et al. (2008), para evaluar el bienestar subjetivo de los diabéticos de manera rápida y confiable. En la Escala de Autocuidado para pacientes DM tipo 2, se identificaron además de la categoría de bienestar subjetivo, tres dimensiones más, conocimiento de la enfermedad, manejo de la alimentación y realización de actividad física, en las tres dimensiones se obtuvieron cargas factoriales superiores a .400 y con una consistencia interna superior a .70, en estudios anteriores se reporta la importancia de que los pacientes comprendan su estado de salud para actuar identificando los síntomas (Olaiz, et al., 2007), consumiendo una dieta balanceada y evitando el sedentarismo (Cárdenas, 2008). Trabajos previos han seguido con éxito una pauta similar de evaluación de la calidad de vida del diabético (López y Rodríguez, 2006). El contar con un instrumento que permita la valoración de esas acciones de forma rápida y confiable permitió una atención adecuada al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Los factores, tal como se indicó en este estudio, siguieron una

concepción de contener reactivos específicos a la situación de autocuidado en conductas necesarias para la salud y el bienestar del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. En esta forma, la escala constituyó una evaluación accesible para estimar las habilidades de autocuidado y satisface el propósito del primer estudio. Este tipo de habilidades son en general reactivos sencillos y fáciles de aprender, y constituyen parte de la regulación personal “de la vida diaria” que buscan establecer el equipo interdisciplinario para lograr el objetivo primordial un autocuidado exitoso mediante el programa de “cuidando tu salud”.

El instrumento, arriba interpretado sirvió para medir en qué nivel se encontraron los participantes antes y después del programa.

Estudio 2. Diseño e implementación del programa de intervención

En términos generales, el programa de intervención consistió en acciones sistemáticas, planificadas, orientadas al logro de objetivos y metas, como respuesta a los requerimientos de los pacientes diabéticos, en un contexto espacio-temporal determinado, donde previamente se han identificado y priorizado las necesidades de intervención en el incremento de habilidades de autocuidado (Bisquerra, 1998; Vélaz de Medrano, 1998; Rodríguez y colaboradores, 1999).

La pregunta que guió este estudio fue averiguar ¿en qué medida el programa de intervención para pacientes diabéticos denominado “Cuidando tu salud”, promueve un cambio de habilidades de autocuidado de la salud (conocimientos, alimentación, actividad física)?

Teniendo presente que el autocuidado es una función reguladora del hombre (Loo y Hernández, 2005), llevando acciones intencionadas que la persona realiza en beneficio de su salud (Lange et al., 2006), desarrollo, bienestar propio y que al practicarlas se transformarán en hábitos. Estas acciones cotidianas son actos deliberados y racionales, que en ocasiones uno no se da cuenta pero se vuelven parte de la rutina de vida.

Considerando lo anterior, la pregunta se respondió con el siguiente supuesto.

“Si se aplica un programa de intervención, entonces se incrementa los puntajes en las habilidades de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2”

Los datos obtenidos en la escala de autocuidado (aplicada antes y después de la intervención) permiten aceptar la hipótesis anterior, ya que el programa de intervención fue el determinante del número de puntajes de autocuidado, es decir, el programa favoreció el incremento de las habilidades de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Se aplicó el programa a una muestra de pacientes diabéticos, con la comparación (antes y después), se está en posibilidad de interpretar y verificar que se promovieron cambios en las habilidades de autocuidado, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(1,23)} = 3.604$; $P = 0.03$). Es decir la intervención favoreció el incremento en las cuatro habilidades de autocuidado (conocimiento de la enfermedad, alimentación, actividad física y bienestar subjetivo). Asimismo, se realizó comparación entre los pacientes que recibieron el programa y los pacientes que no lo recibieron. Los datos obtenidos mostraron una diferencia estadísticamente significativa de ($F_{(1,63)} = 5.33$; $P = 0.02$). Estos hallazgos son similares a los reportados por Haro, 2006; Fuentes, 2006; López, 2006.

