



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología de la Salud

**“UBETCAM: Instrumento para la evaluación de la
etapa de cambio conductual en pacientes diabéticos
desde la perspectiva del Modelo Transteórico”**

Investigación de tipo Descriptiva

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

María Cristina Moya Anaya

Director: Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez.
Dictaminador: Mtra. Helene Judit López Rodríguez.



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 05 de Junio de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

| | |
|--|----|
| Resumen | 3 |
| Abstract..... | 3 |
| Introducción | 4 |
| Antecedentes históricos | 5 |
| Marco teórico | 6 |
| Instrumentos de evaluación..... | 6 |
| Definición..... | 6 |
| Orígenes y desarrollo..... | 6 |
| Diabetes | 10 |
| Epidemiología..... | 11 |
| Educación en diabetes..... | 22 |
| Centros Especializados para la Diabetes..... | 23 |
| Modelo transteórico del comportamiento en salud..... | 25 |
| Planteamiento del problema..... | 27 |
| Pregunta de investigación | 29 |
| Hipótesis | 29 |
| Objetivos..... | 29 |
| Generales..... | 29 |
| Específicos..... | 30 |
| Método..... | 30 |
| Diseño de investigación..... | 30 |
| Componentes del instrumento..... | 31 |
| Resultados | 32 |
| Discusión | 37 |
| Conclusiones | 39 |
| Referencias | 41 |
| Anexos | 44 |

“UBETCAM: Instrumento para la evaluación de la etapa de cambio conductual en pacientes diabéticos desde la perspectiva del Modelo Transteórico”

RESUMEN

El presente trabajo propone un instrumento para la ubicación de los pacientes diabéticos en forma inmediata, en alguna de las cinco etapas de cambio que describe el modelo transteórico del comportamiento en salud de Prochaska & DiClemente (1982 para lo cual se tomaron en consideración las conductas que apoyan el tratamiento no farmacológico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (SSA, 2010) tales como: la práctica de ejercicio, alimentación, conocimiento de la enfermedad y las conductas de riesgo, sin dejar a una lado el tratamiento farmacológico correspondiente a la toma de medicamentos, el UBETCAM se elaboró pensando en reducir el tiempo que utiliza el personal médico en evaluar al paciente diabético en su primera entrevista a fin de agilizar y brindar un tratamiento de acuerdo a la etapa de cambio que resulte, con base en la información obtenida por el UBETCAM, El instrumento además tiene la característica de que es de fácil y rápida aplicación, a pacientes diabéticos sin importar edad o sexo. Para la realización del presente trabajo se evaluó una población de 50 pacientes, obteniendo resultados favorables a las necesidades que presenta el Centro Especializado en Diabetes de la Ciudad de México derivado de la alta demanda de pacientes que son atendidas cada día.

Palabras clave:

Instrumento, Modelo Transteórico, paciente diabético, etapas de cambio, ubicación del paciente.

ABSTRACT

The present paper proposes an instrument for the location of diabetic patients immediately, in one of the five stages of change that describes the transtheoric model of health behavior of Prochaska & DiClemente (1982) and evaluating behaviors that support non-pharmacological treatment According to Official Mexican Standard NOM-043-SSA2-2010 (SSA, 2010) such as those presented in the practice of exercise, food, disease awareness and risk behaviors, without leaving aside the corresponding pharmacological treatment UBETCAM was developed with the intention of reducing the time that medical personnel use when evaluating the diabetic patient in their first interview in order to expedite and provide a treatment according to the stage of change that results, based on The information obtained by UBETCAM, which is easy and quick to apply, to diabetic patients regardless of age or sex. If you evaluated a population of 50 patients, obtaining favorable results to the needs presented by the Specialized Center in Diabetes of the City of Mexico derived from the high demand of diabetic patients who are attended every day.

Key words:

Instrument, Transtheoric Model, diabetic patient, stages of change, patient location.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto comenzó realizando una práctica para el módulo de psicología de la salud, desarrollando una intervención en alguna institución, la cual realizamos en el centro especializado para el manejo de diabetes de la Ciudad de México, primero en su tipo, donde el paciente recibe atención de manera integral por lo que nuestra participación fue al lado de la Educadora en Diabetes, realizando un taller bajo la perspectiva del Modelo Transteórico del Comportamiento de Prochaska & DiClemente (1982), mediante un juego de lotería lúdico con el objetivo de que el paciente conociera las etapas del cambio, y se ubicara en alguna de ellas, al mismo tiempo que permitiera ayudar a solucionar el problema del autocuidado.

A partir del taller se hizo evidente la necesidad de ubicar a los pacientes diabéticos en una etapa del cambio y fue como se desarrolló la idea de elaborar un cuestionario para la Educadora en Diabetes, que pudiera complementar sus entrevistas iniciales y a partir de los resultados, intervenir individualmente a los pacientes y establecer metas de tratamiento acorde a las necesidades de cada uno de ellos, dependiendo de la etapa en la que se encontraran. Dicho cuestionario se elaboró a partir de la observación de entrevistas iniciales, investigación minuciosa acerca de la diabetes, modelo transteórico del comportamiento y las 5 conductas específicas para un buen control glucémico, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.

Como resultado de la información recabada se elaboraron 5 cuestionarios uno por cada conducta, que contenía 3 ítems por cada etapa del cambio, con opción de respuesta tipo likert (nunca, a veces y siempre), mismos que se aplicaron, pero no se obtuvieron los resultados esperados por lo cual se tuvieron que modificar dando como resultado un sólo cuestionario que posteriormente se convertiría en el UBETCAM. (Instrumento para la ubicación en alguna etapa del cambio), mismo que se propone en ésta investigación (Anexo 1).

El mal autocuidado de la diabetes genera que la salud de los pacientes se agrave, por lo que el acceso a una educación diabética eficaz, dirigida al autocuidado, ayuda a desarrollar habilidades que permiten tomar decisiones con fundamento para resolver los problemas que surgen durante el autocuidado diario de la diabetes (Williams, Regniers, Nolan, 2007).

Asimismo, el aspecto emocional de estos pacientes se ve seriamente afectado por lo complejo y demandante del régimen terapéutico, al igual que por el temor a las complicaciones asociadas. Las principales afectaciones en esta área se relacionan con la pérdida de salud y los cambios en el estilo de vida propios del tratamiento que desencadenan principalmente en respuestas psicológicas como depresión y estrés (Pérez & Martínez, 2011).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Hasta el momento no se cuenta con antecedentes que indiquen la existencia de un instrumento basado en el modelo transteórico de cambio de la conducta propuesto por Prochaska & DiClemente (1982), que permita ubicar al paciente diabético en alguna etapa de cambio respecto a su enfermedad, aunque sí existen estudios basados en el modelo transteórico, como el realizado por Esparza, Carrillo, Quiñones, Del Castillo, Guzmán, Ochoa, Gurrola, Balcázar, Villarreal & Sánchez (2013), en donde se elaboró un cuestionario relacionado con hacer ejercicio y basado en el modelo transteórico de la conducta en una muestra mexicana. Este cuestionario fue diseñado para medir las cinco etapas del modelo: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, para dicho cuestionario se utilizaron 48 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert: “No/nunca”, “Rara vez”, “A veces”, “Frecuentemente” y “Sí/siempre” y fue realizado con una muestra mexicana de 951 participantes y una media de edad de 28.76 años. Este cuestionario puede ser útil para identificar la etapa en la que una persona se encuentra en relación con hacer ejercicio, y saber qué técnicas usar en las posibles intervenciones. El modelo menciona cinco etapas por las cuales atraviesa una persona para modificar su

conducta. Lo interesante de este modelo es que propone que el tipo de intervenciones que se requieren son diferentes según la etapa en la que se encuentra el problema.

MARCO TEÓRICO

Instrumentos de evaluación

Definición.

Los instrumentos de evaluación psicológica, son técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas (González, 2007).

Orígenes y desarrollo.

Al hablar del origen y desarrollo de los instrumentos de evaluación psicológica, necesariamente se debe retroceder a finales del siglo XIX, cuando la psicología se constituyó como ciencia independiente en el primer laboratorio de psicología experimental, construido por Wilhelm Wundt (1832-1920), en donde se estudiaban las cualidades y los procesos psíquicos de forma aislada. Por otro lado, la constitución de la evaluación psicológica como disciplina científica se le puede atribuir a Francis Galton, McKenn Cattell y Alfred Binnet, por sus aportes realizados para establecer las bases, conceptuales, metodológicas y tecnológicas del psicodiagnóstico y a Pearson y Spearman quienes fueron los primeros psicólogos matemáticos que establecieron las bases estadísticas necesarias para los estudios de grupo, propios de la psicología diferencial. Finalmente, el iniciador de la aplicación clínica de la evaluación psicológica, fue Lightner Witmer, al crear la primera clínica psicológica dirigida al diagnóstico y tratamiento de problemas académicos y de conducta en niños, en donde empleó la evaluación psicológica como método científico (González, 2007).