Si bien, el programa de intervención desarrolló las cuatro habilidades se pudo comprobar que la habilidad con mayor puntaje fue el “conocimiento de la enfermedad” presentando una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(1,63)} = 13.09$; $P = .001$); estos hallazgos confirman lo mencionado por Olaiz, 2007; Goday, 2002.

Por otro lado, para determinar la diferencia entre estos grupos (diabéticos con intervención; diabéticos sin intervención y sanos), los datos indican que en dos habilidades: conocimiento de la enfermedad y actividad física, hubo diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,62)} = 10.267$; $p = .000$) y ($F_{(2,62)} = 9.886$, $p = .000$),

respectivamente. Ahora bien, los tres grupos difirieron entre sí de la siguiente forma: el grupo de diabéticos con intervención desarrollo más la habilidad de conocimiento de la enfermedad en comparación con los otros dos grupos: sanos ($p=.001$) y diabéticos sin intervención ($p=.001$). Estos hallazgos confirman lo mencionado por Oviedo, 2001; Goday, 2002. Donde las personas se involucran con mayor facilidad en la formación teórica, y muy difícilmente se comprometen a la realización de acciones como la actividad física. Por lo contrario, en el grupo de diabéticos sin intervención, se encontró un mayor puntaje de respuestas correctas en la habilidad de actividad física, encontrando diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2,62)}=9.886$, $p=.000$). Cabe aclarar, que este último grupo, desde hace cinco años se reúne y ha trabajado, principalmente, la habilidad de actividad física (rutinas de ejercicios ligeros, de bajo impacto), por lo que mostró mayor desarrollo en esta habilidad de autocuidado, aun sin intervención. Estos hallazgos son congruentes con los reportados por otros autores que indican que el ejercicio es básico en el control del paciente diabético (García, et al. 2004), pero solo retomar este aspecto también ha demostrado ser insuficiente para mejorar su salud.

En suma, el trabajo de intervención mediante programas es una estrategia adecuada para favorecer el desarrollo de habilidades de autocuidado, siempre y cuando se contemple el tamaño de la muestra y sus metas sean a corto plazo como lo señalan los estudios reportados por Arroyo, et al. (2008), quienes afirman que un programa breve e individual (18 personas) garantiza resultados exitosos. Estos hallazgos mostrarían porque en estudios macro no se obtienen resultados satisfactorios (Rodríguez, 2007).

Como se ha venido observando, se retomo para esta investigación, las siguientes habilidades de autocuidado del paciente diabético: conocimiento de enfermedad, alimentación adecuada, actividad física y bienestar subjetivo. Ésta última, durante la intervención del programa no se realizó sesiones dirigidas al bienestar subjetivo de los participantes, aunque si fueron evaluadas tanto al inicio como al término del programa, considerando que podría existir un cambio favorable cuando las personas mejorarán sus habilidades en el autocuidado. Los datos apuntan en esa dirección, ya que existieron

cambios mínimos a favor de aumentar el bienestar subjetivo de los participantes (Castillo, et al., 2008).

Conocimiento sobre la enfermedad, incluyó los aspectos básicos relativos a la diabetes, aparatos y órganos que afecta, sintomatología, factores de riesgo, componentes y metas de tratamiento, el automonitoreo de glucosa sanguínea por parte del paciente, lograr niveles lo más cercano a lo normal de glucosa y presión arterial así como la prevención y vigilancia de posibles complicaciones de la enfermedad (López, 2006; Oviedo, 2001; Laguna et al, 2007; Goday, 2002).

Alimentación, Tomando en consideración a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. El establecimiento del plan alimentario se efectuó con base en los hábitos del propio paciente. La dieta para el paciente diabético fue variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones del consumo de grasas, con el objeto de mantener concentraciones normales de glucosa en sangre y disminuir los niveles de lípidos (Rodríguez, 2007).

En la actividad física, se consideró que el ejercicio es básico en el control del paciente diabético, ya que con práctica y constancia se pretende lograr flexibilidad, agilidad, así como modificar el índice de masa corporal y bajar las cifras de la presión arterial en los pacientes y por consecuencia bajar cifras de glucosa. (García, et al., 2004, Rodríguez, 2007).

En conclusión, los hallazgos obtenidos en este estudio, muestran la importancia que tiene el desarrollar de forma integral las cuatro habilidades de autocuidado en los pacientes diabéticos, y no en forma aislada (García, et al., 2004, Rodríguez, 2007). Desarrollar el programa de intervención (Olaiz,2007), permitió al paciente reconocer y visualizar de forma integral su padecimiento; así como, activar en él nuevas habilidades que deben adquirir para mantener el balance de su salud y su calidad de vida, por lo que su control no solo requiere de la toma de medicamentos (Oviedo, 2001; Goday, 2002), sino de la

modificación de un conjunto de conductas o habilidades como son: la realización de la actividad física (García, et al., 2004; Rodríguez, 2007), el apego a la dieta (NOM 15, 1994) y el cuidado general de la salud para evitar las complicaciones (López, 2006).

Si bien estos cambios se observaron básicamente en la comparación entre el pretest y postest, durante la intervención, la trabajadora social realizó dos tipos de retroalimentación una dirigida al grupo interdisciplinario y la otra al grupo de intervención. En la primera la retroalimentación consistió en identificar los avances del programa para en caso de ser necesario, realizar ajustes acordes con las demandas del grupo.

Mientras que en la segunda, con respecto al grupo, se percató de las modificaciones en las habilidades de autocuidado que los mismos pacientes van reconociendo en su persona y externando hacia el grupo (sus pares), como ocurrió en varios casos. Por ejemplo, al concluir la sesión de conocimiento de la enfermedad, una de las participantes externo voluntariamente la importancia de apegarse al tratamiento médico para el cuidado de su salud con el testimonio siguiente:

“...ahora si entiendo porque debo tomarme las pastillas según me dice el médico, en lo que se refiere a horario y cantidad de pastillas, yo pensaba que eran muchas y solo me tomaba las que yo quería y cuando me acordaba sin llevar el orden indicado, -hoy unas, mañana otras-, ahora entiendo porque las pastillas de gibenclamida se toman antes de los alimentos, éstas estimulan al páncreas para que liberen insulina y posteriormente se puedan aprovechar mejor los alimentos (metabolizar) los alimentos. La metformina me ayuda a que se utilice tanto la glucosa como la insulina de manera adecuada”.

Otro ejemplo, se presentó durante las sesiones de *alimentación del diabético*, un participante aportó su opinión de esta manera:

“...antes creía que por ser fruta podía comer todo lo que quisiera, y como me gusta la piña, pues casi me comía una completa, ahora sé que eso no debe ser. Debo cuidar las porciones de los alimentos aún cuando sea fruta, porque contiene cantidades elevadas de azúcar. Debo de comer de los tres grupos de alimentos, de forma balanceada”.

Esta parte vivencial del trabajo del grupo enriqueció la dinámica y cohesión del mismo, favoreciendo esa actitud positiva a reconocerse y aceptarse como diabético, lo cual fue posible gracias a la interacción personal entablada por la trabajadora social, actividad característica de esta profesión como lo señala Johnson (1992), el trabajador social tiene como principal instrumento la interacción personal con el individuo y/o el grupo (Brezmes, 2001).

De esta manera, el Trabajador social fungió como el personaje que integra y da seguimiento al grupo, coordina y dirige las actividades del equipo interdisciplinario, logrando mayor coherencia e impacto en el trabajo hacia el grupo. El trabajador social tiene la posibilidad de conducir todos los cambios que se van dando en el grupo. El Trabajador social es parte del equipo interdisciplinario y garantía de una atención de calidad (Martín, 2003).