Posteriormente, durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) los instrumentos de

evaluación psicológica cobraron gran importancia, de tal manera que se solicita a los psicólogos clasificar a los soldados sobre la base de dos aspectos de utilidad para los fines de la Guerra:

- El ordenamiento de los hombres basado en la capacidad intelectual, desarrollándose así los Test de inteligencia Alfa y Beta
- La tipificación de los soldados en cuanto a la capacidad de que pudieran sufrir crisis nerviosas. Robert Woodworth, psicólogo estadounidense elabora “La hoja personal de datos” considerada como el antecedente de los modernos Tests de personalidad.

En la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) la investigación y realización de instrumentos de evaluación psicológica regresa con más fuerza, desarrollándose instrumentos como el WAIS (1930) o las matrices progresivas de Raven (1936) (González, 2007)

La evaluación psicológica se dedica a evaluar algunos aspectos del comportamiento humano, en donde se describen las características de personalidad de un sujeto para clasificarlas en una categoría determinada y así predecir el futuro de dicho comportamiento (González, 2007). Ahora bien, la psicología de la salud surge aproximadamente en la década de los setenta, en un ambiente de transformación fundamental con respecto al concepto de salud, en donde se comienzan a implementar cambios para responder a las nuevas exigencias del sector salud; entre los cambios fundamentales que marcaron este momento, se encuentran (Nunes, García & Alba, 2006) :

- La superación del modelo biomédico centrado en la enfermedad
- Una nueva perspectiva ecológica que atribuye al comportamiento humano la principal causa de morbilidad y mortalidad.

Los estudios epidemiológicos de esa época alertaban de las nuevas enfermedades, pues ya no se evidenciaban orígenes exclusivamente patogénicos, el comportamiento comienza a ser el nuevo “germen” para las epidemias, por lo que en el año de 1973, en Estados Unidos se crea en la *American Psychological Association (APA)* un grupo de trabajo sobre investigación en salud, para estudiar la naturaleza y extensión de la aportación de los psicólogos a la investigación básica y aplicada sobre aspectos de comportamiento de las enfermedades y en el mantenimiento de la salud. En 1976 se publica el primer informe acerca de la relación entre la psicología y los contextos tradicionales de salud y enfermedad; esto constituyó el primer paso hacia una nueva área de la psicología, conocida como psicología en la salud. Fue hasta 1978 cuando la *American Psychological Association (APA)* funda la división de la psicología de la salud (división 38), con el propósito de comprender los procesos de salud y enfermedad a través de la investigación básica y clínica, con el fin de fomentar la integración de la comunidad psicológica y biomédica (Nunes, García & Alba, 2006).

De acuerdo con Oblitas (2008), la psicología de la salud puede ser definida como la disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta, a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales y cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar.

Los Factores desencadenantes de problemas de salud según Nunes, García & Alba (2006) son que la salud de los individuos puede ser influenciada y afectada por factores específicos, tales como la personalidad, creencias y actitudes, comportamientos, redes de apoyo, ambiente social; y aunque la evidencia experimental todavía es inconsistente, los datos de estudios

sobre salud y comportamiento apuntan hacia los procesos psicológicos y los estados emocionales como fuente de gran influencia en la etiología y proceso de las enfermedades. Golding, Potts & Aneshensel (1988) realizaron un estudio comparativo entre mexicoamericanos blancos, nacidos en Estados Unidos y mexicoamericanos nacidos en México, no encontraron gran diferencia en cuanto a la etnia y los eventos de la vida que pudieran causar estrés; sin embargo, los mexicoamericanos inmigrantes sufren mayor grado de tensión con respecto a los eventos a los que fueron sometidos, debido a que los procesos psicológicos y los estados emocionales impactan de manera negativa en ellos, ya que su vida se ve alterada por el cambio que sufren al abandonar sus raíces.

Otra forma de ejemplificar cómo se ven influenciadas la salud y la enfermedad por los comportamientos pueden ser: los casos de comportamientos protectores como la dieta y el ejercicio (que pueden ayudar a minimizar condiciones subyacentes a las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, el cáncer y enfermedades cardíacas); y por otro lado, los comportamientos que llevan a deteriorar la salud (como el uso de tabaco y el abuso de alcohol que se vinculan a cambios biológicos en los pulmones, corazón y otros sistemas corporales) (Nunes, García & Alba, 2006).

La psicología de la salud o medicina del comportamiento, en un principio fue aplicada exclusivamente a cambios de comportamiento en una gran variedad de enfermedades y condiciones, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, VIH, obesidad, embarazo (Baum, Gatchel & Krantz, 1997), entre muchas otras, con el fin de prevenir y controlar. En la actualidad esta área de la psicología incluye aspectos de intervención de tipo cognitivo en donde no sólo se busca modificar el ambiente de los pacientes y su respuesta a estímulos, sino que también se trata de cambiar los pensamientos, creencias, sentimientos y

actitudes respecto a la salud, p. ej.: si el paciente sabe que sus creencias lo están llevando a emociones y comportamientos desadaptativos que propician enfermedades, tiene la posibilidad de actuar para aminorar la influencia (Nunes, García & Alba 2006).

La evaluación psicológica de los pacientes en el contexto de la salud es fundamental, ya que además de adecuarse a la naturaleza de la enfermedad y de las condiciones del paciente, se puede ajustar a las necesidades del entorno en el que se aplica. De igual manera, es una herramienta que puede considerarse adecuada para la toma de decisiones sobre el diagnóstico diferencial, tipo de tratamiento necesario y pronóstico; pues supone una gran diferencia con respecto a la calidad y tipo de atención ofrecida al paciente. Esto conlleva a una significativa disminución de su sufrimiento, así como a la disminución de costos operacionales de las instituciones de salud (Nunes, García & Alba, 2006). Por tanto, el desarrollo de instrumentos de evaluación basados en evidencia a partir de la práctica y la investigación son fundamentales para el establecimiento de guías de intervención mucho más eficientes.

Diabetes

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (2013), la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina es una hormona producida en el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos. Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, y la glucosa sigue circulando por la sangre (una afección conocida como hiperglucemia), lo cual daña con el tiempo los tejidos del cuerpo. Este daño puede conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales.

Existen varios tipos de diabetes, pero la Diabetes Mellitus tipo II, se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo I, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños, y desafortunadamente son muchas las consecuencias que se pueden presentar, especialmente con el tiempo; la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (OMS, 2016).

El daño que la diabetes produce a los órganos del cuerpo trae grandes consecuencias y entre las principales podemos decir que la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular; la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes (OMS, 2016).

Epidemiología.

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para

2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia (SSA, 2010).

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2012), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5% lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).

La Federación Internacional de Diabetes (2013) indica que la mayoría de los 382 millones de personas con diabetes, tienen entre 40 y 59 años, de los cuales 198 millones son hombres y 184 millones mujeres, donde el 80% del total vive en países de ingresos medios y bajos. Estas cifras confirman que todos los tipos de diabetes aumentan, en particular la diabetes tipo 2, lo que resulta que en términos humanos como financieros, la carga de la diabetes es enorme ya que provoca 5.1 millones de muertes y en años pasados ha representado 548,000 millones de dólares en gastos de salud lo que equivale al 11% del gasto total en todo el mundo.

En México, la Diabetes ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales. Cabe señalar que según la Dirección General de Información en Salud en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y

tratamiento de este padecimiento (SSA, 2010).

Específicamente en la Ciudad de México, la diabetes es un padecimiento que afecta a alrededor de 600 mil personas. La gravedad de este padecimiento se refleja en las complicaciones asociadas por un mal control médico como la retinopatía diabética, amputaciones de extremidades inferiores por el llamado pie diabético, infarto del miocardio y daño renal, principalmente. Los principales factores para desarrollar esta enfermedad son el sobrepeso y la obesidad, por lo que la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ha puesto en marcha diversas estrategias encaminadas a generar una cultura de prevención, un cambio en el estilo de vida de los habitantes y al apego al tratamiento médico para evitar complicaciones u otras enfermedades crónicas degenerativas. Del total de atenciones médicas el 62% han sido otorgadas a mujeres y el resto a hombres. Asimismo especialistas en esta rama han brindado atención a mil 761 niños y niñas que padecen diabetes o síndromes metabólicos como sobrepeso y obesidad, quienes dentro de las Clínicas del Sector Salud, son educados en estos padecimientos y las formas de prevenir complicaciones, lo cual les permite llevar una vida de calidad (SSA, 2017)

Esto se debe a que la Diabetes es un padecimiento complejo que implica situaciones que comprometen el control en los pacientes, favoreciendo el desarrollo de complicaciones y trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización. México enfrenta diversos problemas que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, automonitoreo y escasa

supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica (SSA, 2010).