Así también para el sector salud, este tipo de estrategias llevadas a cabo en el primer nivel de atención de la salud, integradas y coordinadas por un equipo interdisciplinario de profesionales de diferentes áreas, siempre serán de gran importancia, ya que de acuerdo a los objetivos que tiene Salud Pública de detección, promoción y prevención de la salud se logran cumplir, como lo observado en este estudio. Por otro lado, el sistema de salud requiere de este tipo de estrategias de intervención para que se multipliquen y coadyuven a llevar un buen control del paciente con diabetes mellitus tipo 2, así como, disminuir los gastos económicos que genera el alto costo de su tratamiento y de la prevención de sus complicaciones, tanto para el paciente como para el sector salud (OPS, 2000; Anuario, 2000). Estos hallazgos son congruentes con los estudios de tipo evaluación revisados, han brindado información, la cual invita a que se continúe trabajando en investigaciones a nivel intervención (Olaiz, 2007; Haro, 2006; Lavielle, 2006; Del Castillo et al. 2007).

Si bien el programa cuidando tu salud impacto favorablemente en el autocuidado, éste puede aumentar (la varianza) al incorporar alguna de las variables sociodemográficas

como fue el caso de tiempo de haber sido diagnosticados, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2,62)}=3.236$; $P=.046$) y concluyendo que los pacientes diagnosticados en los primeros siete años son quienes mejor se cuidan, de acuerdo a la prueba post hoc. Con lo que respecta a la sola escolaridad no reporta diferencias entre los distintos niveles escolares. Al analizarla conjuntamente con el programa se obtiene diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2,62)}=3.205$; $P=.047$). Con ocupación, se obtiene una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(2,62)}= 11.722$; $P=.000$), cuidándose más las dedicadas al hogar y desempleados ($p=.026$). Estos hallazgos confirman lo mencionado por Olaiz, 2007; Lavielle, 2006; Haro, 2006. Donde a partir de cómo se informa al paciente con diabetes de su situación, dependerá en gran medida el devenir de éste. Así como se identificaron variables asociadas con la presencia de diabetes mellitus, la edad, la baja escolaridad, entre otras.

Por otra parte, el instrumento con base en una metodología rigurosa, brinda confianza para poder utilizarlo en otras unidades de salud y poder detectar, de forma rápida y sencilla el nivel de desarrollo de las habilidades de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para posteriormente, quizás, elaborar el perfil de cómo llega el paciente diabético a la unidad de salud y por donde iniciar su labor el equipo de salud. Este instrumento arroja información con respecto a las habilidades de autocuidado en los aspectos fundamentales (conocimiento de la enfermedad, alimentación adecuada, actividad física y bienestar subjetivo), para coadyuvar al control del paciente diabético de forma adecuada y sostenida procurando siempre evitar las complicaciones o por lo menos alargarlas lo más posible.

Limitantes

Si bien existieron resultados favorables en corto tiempo, sería conveniente tener un seguimiento de los cambios para garantizar la efectividad y cambio permanente en las habilidades. Sobre todo en las de alimentación adecuada y actividad física, ya que el haberle asignado cuatro y seis sesiones respectivamente en el desarrollo de la

intervención fueron insuficientes. Ambas habilidades de autocuidado requieren por parte del paciente de compromiso y apego a ellas, observando que la cuestión cultural (Lavielle, 2006) tiene que ver en la modificación de su conducta en beneficio de su salud, es muy fuerte la cuestión de inadecuados hábitos alimenticios, horarios establecidos y número de alimentos al día (específicos para el paciente diabético: desayuno, colación, comida, colación, cena), falta de conocimiento sobre nutrientes y aportes alimenticios. Si a esto aunamos la cuestión del bombardeo en medios de comunicación que invitan al consumo de alimentos inadecuados (productos chatarra, refrescos, pasteles, etc.) y a la facilidad de encontrar en la vía pública alimentos ricos en grasas y carbohidratos, el paciente diabético tardará más tiempo en apegarse y modificar la habilidad de autocuidado en lo que respecta a su alimentación.

Por lo consiguiente, se recomienda para próximos estudios, planear acciones prácticas y demostrativas, así como desglosar las temáticas, para el caso de alimentación (cocinar junto con ellos recetas sencillas) y para ejercicio incorporar estrategias de autoimagen que faciliten la realización de la actividad física, ya que se observó la resistencia de los integrantes a usar ropa deportiva, debido a su sobrepeso y obesidad que presentaban, y en consecuencia el no querer realizar la actividad física y optar por no asistir el día que toca ésta actividad.