La prevención de la diabetes y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas. Debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinario y estrechamente vinculado, que permita repercutir en la salud del paciente con factores de riesgo asociados a diabetes y en quienes ya la padecen (SSA, 2010).

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (2016), señala que medidas simples relacionadas con el estilo de vida, son eficaces para prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar su aparición y sus complicaciones. Recomienda alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente, consumir una dieta saludable, que evite el azúcar y las grasas saturadas, así como evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores).

Prevención primaria: Su objetivo es evitar el inicio de la enfermedad, con el propósito específico de prevenir su aparición. Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse, no sólo a través de actividades médicas, sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región como radio, prensa y televisión, entre otros. Los factores protectores para la prevención y control consisten en modificar el estilo de vida que abarca: reducción de peso, una adecuada nutrición, la realización de ejercicio y la disminución de los factores de riesgo cardiovascular (OMS, 2016).

Prevención secundaria: Está encaminada a pacientes confirmados con diabetes y cuyos objetivos son evitar la aparición de complicaciones agudas, y evitar o retrasar las complicaciones crónicas. Las acciones para cumplir los objetivos propuestos se fundamentan en el control metabólico óptimo y permanente de la enfermedad (SSA, 2010).

Prevención terciaria: Está dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas y tiene como objetivo evitar la discapacidad por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético y la mortalidad temprana por enfermedad cardiovascular. Estas acciones requieren de la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones. El primer paso en el tratamiento de la diabetes en adultos mayores debe ser la instauración de un régimen alimentario que lo lleve a una disminución de peso, (sobre todo si presenta sobrepeso), para que de esta manera disminuya el patrón de insulinoresistencia, sin provocar pérdida de masa muscular (sarcopenia) (OMS, 2016).

La Diabetes está asociada con la obesidad, la poca actividad física y la alimentación no saludable; la mayoría de las veces incluye resistencia a la insulina, afectando a quienes padecen hipertensión arterial, colesterol sanguíneo anormal, y obesidad de la parte media del cuerpo; e incluye un componente de “síndrome metabólico”. Respecto a los síntomas, los pacientes a veces no presentan manifestaciones clínicas o éstas son mínimas durante varios años antes del diagnóstico, otros pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable; también pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores de los pies y visión borrosa, igualmente pueden sufrir infecciones recurrentes o graves y a veces la enfermedad se manifiesta por pérdida de la conciencia o coma (OMS, 2017).

De acuerdo con la OMS (2017), el diagnóstico de diabetes se establece mediante la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL) o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de beber una solución con 75 g de glucosa.

El objetivo global del tratamiento es disminuir las concentraciones sanguíneas de glucosa a los valores normales para aliviar los signos y síntomas, y prevenir o posponer la aparición de complicaciones; por lo cual los pacientes son tratados por medios farmacológicos y no farmacológicos. (Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, 2014).

Cuando un paciente diabético inicia un tratamiento farmacológico, generalmente se prescribirá un antidiabético oral; con una combinación de medicamentos orales e insulina; o con insulina únicamente. Además, se complementa con la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos, control de los lípidos de la sangre, examen de los ojos (detección de retinopatía), prueba de orina, control de la tensión arterial, cuidado de los pies, educación del paciente en materia de vigilancia para reconocer los signos y síntomas de la hipoglucemia (nivel anormalmente bajo de glucosa en la sangre) tales como hambre, palpitaciones, temblores, sudores, somnolencia y mareo y de la hiperglucemia (cantidad excesiva de glucosa en la sangre, como aliento frutado, dificultad para respirar, sequedad en la boca, náuseas, vómito, debilidad, confusión y coma. (OMS, 2017).

Cabe señalar que en el caso de personas con glucemias en ayuna superiores a 240mg/dl y/o HbA1c mayor de 8.5%, y con pérdida de peso significativa a raíz de hiperglucemia, se comienza el tratamiento con antidiabéticos orales desde el momento del diagnóstico, pues el grado de descontrol de la enfermedad permite anticipar que los cambios en el estilo de vida no bastarán para alcanzar las metas de control metabólico en los próximos 3 a 6 meses (ALAD, 2007).

De acuerdo con Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, el manejo no farmacológico es la base para el tratamiento de pacientes con prediabetes y diabetes; asimismo indica que es responsabilidad del personal médico, apoyado con un equipo de salud, motivar a la o el paciente en la adopción de medidas de carácter no farmacológico ya que son condiciones necesarias para el control de la enfermedad y retraso de complicaciones. También es necesario que el personal médico y el equipo de salud en el cual se apoya, estén sensibilizados en cuanto a considerar las condiciones de vida que tienen tanto hombres como mujeres (es decir, derivadas del género), para adaptar las medidas de carácter no farmacológico, con el fin de favorecer el control de la enfermedad y retraso de complicaciones (SSA, 2010).

El tratamiento no farmacológico, según la Secretaría de Salud (2010), consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física. Va apoyado en un programa estructurado de educación terapéutica. Por su parte ALAD (2007) considera también los hábitos saludables.

El tener un peso saludable o ideal es uno de los primeros objetivos del tratamiento debido a que gran parte de los pacientes con Diabetes presenta exceso de peso (IMC mayor a

24.9kg/cm²) principalmente visceral o de distribución androide, que afecta la función normal de los órganos implicados en el metabolismo, produciendo alteraciones en este proceso; por ello se pueden lograr mejoras significativas en el manejo de la enfermedad con una reducción del 5 al 10% del peso corporal inicial (ALAD, 2007).

El plan de alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la Diabetes ya que no es posible controlar los signos, los síntomas y las consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación (ALAD, 2007). Asimismo, ceñirse a un plan de alimentación ayuda a controlar la presión arterial, el nivel de colesterol y el de triglicéridos, además de mantener el peso apropiado o reducir la masa grasa (ALAD, 2013).

Deben personalizarse los hábitos del paciente, su situación biológica, actividad física, enfermedades, hábitos socioculturales, estatus económico, así como la disponibilidad de los alimentos. Corresponderá al experto en nutrición prescribir el régimen dietoterapéutico apropiado (de acuerdo con los requerimientos calóricos y nutrimentales diarios respecto al peso ideal) según las condiciones clínicas del paciente; por lo que es recomendable el monitoreo de glucosa y de los otros factores de riesgo cardiovascular servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas del tratamiento (SSA, 2010).

El segundo aspecto no farmacológico que se debe promover en una persona con diabetes es la activación física y la realización de ejercicio. Se considera como actividad física a todo movimiento corporal planificado y organizado para generar un gasto calórico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Mientras que el ejercicio es una subcategoría de actividad física estructurada y repetitiva, de la cual existen dos tipos dependiendo de la necesidad de oxigenación (ALAD, 2007).

Cabe señalar que antes de diseñar un programa de ejercicio, es necesario evaluar clínicamente al paciente, considerando aspectos como su edad, el estado general de salud, la evolución de la enfermedad, el plan dietoterapéutico y los medicamentos consumidos, además del tiempo del que se dispone para realizarlo de acuerdo al rol desempeñado en su entorno familiar y laboral, de manera que con ésta información el médico pueda establecer un programa de ejercicio como estrategia para evitar el sedentarismo, permitiendo al paciente iniciar una vida físicamente activa o de lo contrario considerar que no es apto para realizar actividad física a causa de alguna contraindicación (SSA, 2010).

El objetivo primordial de la evaluación clínica es identificar a los pacientes descompensados, pues en ellos, la actividad física está contraindicada debido a que el ejercicio podría empeorar el estado metabólico; por tanto, se debe tener especial cuidado en casos con más de 10 años de evolución clínica, cuando estén presentes comorbilidades y complicaciones microvasculares (como enfermedad vascular de miembros inferiores, neuropatía autonómica o historia de hipoglucemias severas). Igualmente, se debe descartar la presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, lesiones en los pies, hipotensión postural, taquicardia persistente o el uso de puntos de apoyo incorrectos. En cuanto al horario, es importante que éste sea acorde al tratamiento hipoglucemiante (SSA, 2010).

Respecto a los hábitos saludables, el inciso manejado en la clasificación de ALAD (2007) hace referencia a la necesidad indispensable que toda persona con Diabetes evite o suprima el hábito tabáquico, pues aumenta significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares, aún más que la hiperglucemia misma, también resalta que es necesario que la persona haya logrado modificaciones en el régimen alimentario, de manera que si muestra

sobrepeso busque disminuir del 5 al 7% del peso corporal e intente incrementar sustancialmente la actividad física programada.

El impacto psicológico que tiene la aparición de la diabetes resulta incomprensible para la mayoría de las personas por lo que es difícil aceptarlo; se encuentran de un momento a otro con el dilema de cambiar bruscamente muchos aspectos de su vida. Así, algunos hábitos que para la mayoría pasan desapercibidos, se convierten para ellos en motivo de supervisión y vigilancia constante. De igual manera deben aprender un sistema de tratamiento complejo, que implica administración de medicamentos, dieta, ejercicio, revisión de glucosa, revisión de pies, citas constantes al médico; y el control de este tratamiento, estará determinado y sometido en un importante grado por los criterios del paciente (Escobar, 2011).

Las principales afectaciones en esta área se relacionan con la pérdida de salud y los cambios en el estilo de vida propios del tratamiento que desencadenan principalmente en respuestas psicológicas como depresión y estrés.

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes, el estrés es una reacción física y mental a un peligro que se percibe. Las condiciones que parecen imposibles de controlar o requieren cambios emocionales y de conducta tienden a percibirse como una amenaza. Cuando se presenta el estrés, el cuerpo se prepara para entrar en acción. En la respuesta de lucha o huida, el nivel de muchas hormonas aumenta marcadamente. El verdadero efecto es poner mucha energía almacenada (glucosa y grasa) a disposición de las células, pero en personas con diabetes, la insulina no siempre puede liberar energía adicional para las células, por lo que la glucosa se acumula en la sangre, dando como resultado la posibilidad de que las personas con estrés no se cuiden bien y olviden o no se den el tiempo de medirse el nivel de

glucosa, tomar sus medicamentos o planear buenas comidas y lo peor de todo es que las hormonas del estrés puedan cambiar el nivel de glucosa en la sangre directamente (ADA, 2013).

Así también en lo que se refiere a la depresión se ha observado que en las personas con diabetes el nivel es más alto en comparación que el de la población en general. Las mujeres sufren de depresión dos veces más que los hombres y corren un riesgo mayor de padecerla debido a que intervienen factores hormonales tales como cambios en el ciclo menstrual, el embarazo, la menopausia y otros aspectos como las responsabilidades en el trabajo, el cuidado de los hijos y la casa, además existen estudios que han demostrado que las personas diabéticas puedan tener niveles altos de serotonina concentrada y pueden ser más propensas a la depresión y hasta el suicidio (ADA, 2013).

El abordaje terapéutico de los tratamientos psicológicos que más ha demostrado efectividad para la Diabetes Mellitus tipo II es la psicoterapia de grupo desde el enfoque cognitivo conductual; en donde se intentan modificar los pensamientos del paciente, así como sus comportamientos ante su enfermedad, iniciando por la aceptación de la enfermedad, adherencia al tratamiento y modificando comportamientos en su alimentación, actividad física, toma de medicamentos y medición de glucosa. Al ser psicoterapia de grupo existe un sentido de identificación y pertenencia entre los pacientes, por lo que pueden expresar todas las dificultades emocionales que les ha provocado su enfermedad, resultando catártico para ellos, provocando que bajen sus niveles de ansiedad y estrés, lo que conlleva a una baja de los niveles de glucosa en sangre (Escobar, 2011).

Educación en diabetes.

Antes del descubrimiento de la insulina, el cuidado de las personas con diabetes consistía en reducir la acidosis para retrasar la muerte, en 1913 se introdujo la dieta Allen, también conocida como dieta de “subnutrición” o “del hambre” y eran las enfermeras de diabetes quienes implementaban esta dieta. Fue hasta los años cuarenta cuando se introdujo la primera infusión intravenosa de insulina, por lo que la atención diabética de los enfermos pasó lentamente al establecimiento de atención externa. La gente acudía a las clínicas de diabetes para realizarse monitorizaciones regulares de su afección que incluían medición de los niveles de glucosa y proteína en la orina, medición y registro del peso corporal y se les animaba a hacer ejercicio y a reducir el estrés; en los años setenta se comienzan a incorporar los primeros programas formales para la formación de educadores diabéticos, que pasaron a las universidades a finales de los años 80 y 90. De tal manera que la educación en diabetes se define como un proceso activo que ayuda a las personas a desarrollar destrezas para el autocuidado y ofrece a quienes participan del proceso de toma de decisiones información sobre cómo mejor ajustar día a día el tratamiento contra la diabetes (FID, 2007).

Mientras que la Guía de práctica clínica sobre la diabetes recalca que el objetivo de la educación en diabetes es mejorar el conocimiento y habilidades de las personas con diabetes para responsabilizarse del control de su enfermedad, específicamente en el manejo de complicaciones asociadas a la diabetes, adherencia al tratamiento, cuidado del pie diabético, calidad de vida, control glucémico, estrategias para involucrar al paciente en sus propios cuidados y favorecer su autonomía, además de promover hábitos saludables como: dieta, control de peso y ejercicio físico ya que modificar estos factores resultan eficaces para un

buen control glucémico. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2, 2008).

Centros Especializados para la Diabetes.

Existen Centros Especializados en Diabetes que dan servicio integral a los enfermos diabéticos y pre-diabéticos que actualmente ofrecen herramientas diagnósticas innovadoras y elementos terapéuticos avanzados, los cuales operan de manera particular y en muchas ocasiones a altos costos, por lo que muchos enfermos diabéticos no hacen uso de los servicios que estos lugares ofrecen, debido a que no cuentan con los recursos económicos suficientes para mantener su tratamiento a largo plazo, de manera que sus alternativas se reducen al servicio que pueden obtener del sector público (Centro Especializado en Diabetes, 2017).

El servicio del sector público en la capital mexicana tiene dos centros especializados para la atención de personas diabéticas. El primero, ubicado en la delegación Miguel Hidalgo, que se inauguró en marzo de 2013 y el segundo en la delegación Iztapalapa, inaugurado el diciembre de 2016. Se trata de los primeros Centros Especializados en el Manejo de la Diabetes de la Ciudad de México, desarrollados a partir de un modelo de origen Árabe, específicamente de Kuwait, adaptados a las necesidades y costumbres mexicanas, y dirigidos principalmente a pacientes de reciente diagnóstico en quienes se desea crear conciencia de la enfermedad y adecuados estilos de vida. Los pacientes con diabetes que llegan al Centro Especializado en el Manejo de la Diabetes de la Ciudad de México, ubicado en la delegación Miguel Hidalgo, son referidos principalmente del primer nivel de atención, es decir, de los 220 centros de salud de la red capitalina que se ubican en las 16 delegaciones de la capital, allí reciben atención integral por medio de consultas de nutrición, psicología, pediatría,

odontología, podología, cardiología, medicina interna, nefrología y oftalmología, entre otras (SSA, 2017).

Dentro de las principales características y funciones de los integrantes del equipo multidisciplinario e interinstitucional del Centro de Salud T-III Dr. Manuel González Rivera y Centro Especializado en Diabetes, ubicado en la Delegación Miguel Hidalgo, se encuentran:

- Servicio médico especializado: a cargo de un médico integrista y un médico internista, quienes son el primer contacto de los pacientes y quienes los refieren con los demás especialistas del centro, ellos suministran las recetas y coordinan los programas.
- Atención psicológica: Este especialista se encarga de realizar la historia clínica psicológica, la identificación de situaciones de riesgo (alcoholismo, tabaquismo, consumo de sustancias, violencia, etc.), identificación de depresión y ansiedad, manejo de apego al tratamiento y duelo.
- Valoración nutricional: Realiza a los pacientes los Chequeos en su composición corporal, así como su progreso ya sea en el aumento o la disminución de peso.
- Educación en diabetes: A cargo de la Educadora en Diabetes quien lleva a cabo talleres mensuales, así como el seguimiento en las consultas individuales para valorar el progreso de los pacientes en sus habilidades para la aplicación de insulina y conocimientos acerca de la diabetes.

- Medicina del deporte: Ahí valoran la capacidad de los pacientes para realizar actividad física y les indican qué tipo de actividad pueden realizar.
- Servicio de cocina: Enseñan a los pacientes los grupos alimenticios, las porciones que deben consumir y recetas específicas para personas con diabetes.
- Gimnasio: Ahí pueden ejercitarse y se les brinda asesoría de cómo realizarlo.
- Odontología: Se le practican revisiones de las piezas dentales y se les asesora respecto a los cuidados bucales que debe tener el paciente diabético.
- Oftalmología: Se les realizan revisiones para prevenir la pérdida de la vista.
- Rehabilitación: En éste departamento se les ayuda a los pacientes que requieren adaptarse a los cambios sufridos a consecuencia de la Diabetes.

Modelo transteórico del comportamiento en salud

El modelo transteórico del comportamiento en salud de Prochaska & DiClemente (1982), se desarrolló a finales de los años setenta, con el objetivo de explicar los procesos de cambio en drogadictos y fumadores, que lograron abandonar este hábito. El estudio incluyó tanto a personas que habían buscado ayuda a través de programas psicoterapéuticos, como personas que habían logrado el cambio por propia voluntad. A partir de esta investigación Prochaska & Diclemente plantean que el cambio de comportamiento sucede a través de una serie de etapas más o menos fijas, mediante la actuación de procesos psicológicos (Cabrera, 2000).