Ejemplo de esta situación se confirmó, al entrevistar a una mujer de 32 años de edad, con actitud participativa durante las sesiones de conocimiento de la enfermedad, obesa; después de haber faltado a la clase de yoga.

“... La participante refiere que faltó porque tuvo que asistir más temprano a su trabajo, pero que ella acude a realizar actividad física por la tarde, -de vez en cuando- y avisa que cuando sea reunión de actividad física no asistirá”.

En consecuencia se propiciará que el paciente diabético se convenza y se apegue a las nuevas habilidades de autocuidado de forma rutinaria, las haga parte de su estilo de vida, es decir, que el autocuidado de su salud lo asuma con responsabilidad, siempre pensando y actuando activamente en beneficio de sí mismo.

Por último, el grupo al concluir la intervención quedo lo suficientemente motivado y solicito continuar reuniéndose, ya que esa interrelación grupal les brindo ese sentimiento de seguridad como persona diabética y un espacio para convivir con sus iguales, manteniendo sus beneficios e ir retroalimentándose entre sí, afianzando sus habilidades de autocuidado. Ante esta petición, la trabajadora social les propuso continuar reuniéndose, pero ahora bajo otro concepto de grupo: como grupo de ayuda mutua.

La intervención profesional siempre se justifica por la presencia de un problema o dificultad, es decir, el trabajador social actúa en la medida en que el grupo lo necesita presentando ciertas peculiaridades, unas carencias, una problemática que ha de abordarse a través de un grupo. De esta forma el Trabajador Social estará cumplido con sus funciones ante el grupo al ser un mediador entre las necesidades y la satisfacción de las mismas.

ANEXOS



ANEXO 1

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL JURISDICCIÓN SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA CENTRO DE SALUD TIII DR. JUAN DUQUE DE ESTRADA

El siguiente cuestionario está dirigido a usted, quien padece diabetes mellitus tipo 2. Nos interesa conocer su actuar en la vida cotidiana, con respecto al conocimiento que tiene de la enfermedad que padece, como la controla, como la enfrenta y el tipo de actividad física que realiza.

Para ello solicitamos su colaboración y unos minutos de su tiempo. Los datos que nos proporcione serán utilizados de manera confidencial y los resultados servirán para brindarle una mejor atención. Por lo que responda a todas las preguntas de manera fidedigna. En caso de alguna duda pregunte al aplicador de la encuesta.

1. Edad: _____ 2. Escolaridad: _____ 3. Ocupación: _____
4. Sexo: Femenino () Masculino ()
5. Estado civil: casada (o) (), soltera(o) (), madre soltera (), viuda (o) (), Separada (o) (), unión libre ().
6. Tiempo de haber sido diagnosticada(o) su DM tipo 2 _____
7. Padece alguna otra enfermedad ¿Cuál? _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones.

A continuación le pedimos que señale con una "X" la opción que usted considere mejor: Siempre, Casi siempre, Casi nunca y Nunca. Le suplicamos sea honesto (a) al responder, piense mucho su respuesta, nos interesa conocer su impresión más genuina. No deje ninguna pregunta sin contestar. Aquí no hay respuestas malas ni buenas. La información que nos proporcione tendrá un manejo confidencial y nos hará mejorar la atención del personal de salud hacia usted.

No. Preg	Preguntas	siempre	Casi siempre	Casi nunca	nunca
1	Los ejercicios que realizo son ligeros				
2	Me he sentido alegre y de buen humor				
3	El ejercicio lo realizo acompañado				
4	Periódicamente me checo glucosa y presión arterial				
5	Como en la calle				
6	Soy constante con el ejercicio				
7	Me he sentido activo y con energía				
8	Estoy pendiente de que la glucosa este controlada				
9	Hago ejercicio de 15 a 30 minutos diarios				
10	Yo cocino mi comida				
11	Me he sentido Tranquilo y relajado				
12	Como mas verduras que carne				
13	De vez en cuando me checo glucosa y presión arterial				
14	Acudo a mis citas médicas				

Agradezco enormemente su apoyo y cooperación.



**SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
JURISDICCIÓN SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA
C.S. T.III. DR. JUAN DUQUE DE ESTRADA**



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LAS HABILIDADES DE
AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.**

ANEXO 2.

SESI ON	FECHA HORA	TEMA	OBJETIVO	PONENTE	TÉCNICAS EMPLEADAS
1	18/06/09 9:00 hrs.	Encuadre grupal Pre-evaluación	Integración y presentación del grupo. Aplicación de pretest	Trabajadora Social	Dinámica de presentación Expositiva
2	25/06/09 9:00 hrs.	Sensibilización sobre la enfermedad	Modificar actitudes y evaluar el bienestar subjetivo respecto a su vivencia como diabético Incrementar la autoestima del paciente	Psicóloga	Técnica vivencial Expositiva (grabadora)
3	02/07/09 9:00 hrs.	Órganos Blanco	Conocer las principales características anatomo- fisiológicas, cerebro, corazón, riñones. Identificar los principales componentes del aparato digestivo	Médica	Expositiva (cañón, computadora)
4	09/07/09 9:00 hrs.	Sintomatología	Identificar los principales síntomas: escarola urémica, polidipsia, poliuria, polifagia, impotencia sexual, vista nublada y otras	Médica	Expositiva y discusión dirigida (cañón, computadora).
5	16/07/09 9:00 hrs	Diabetes Mellitus Influencia de otras enfermedades asociadas	Conocer los factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus tipo2. Complicaciones. Identificar problemas relacionados con el tabaquismo, alcoholismo, Hipertensión y otras.	Médica	Expositiva y discusión dirigida (cañón, computadora).

SESION	FECHA HORA	TEMA	OBJETIVO	PONENTE	TÉCNICAS EMPLEADAS
6	23/07/09 9:00 hrs.	Métodos de detección Autocontrol	Conocer diversos métodos de la valoración de la glucosa. Elaborar registro de autocontrol	Enfermera	Expositiva
7	30/07/09 9:00 hrs.	Actividad Física	Identificar la importancia y los beneficios de la actividad física.	Trabajadora Social	Expositiva, lluvia de ideas (cañón, computadora).
8	6/08/09 9:00 hrs.	Ejercicios para la salud	Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabéticos	Instructora	Demostración
9	13/08/09 9:00 hrs.	Técnicas de relajación	Ejercicios de relajación	Psicóloga	Expositiva, lluvia de ideas (grabadora)
10	20/08/09 9:00 hrs.	Nutrición Alimentación Correcta	Identificar el Concepto de nutrición, desnutrición y alimentos chatarra. Diferenciar entre productos alimenticios animales, leguminosas, cereales, verduras, frutas, azúcares, grasas.	Nutriólogo	Expositiva, lluvia de ideas (cañón, computadora).
11	27/08/09 9:00 hrs.	Ejercicios para la salud	Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabéticos	Instructora	Demostración
12	03/09/09 9:00 hrs.	Alimentos permitidos y no permitidos	Conocer índice glucémico de los alimentos	Nutriólogo	Demostración
13	10/09/09 9:00 hrs.	Ejercicios para la salud	Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabéticos (yoga)	Instructora	Demostración