La premisa básica del modelo se fundamenta en que el cambio de comportamiento es un proceso y que las personas tienen diferentes niveles de motivación de intención de cambio; de igual manera se apoya en una serie de premisas sobre la naturaleza del cambio de comportamiento. Dichas premisas orientadoras son (Cabrera, 2000):

- Ninguna teoría o modelo responde en su totalidad por la dificultad explicativa del cambio comportamental.
- El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas.
- Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental.
- La mayor parte de la población en riesgo no está preparada para actuar, por lo que no se benefician de los programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales que se utilizan habitualmente.
- Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos.
- La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud pueden experimentar un gran impacto si incorporarán un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción.

El modelo transteórico o de etapas del cambio de conducta, propuesto por Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Jarlow, Redding, Rosenbloom & Rossi, (1994), clasifica a las personas en las etapas de: Precontemplación: No hay conciencia de la presencia de algún problema, la persona no está enterada de su enfermedad o no quiere saber nada. en esta etapa se debe brindar información adecuada acerca de la enfermedad y de los beneficios a largo plazo de las conductas de autocuidado y sobre las consecuencias negativas de mantener conductas de riesgo ; Contemplación: Se cuenta con los conocimientos generales de la enfermedad, conductas de riesgo y autocuidado, aunque no hay intención ni motivación para el cambio en los próximos seis meses; y se requiere buscar estrategias como el balance decisional para evaluar los pros y contras de hacer un cambio Preparación: Existe mayor conciencia de la enfermedad, se cuenta con actitudes de cuidado, se comienzan a elaborar estrategias y metas para el cambio y se tiene la seria intención de actuar dentro del próximo mes, por lo que se deben establecer metas claras, alcanzables y realistas, ajustadas al estilo de vida y a los recursos emocionales, cognitivos y sociales del paciente; Acción: cuando el cambio de conducta se ha iniciado y tiene menos de 6 meses, y es importante reforzar desde los primeros cambios, hasta los mayores logros que tenga el paciente; y Mantenimiento: cuando el cambio de conducta se ha mantenido por más de seis meses continuos, las estrategias de planeación y afrontamiento se practican constantemente. El paciente y su familia logran vivir con la enfermedad aceptándola y manteniendo los cambios en todas las áreas de su vida, de modo que es necesario planear estrategias para afrontar y prevenir posibles barreras para el apego al tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el análisis de datos arrojado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), uno de los principales motivos de consulta en servicios ambulatorios y

de hospitalización es la diabetes mellitus. En ese mismo estudio se identificó que sólo el 25% de las personas con diabetes mellitus estaban controladas metabólicamente en ese momento, 24.7% en riesgo alto y 48.8% en riesgo muy alto, de padecer las complicaciones por el descontrol de sus niveles de hemoglobina glucosilada; además, las complicaciones que genera esta enfermedad abarcan tanto al paciente como a su familia. Por otro lado, los gastos para el sistema sanitario son muy altos, durante 2010, en México se invirtieron aproximadamente diez mil millones de pesos en la atención de costos directos (consulta/diagnóstico, medicamentos, hospitalización y complicaciones) e indirectos (mortalidad prematura, discapacidad permanente y discapacidad temporal) (González & Oropeza, 2016).

Uno de los aspectos a tomar en cuenta en la intervención del paciente diabético es el autocuidado (Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, 2014), ya que éste es una parte fundamental para lograr un buen control glucémico y metabólico; y en consecuencia, menos complicaciones, mejor calidad de vida y menores gastos sanitarios. De ahí la importancia de una educación en diabetes que pueda ayudarles a aprender e incorporar a su vida cotidiana conductas saludables de autocuidado.

Una manera innovadora de intervenir desde la psicología de la salud para solucionar el problema del autocuidado del paciente diabético, es a partir del modelo transteórico, que plantea el cambio de comportamiento como un proceso, en donde los pacientes tienen diferentes etapas de motivación para cambiar (Prochaska, 1999); con base en ello, se propone que a través de un instrumento de evaluación se pueda ubicar a los pacientes en la etapa del cambio en que se encuentran, con lo cual se les podrá brindar atención personalizada, enfocar las metas de tratamiento y brindar orientación sobre su enfermedad. Esto es muy importante dado que se ha identificado que cuando se presiona a un paciente en las primeras etapas del

cambio, sobre el apego al tratamiento y a modificar su estilo de vida, tiende al abandono del mismo (SSA, 2010).

De manera que se pretende ubicar a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, en una etapa del cambio a través del instrumento para la ubicación en alguna etapa del cambio (UBETCAM), el cual está basado en el modelo transteórico del comportamiento en salud, de Prochaska & DiClemente (1982) buscando que a partir de los resultados obtenidos en la evaluación, se puedan planear y ejecutar intervenciones mucho más eficaces de acuerdo a la etapa de cambio en la que se encuentre el paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El instrumento permite ubicar al paciente con diabetes mellitus tipo 2 en una etapa del cambio?

HIPÓTESIS

El instrumento podrá ubicar al paciente diabético en una etapa de cambio al aplicarlo desde la primera entrevista realizada por el personal médico.

OBJETIVOS

Generales

Construir un instrumento que permita ubicar en su primera entrevista al paciente diabético en la fase de cambio en que se encuentra.

Específicos

Identificar conductas específicas de acuerdo a las dimensiones de alimentación, ejercicio, toma de medicamento, conocimiento de la enfermedad y reducción de conductas de riesgo.

Identificar la dimensión que le resulta más difícil de manejar y en la que ha tenido más recaídas

MÉTODO

Participantes: El universo de estudio estuvo compuesto por personas de entre 28 y 80 años de edad, (hombres y mujeres), con Diabetes Mellitus tipo II pacientes del centro especializado en diabetes, ubicado en la delegación Miguel Hidalgo de la Ciudad de México.

Procedimiento de selección de muestra: Se realizó un muestreo por conveniencia de tipo no probabilístico, que incluyó a todos los sujetos con diabetes que llegaron a su cita mensual, al Centro Especializado de Diabetes de la Ciudad de México, en el periodo establecido del 20 de febrero al 31 de marzo de 2017.

Criterios de inclusión: Mujeres y hombres de cualquier edad con diabetes mellitus tipo 2, estar afiliado al seguro popular, ser pacientes del centro especializado de diabetes de la Ciudad de México y con disposición a participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Que no presenten Diabetes Mellitus tipo II.

Diseño de investigación

La investigación realizada fue de tipo descriptivo exploratorio.

Componentes del instrumento

El Instrumento de evaluación está constituido por dos secciones de las cuales la primera abarca las cinco dimensiones definidas de acuerdo a las conductas establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (Anexo 2), específicamente en el apartado de manejo no farmacológico de pacientes diabéticos (Conocimientos de la enfermedad, toma de medicamentos, alimentación, ejercicio y reducción de riesgos). Cada conducta se dividió en 5 posibles respuestas establecidas de acuerdo a las etapas del cambio (Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), del modelo transteórico del comportamiento en salud (Prochaska & DiClemente, 1982). Mientras que la segunda sección recoge los datos de las dificultades más comunes que presenta el paciente en el transcurso de una semana y en consecuencia requiere que se le dedique mayor atención.

Para ubicar a un paciente en una etapa del cambio específica, de las cinco posibles respuestas que conforman cada una de las cinco dimensiones (25 respuesta en total) se determinó establecer el punto de corte a partir de la suma de tres respuestas en una misma etapa, una por cada dimensión conductual evaluada, equivalente al 20%, de tal manera que al sumar las respuestas se pueda obtener como mínimo el 60% o tres respuestas en una misma etapa.

El “UBETCAM” se presentó a revisión en el Centro Especializado en el Manejo de la Diabetes de la Ciudad de México, para la autorización de su aplicación, teniendo como resultado la aprobación por parte del médico integrista Doctor Emilio Merchak Carmona, titular de la consulta de diabetes del turno vespertino en el C.S. T-III Doctor Manuel González Rivera y Centro Especializado en el Manejo de la Diabetes, confirmando que cumplía con los requerimientos establecidos dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM 015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (Anexo 2).

Resultados

La muestra del “UBETCAM” estuvo constituida por 50 participantes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II, 30 mujeres y 20 hombres de los cuales 7 no contaban con estudios; 16 con primaria; 11 con secundaria; 5 con preparatoria; 6 con una carrera comercial; 4 con licenciatura y 1 con maestría. En lo que respecta al estado civil, 15 de los participantes eran solteros; 18 casados; 1 divorciado, 4 viudos y 12 vivían en unión libre. En cuanto a los años que han vivido con diabetes, se encontró que, 18 de los participantes fluctuaban entre 1 y 5 años de diagnóstico; 8 entre 7 y 10 años; 11 entre 11 y 15 años; 6 entre 16 y 20 años; 4 entre 22 y 24 años; 2 entre 26 y 30 años; y un único participante con 44 años. Finalmente, la media de las edades de los participantes fue de 56.6 años, mientras que la desviación estándar fue de 11.7212523

Al concluir la aplicación del instrumento para ubicar al paciente en alguna de las etapas del cambio (UBETCAM) (Anexo 1), en la que se encuentran respecto a la Diabetes Mellitus tipo II, podemos observar los siguientes resultados:



Figura 1. Total de la muestra por sexo.

La muestra estuvo constituida por 50 participantes (Fig. 1) con Diabetes Mellitus tipo II, 30 mujeres (60%) y 20 hombres (40%), la media de las edades de los participantes fue de 56.6 años, mientras que la desviación estándar fue de 11.7212523, todos ellos pacientes del Centro Especializado en Diabetes, perteneciente al Centro de Salud T-III Dr. Manuel González Rivera.

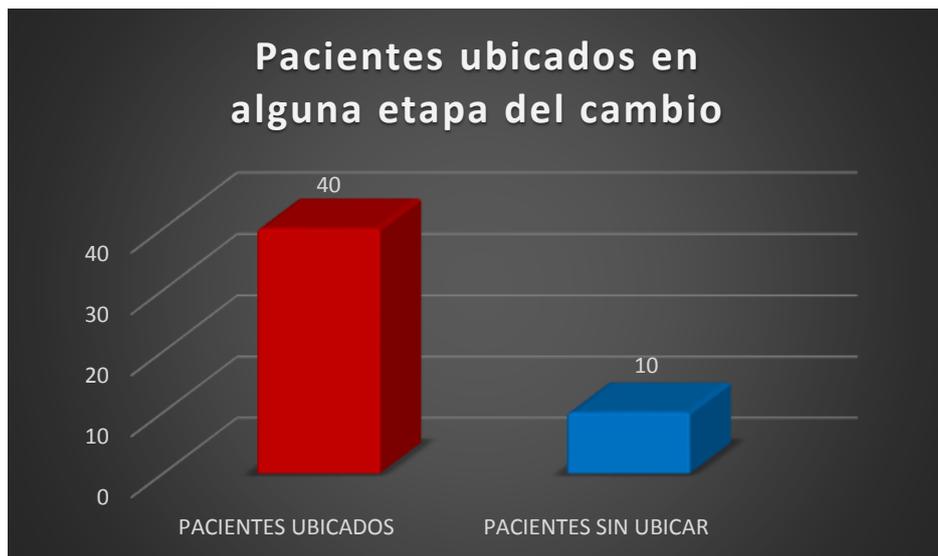


Figura 2. Ubicación de los pacientes.

De los 50 participantes que respondieron el instrumento de evaluación (Fig. 2), se logró ubicar a 40 de ellos en una de las cinco etapas del cambio que se analizaron, lo que equivale al 80% de la muestra total, mientras que el 20% restante no se logró ubicar en alguna etapa del cambio (no obtuvieron como mínimo el 60% de las respuestas de una sola etapa).

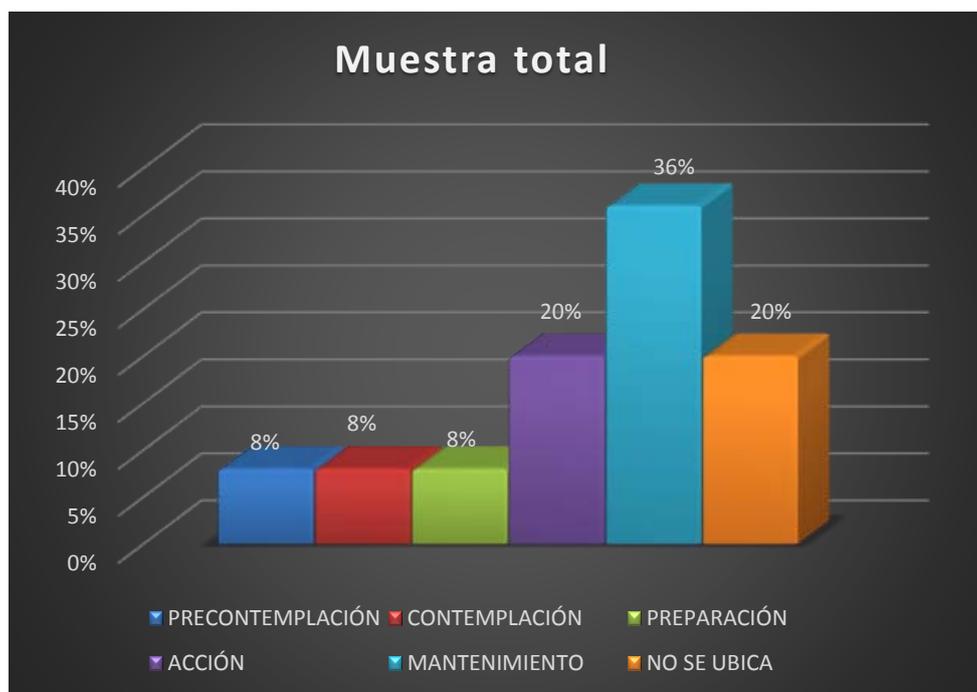


Figura 3. Ubicación por etapas de la muestra total

Ahora bien, de todos los participantes en ésta investigación se puede observar en la figura 3 la etapa del cambio en donde se ubicaron. El 8% de la muestra total se ubicó en la primera etapa denominada “Pre-contemplación”, de igual manera repitiendo el mismo porcentaje se estableció que otro 8% se ubicaba en la segunda etapa la cual es “Contemplación”, respecto a la tercera etapa del cambio que es “Preparación” pudimos observar que al igual que las dos primeras etapas se ubicó a otro 8% de la muestra total, mientras que en la cuarta etapa del cambio denominada “Acción” se ubicó al 20% de los participantes lo que equivale a más del doble de lo que obtuvieron cada una de las tres primeras etapas. Asimismo podemos observar que la quinta etapa del cambio denominada “Mantenimiento” (misma que es el objetivo a alcanzar), es la que registra el porcentaje más alto ya que se ubicó el 36% de la muestra total. Del mismo modo, se puede observar al 20% restante de la muestra el cual correspondió a los participantes que no se pudieron ubicar dentro de alguna etapa del cambio.

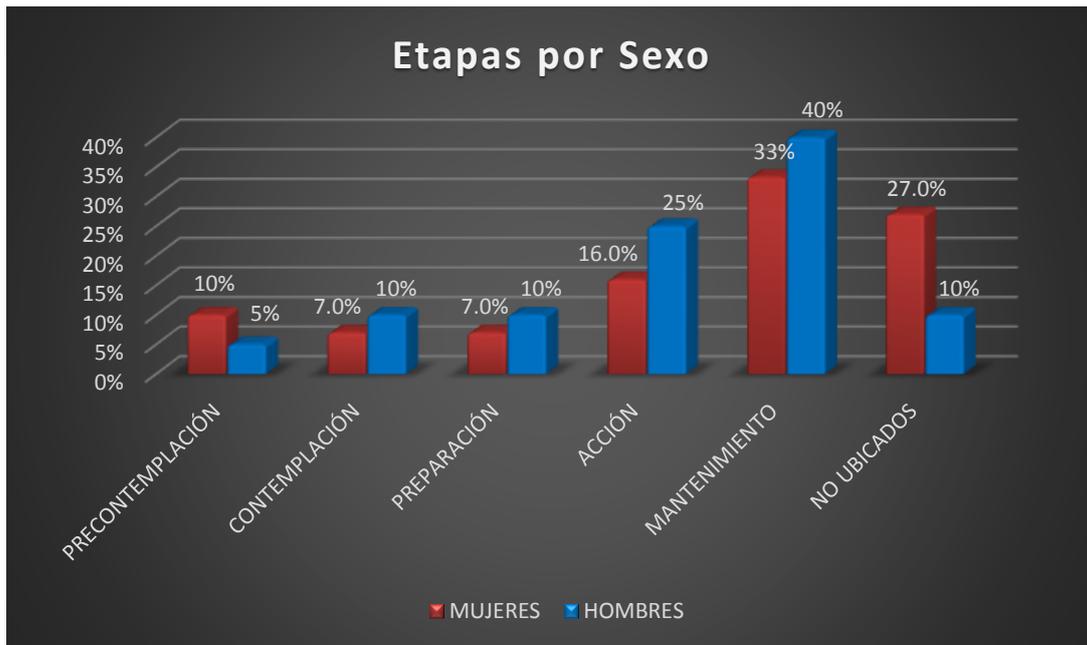


Figura 4. Ubicación por etapas de acuerdo al sexo.