SESION	FECHA HORA	TEMA	OBJETIVO	PONENTE	TÉCNICAS EMPLEADAS
14	17/09/09 9:00 hrs.	Alimentación del diabético	Elaborar raciones y cantidades de alimento de manera individual (posteriormente en consulta)	Nutriólogo	Discusión dirigida (cañón, computadora).
15	24/09/09 9:00 hrs.	Ejercicios para la salud	Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabéticos (yoga)	Instructora	Demostración
16	01/10/09 9:00 hrs.	Demostración de menús	Los participantes identificarán menús y recomendaciones dietéticos	Nutriólogo	Discusión dirigida
17	08/10/09 9:00 hrs.	Ejercicios para la salud	Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabéticos (yoga)	Instructora	Demostración
18	15/10/09 9:00 hrs.	Demostración de menús	Los participantes identificarán menús y recomendaciones dietéticos	Nutriólogo	Discusión dirigida
19	22/10/09 9:00 hrs.	Ejercicios para la salud Cierre grupal	Llevar a cabo sesión de ejercicios específicos para diabéticos (yoga) Conclusión de la actividad grupal	Instructora	Demostración Lluvia de ideas, discusión dirigida
20	29/10/09 9:00 hrs.	Post-evaluación Clausura del Programa	Aplicación del postest Evaluación general del programa	Trabajadora Social	Expositiva

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Anuarios de Mortalidad 1960-1995*. DGEI/DGE/SSA, México.
- Anuario de Morbilidad (2000)*. DGE/SSA, México.
- Arenas M., Hernández T., Valdez S., Bonilla F. (2004) *Las Instituciones de Salud y el Autocuidado de los Médicos*. Salud Pública de México.
- Arroyo, V., García, G., Jiménez, R. (2009). *Educación al paciente diabético y su familia para fomentar la adherencia al tratamiento*. Revista Mexicana de Psicología. Número especial, 536-537.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R. (2001) *Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH-SIDA en adolescentes*. Quito, Ecuador.
- Bases de mortalidad (2000)*. SEED. DGE/DGIED/INEGI/SSA, México.
- Bisquerra R. (Coord). (1998). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra R. (Coord). (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La muralla.
- Brezmes, M. (2001). *La intervención en Trabajo Social*. Salamanca: Hespérides.
- Cárdenas Canto, L (2008). *Activación Física*. México: Club nutrición, AMG.
- Castillo A., Rodríguez S., Martínez M., Guzmán S., Reyes L. (2008). Adaptación del Índice de Bienestar Psicológico OMS-5 en pacientes Mexicanos con Diabetes tipo 2. En: Sofía Rivera A., Rolando Díaz L., Isabel Reyes L. y Rozzana Sánchez A. *La psicología social en México*, vol. XII. México: Ed. AMEPSO.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco. A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo. I., Valle, C., Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. (1997). *El diabético Optimista: Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México: Trillas.
- Eroles, C. (1998). *La intervención Profesional, en: familia y trabajo social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Buenos Aires: Espacio.
- Eroles, C. (2005). *Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Fernández, T., Alemán, C. (2005). *Introducción al Trabajo Social*. 3ª.ed. Madrid: Alianza Editorial.
- FID. (2009) *Diabetes Atlas de la FID*. 4ª Edición, Federación Internacional de Diabetes, www.diabetesatlas.org (recuperado el 26 de marzo de 2010)
- Fuentes, H. (2006). *Diabetes Mellitus tipo 2: Impacto del diagnóstico y posibilidades de intervención psicológica*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Goday A. (2002). *Epidemiología de la Diabetes y sus complicaciones no coronarias*. Barcelona. Med Clin.