Por otro lado al analizar las etapas del cambio con base en el sexo de los participantes (Fig. 4) se encontró que del 100% de la muestra constituida por mujeres 10% se ubicó en la etapa de PreContemplación, 7% en Contemplación, 7% en Preparación, 17% en acción, 33% en mantenimiento y 26% restante no se logró ubicar en alguna etapa del cambio; mientras que del 100% de la muestra constituida por hombres, la distribución por etapa quedó de la siguiente manera: 5% en la etapa de PreContemplación, 10% en la etapa de contemplación, 10% en la etapa de preparación, 25% en la etapa de acción, 40% en mantenimiento y el 10% restante de este grupo no se logró ubicar en alguna etapa del cambio.



Figura 5. Conductas para un buen control glucémico en la muestra total.

Al analizar la segunda sección del instrumento, donde se registra la frecuencia con la que se repiten a lo largo de una semana (7 días) las conductas requeridas para un buen control glucémico (Fig. 5), se encontró que del total de la muestra 49 de los participantes (98%), toman sus medicamentos los siete días de la semana; asimismo 47 participantes (94%) revisan sus pies, 43 (86%) comen sanamente, 33 (66%) miden su glucosa y finalmente 28 participantes (56%) de la muestra total hacen ejercicio durante algún día de la semana. De acuerdo con estos resultados, podemos observar que la frecuencia con la que se repiten las conductas evaluadas, quedó registrado de la siguiente manera: toma de medicamentos, seguida de la revisión de los pies, posteriormente la alimentación, después la medición de glucosa, quedando al final la práctica del ejercicio.

DISCUSIÓN

En esta investigación se realizó una prueba piloto de un instrumento de evaluación: UBETCAM, cuyo objetivo es ubicar a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, en una etapa específica del cambio desde una primera entrevista con el personal médico. Se consideraron las etapas del cambio propuestas por Prochaska & DiClemente (1982), así como las conductas requeridas para lograr un buen control glucémico, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (SSA, 2010).

El instrumento se administró en el lapso de 5 semanas a 50 pacientes, mujeres y hombres de diferentes edades, del Centro de Salud Especializado en Diabetes de la Ciudad de México, ubicado en la Delegación Miguel Hidalgo, quienes tienen un diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo II. El UBETCAM se aplicó de manera aleatoria a todas las personas que afirmaban estar en su cita de control mensual, de manera que la evaluación resultó rápida y de fácil comprensión para los entrevistados, quienes no mostraron duda cuando se les leyeron los ítems y pudieron contestar el UBETCAM en un promedio no mayor a 10 minutos considerando el tiempo que los pacientes se extendieron al comentar alguna experiencia relevante de su padecimiento.

Cuando se cumplió con la cantidad esperada de entrevistados, los resultados mostraron que de los 50 pacientes que se evaluaron 40 de ellos lograron ubicarse en una etapa del cambio específica, ya que sus respuestas fueron en su mayoría (60%) de una misma etapa, mientras que observamos que los 10 pacientes restantes no lograron ubicarse, debido a que sus respuestas fueron muy variadas y abarcaban diferentes etapas de cambio. De igual manera se observó que las opciones de respuesta del instrumento coincidían con las experiencias que podíamos escuchar del paciente; cabe agregar que al estar respondiendo al UBETCAM

ninguna de las preguntas que les realizamos los obligó a pensar demasiado antes de responder.

No obstante, el UBETCAM, contiene un apartado que consiste en confirmar las respuestas que habíamos obtenido al ubicarlos en una etapa de cambio, este apartado se compone de cinco preguntas que corresponden a las dificultades más comunes que puede presentar el paciente, ahí señalaban los días que en una semana ellos hacen ejercicio, comen de manera saludable, toman sus medicamentos como lo indica el doctor, revisan sus pies, miden su glucosa y por último las veces que han asistido a algún taller sobre diabetes, de tal forma que en la pregunta relacionada a los días que miden su glucosa en una semana, los pacientes expresaron la imposibilidad de hacerlo diariamente ya que las tiras reactivas que utilizan para tal fin son demasiado caras y su economía a la gran mayoría, no les permite comprarlas, así también pudimos observar que la pregunta relacionada con las veces que han asistido a algún taller resultó irrelevante en los resultados finales ya que las respuestas obtenidas fueron poco precisas y no cumplieron con el objetivo inicial que consideramos que podía aportarnos información respecto al conocimiento que el paciente podía tener de su enfermedad, de modo que consideramos que debe ser eliminada del UBETCAM para posteriores aplicaciones.

En resumen podemos observar que el contenido del UBETCAM donde se especifican las cinco dimensiones es suficiente para ubicar al paciente en alguna de las cinco etapas del cambio que se manejan en el modelo transteórico, de modo que se puede manejar sólo esa información y la sección donde manejamos las dificultades más comunes puede ser el complemento para conocer los problemas que está presentando el paciente en su diario vivir y de ésta manera promover estrategias que les permitan cumplir con su tratamiento a fin de

generar que las conductas puedan ubicarse en la etapa del cambio de “Mantenimiento” evitando las recaídas en el menor grado posible.

Finalmente es importante destacar que durante la búsqueda de información relacionada con instrumentos de evaluación basados en el modelo transteórico del comportamiento en salud, que puedan ubicar a pacientes diabéticos en alguna etapa del cambio, encontramos solamente un cuestionario de ejercicios que al igual que el UBETCAM está basado en el Modelo transteórico de Prochaska & DiClemente (1982). Así que al parecer el UBETCAM puede ser una manera innovadora de intervenir desde la psicología de la salud, para mejorar la calidad de vida de pacientes diabéticos, por lo que nuestro objetivo es seguir con la investigación, con una población más grande realizar algunas modificaciones al instrumento, a fin de poder contrastar los resultados que se obtengan a partir del criterio de los médicos tratantes y de los niveles de glucosa de los participantes de una nueva muestra, no solamente del Centro Especializado en Diabetes de la Delegación Miguel Hidalgo, sino llevarlo a cabo en el nuevo Centro ubicado en la Delegación Iztapalapa, con miras a que sea implementado en el Sector Salud a nivel nacional y para beneficio de todo paciente diabético de cualquier parte de México.

CONCLUSIONES

El UBETCAM es funcional debido a que logró ubicar al 80% de la muestra evaluada de pacientes diabéticos y cumplió con el objetivo de ayudar al paciente en identificar la etapa de cambio en la que se encuentran, en un tiempo relativamente corto y de manera sencilla y práctica. Ahora bien es evidente que la muestra utilizada no fue suficiente por lo que nuestro objetivo es realizar algunas modificaciones al instrumento, y llevar la investigación al

siguiente nivel, en donde podamos aumentar la muestra y aplicarlo de nuevo no solamente en el Centro Especializado en Diabetes de la Delegación Miguel Hidalgo, donde ya lo hicimos, sino llevarlo a cabo en el nuevo Centro ubicado en la Delegación Iztapalapa.

En esta nueva aplicación queremos realizar un análisis estadístico más profundo realizando una correlación de los resultados entre el UBETCAM, el control glucémico de los pacientes y los criterios del médico, de tal manera que se pueda contrastar el resultado obtenido con el UBETCAM contra el estado de salud del paciente (el cual se determinará a partir de si sus valores glucémicos se encuentran estables) ya que consideramos que entre más avanzada sea la etapa del cambio, sus valores glucémicos deberán estar controlados dentro de las metas de tratamiento.

Finalmente y con base en los resultados que se obtengan, buscaremos un comité de ética ya sea en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala o en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, para que se pueda someter a revisión y ser validado, con la intención de que pueda ser utilizado como método de apoyo en la evaluación del paciente diabético en el Sector Salud de cualquier parte de México.