- González, M., Cabrera, L. (2006). *La intervención educativa y social: elaboración de proyectos*. Islas Canarias, España: Federación Canaria de Desarrollo Rural.
- Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Haro, V., Luna, A. (2006). *Impacto del diagnóstico en la manera de vivenciar el padecimiento en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Haro-Encinas. (2000). Cuidados Profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E., Cornelles JM, *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- International Diabetes Federation DF (2009). *Diabetes Atlas 4th Edition*, International Diabetes Federation, www.diabetesatlas.org (recuperado el 24 de marzo de 2010).
- Jenkins C. (1999). Medicina conductual integrada para mejorar el cuidado de los pacientes con D.M. *Diabetología*, 2, 6-9.
- Johnson, L. (1992). *Social Work practice. A generalist Approach*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Kisnerman, N. (1983). *Servicio social de grupo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Konopka, G. (1968). *Trabajo social de grupo*. Madrid: Euramérica.
- Laguna P., García M., Calva A., Del Castillo A. (2009). Malestar emocional (distress) y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Psicología*, Número Especial, 663-664.
- Lange I., Urrutia M., Campos C., Gallegos E., Herrera L., Jaimovich S., Luarte M., Madigan E., Fonseca C. (2006). *Fortalecimiento del Autocuidado como Estrategia de la Atención Primaria en Salud*. Canadá: Organización Panamericana de la Salud.
- Lavielle, S. (2006). *Construcción Cultural de riesgo en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Doctorado en Antropología no publicada. México: UNAM, Facultad de Filosofía y Letras.
- López C., Rodríguez M. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, Vol.48, No.3, 200-211.
- Martín, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM.015/SSA2-1994 Para el control, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus*, Gaceta Oficial del D.F. (2000, febrero 28) México. Secretaría de Salud.
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar, C., Rueda J. (2007). *Diabetes Mellitus en Adultos Mexicanos*. *Salud Pública de México*. 49, S331-S333.
- Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos*. Tomo 2. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, (1995). *Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión, CIE-10*. Washington, D.C. Vol. 1.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, (2002). *Los países de América Latina enfrentan costos mucho más altos por la atención de pacientes diabéticos*

- <<http://www.paho.org/Spanish/DPI/ps011207.htm> (Recuperado el 3 de febrero de 2009).
- Oviedo, M. (2001). *Evaluación del impacto de la utilización de una guía para el manejo integral de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria*. Tesis: Maestría en Ciencias Médicas no publicada, UNAM. Facultad de Medicina. Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012. México.
- Reyes, R. (1999). *Diabetes Mellitus de inicio entre los 20 y 40 años de edad, caracterización clínica, bioquímica e inmunológica*. Tesis: Maestría en Ciencias Médicas no publicada, UNAM. INNSZ.
- Robles G., Cortázar J., Sánchez-Sosa J., Páez A., Nicolini S. (2003). *Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL*. *Psicothema*. Vol. 15, No. 2, 247-252.
- Rodríguez, B. (2007). *Guías actualizadas para la prevención y el manejo de la diabetes*. <http://www.salud.gov.pr/pages/cumbredeprevención.aspx> (Recuperado el 5 de julio de 2008).
- Rosado, P. (2007). *Relación del Envejecimiento y la diabetes mellitus tipo 2 con el Eox y el Pic*. Tesis: Maestría en Ciencias de la Salud no publicada, UNAM. Facultad de Medicina.
- Rozas, P. (1997). *La cuestión social y el campo problemático en Trabajo Social. Avances de investigación sobre campo problemático*.
- Robertis, C., Pascal, H. (1994): *La intervención colectiva en Trabajo Social. La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires: Ateneo.
- Rull J. SAM, (2000). *Diabetes. Libro 1, Evaluación del Paciente con Diabetes. Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes*. Editores Inter Sistema, México.
- Sánchez, H., (2007). *Factores asociados en Diabetes tipo 2 para detección temprana de la Neuropatía Diabética*. Tesis de maestría en Ciencias de la Salud no publicada, UNAM. Facultad de Medicina.
- SAM, (2000) .*Diabetes. Libro 4, Complicaciones Crónicas de la Diabetes*. Editores Inter Sistemas, 1ª ed., México.
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México. DGIS. Servicios de Salud Pública del D.F. *Atención Médica*. <http://www.salud.df.gob.mx/compon> (Recuperado el 15 de mayo 2008).
- Sistema de Información de Salud (SIS)*.2007. SSPDF.
- Tello, P. (2008). *Trabajo Social, disciplina del conocimiento. Apuntes de Trabajo Social*. México: Buena Onda.
- Tschorne, P. (1993). *Dinámica de grupo en Trabajo Social, Atención primaria y Salud Comunitaria*. Salamanca: Amaru.
- Vélaz de Medrano, U. (1998). *Orientación e intervención psicopedagógica: concepto, modelos, programas y evaluación*. Málaga: Aljibe.