Referencias

- Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (2007). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Colombia: ALAD. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (2013). Revista de la ALAD. Atención nutricional de la diabetes. Vol. 3 (4), p.p. 543 -552. Recuperado de: https://issuu.com/alad-diabetes/docs/revista_de_la_alad_v3n4
- American Diabetes Association (2013) Estrés. El efecto del estrés en la diabetes. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/estres.html#sthash.9yOT6Y5H.dpuf>
- Baum, A. Gatchel, R. & Krantz, D. (1997). An Introduction to Health Psychology. New York: McGraw Hill. Recuperado el 29 de marzo de 2017 de: [https://books.google.com.mx/books?id=UtKfjjvohYYC&pg=PA16&lpg=PA16&dq=Baum,+A.+Gatchel,+R.+Krantz,+D.+\(1997\).+An+Introduction+to+Health+Psychology.+New+York:+McGraw+Hill.&source=bl&ots=hlUop3RmGk&sig=zVOnTrJt18LKIPKcP3dTkLRUi4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj8zPXk8fzSAhWBOSYKHXXAYwQ6AEIKzAC#v=onepage&q=Baum%2C%20A.%20Gatchel%2C%20R.%20Krantz%2C%20D.%20](https://books.google.com.mx/books?id=UtKfjjvohYYC&pg=PA16&lpg=PA16&dq=Baum,+A.+Gatchel,+R.+Krantz,+D.+(1997).+An+Introduction+to+Health+Psychology.+New+York:+McGraw+Hill.&source=bl&ots=hlUop3RmGk&sig=zVOnTrJt18LKIPKcP3dTkLRUi4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj8zPXk8fzSAhWBOSYKHXXAYwQ6AEIKzAC#v=onepage&q=Baum%2C%20A.%20Gatchel%2C%20R.%20Krantz%2C%20D.%20)
- Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional del Salud Pública*. 18(2), 129-138. Recuperado de: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
- Centro de Salud T-III Dr. Manuel González Rivera y Centro Especializado en Diabetes (2017). Información recabada por el personal del centro.
- Centro Especializado en Diabetes (2016). Recuperado de: <http://www.ced.mx/>
- Escobar, O. (2011). La imaginaria para fortalecer la salud en diabetes mellitus tipo II (psiconeuroinmunología). Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012). Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Esparza, Ó; Carrillo, I; Quiñones, J; del Castillo, A; Guzmán, R; Ochoa, S; Gurrola, G; Balcázar, P; Villarreal, M; & Sánchez, J; (2013). Cuestionario de ejercicio basado en el modelo transteórico de la conducta en una muestra mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18() 124-141. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228948009>

Federación Internacional de Diabetes FID (2013). Atlas de la Diabetes de la FID 6a edición. Recuperado de: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/61/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf

Golding, M. Potts, M. & Aneshensel, C. (1988). Stress Exposure Among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites. *Journal of community psychology*. 19 (1) pp. 37- 59. Recuperado el 29 de marzo de 2017 de: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1520-6629\(199101\)19:1%3C37::AID-JCOP2290190105%3E3.0.CO;2-6/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1520-6629(199101)19:1%3C37::AID-JCOP2290190105%3E3.0.CO;2-6/full)

González, Ll. (2007). Cap. 1 Desarrollo histórico y los fundamentos teóricos y metodológicos que dan origen a la aparición de los test. Cap. 2 Conceptos básico para la asignatura. En *Instrumentos de evaluación psicológica*. (pp. 3-29). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

González, J & Oropeza, R. (2016) Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*. Publicación del Instituto Nacional de Psiquiatría. Vol. 29 (2). Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2016.006/2853

Instituto Nacional de Salud Pública (2000) Encuesta Nacional de Salud. La Salud de los Adultos. Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo2.pdf

Nunes, B. García, C. Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud. *Estudios sociales*. 15 (28). Pp. 138-161. Recuperado el 29 de marzo de 2017 de: <http://www.redalyc.org/pdf/417/41702805.pdf>

Oblitas, G. (2008). Health Psychology: A well being and happiness science en *Av. Psicol*. 16 (1). Recuperado el 23 de marzo de 2017 de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

OMS (2016). Organización Mundial de la Salud. Diabetes. ¿Qué es la diabetes? Informe mundial sobre la diabetes. Nota Descriptiva 312. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

OMS (2017). Organización Mundial de la Salud. Diabetes Action Online. Que es la diabetes. Recuperado de: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html

- Pérez, C. y Martínez, A. (enero, 2011). Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud. *Salud y Sociedad*; 2(1), 44-61. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4017543>
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1984-26566-001>
- Prochaska, J. (1999). The Heart and Soul of change: What works in therapy? *American Psychological Association*. Washington D.C. p 227-255. Recuperado de: <https://psicouas.files.wordpress.com/2009/03/prochaska-motivacion-para-el-cambio.pdf>
- Prochaska J, Velicer W, Rossi J, Goldstein M, Marcus, B. Rakowski, W. Fiore, Ch. Harlow, L. Redding, C. Rosenbloom, D. & Rossi, S. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviours. *Health Psychol*; vol.13 (1) p.p. 39-46. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8168470>.
- Secretaría de Salud (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2010, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Secretaría de Salud (2017). Centro especializado en diabetes. Otorga el Centro Especializado de la Diabetes de la CDMX más de 14 mil 200 atenciones médicas. Comunicado 486. Recuperado de: <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/comunicados/486-otorga-el-centro-especializado-de-la-diabetes-de-la-cdmx-mas-de-14-mil-200-atenciones-medicas>
- Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. (2014). México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
- Williams, R. Regniers, C, Nolan, T. (2007). Educación para la diabetes. *Diabetes Voice: Perspectivas mundiales de la diabetes*. 52(número especial) 3-47

Anexo 1



Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil _____
 Escolaridad _____ Año en que fue diagnosticado (a) _____ Tiempo de estar en tratamiento _____

Instrucciones: "Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señale con una (X) la alternativa elegida por el paciente. No deje ninguna sección sin contestar y elija solo una respuesta de cada sección."

| ESCALA DE ETAPAS DEL CAMBIO – DIABETES | |
|---|--|
| SECCIÓN 1. CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD | |
| 1 | No quiero saber de mi enfermedad. Me da miedo. |
| 2 | Entiendo que cambiar mi dieta, hacer ejercicio y tomar los medicamentos es importante para mi salud. |
| 3 | En estos próximos días empezaré a informarme sobre mi enfermedad. |
| 4 | No comencé a aprender de mi enfermedad. |
| 5 | Ya sé lo que es mi enfermedad y sé informármelo. |
| SECCIÓN 2. TOMA DE MEDICAMENTOS | |
| 6 | No necesito tomar mis medicamentos, no me siento mal de salud. |
| 7 | Me gustaría empezar a tomar mis medicamentos como lo indica el doctor. |
| 8 | Empezaré a tomar mis medicamentos para evitar sentirme mal. |
| 9 | He comenzado a medir mi glucosa y a tomar mis medicamentos regularmente. |
| 10 | Aunque no me siento mal, sigo tomando mis medicamentos como lo indica el médico. |
| SECCIÓN 3. ALIMENTACIÓN | |
| 11 | No sé por qué necesito cambiar mi forma de comer ni por qué me afecta tener ayunos prolongados. |
| 12 | Sé que comer alimentos grasosos o tomar bebidas azucaradas afecta mi salud, pero algún día dejaré de comerlos. |
| 13 | Para sentirme mejor, en estos próximos días evitaré comer alimentos grasosos y tomar bebidas azucaradas. |
| 14 | Ahora puedo decir que estoy comiendo saludablemente de forma regular. |
| 15 | Ya llevo tiempo comiendo saludablemente, aunque me cuesta trabajo. |
| SECCIÓN 4. EJERCICIO | |
| 16 | No he empezado a hacer ejercicio. No sé en qué me puede ayudar hacerlo. |
| 17 | Creo que tengo que hacer ejercicio. Me preocupa mi salud. |
| 18 | Si le solicitan para sentirme bien es hacer ejercicio, preguntaré qué ejercicios puedo hacer. |
| 19 | Ahora puedo decir que estoy haciendo ejercicio regularmente. |
| 20 | Me fue difícil empezar a hacer ejercicio, pero ya llevo más de seis meses haciéndolo. |
| SECCIÓN 5. REDUCCIÓN DE RIESGOS | |
| 21 | No necesito visitar a ningún especialista no tengo problemas con mis ojos, pies o glucosa. |
| 22 | Me preocupa llegar a tener problemas de salud, algún día visitaré a los especialistas para chequear mis ojos, pies y glucosa. |
| 23 | Si la solicitan para no tener problemas de salud es visitar a los especialistas en pies, ojos y glucosa, lo haré en unos días. |
| 24 | Ahora entiendo los riesgos de no cuidarme regularmente por eso voy a chequear los pies, ojos y glucosa. |
| 25 | Ya llevo tiempo evitando conductas de riesgo por eso sigo visitando a los médicos especialistas. |
| SECCIÓN 6. DIFICULTADES MÁS COMUNES (ANOTE EL NÚMERO QUE INDIQUE EL PACIENTE DEL 0 AL 7) | |
| CUÁNTOS DÍAS EN UNA SEMANA | |
| E | Hace ejercicio |
| A | Come de manera saludable |
| T | Toma sus medicamentos como lo indica el doctor |
| C | Revisa sus Pies _____ Mide su Glucosa _____ |
| D | Desde que está en tratamiento... ¿Cuántas veces ha solicitado a talleres, pláticas o ha investigado sobre su enfermedad? |

Anexo 2



CIUDAD DE MÉXICO, A 07 DE MARZO DEL 2017

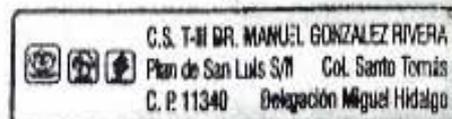
N. PSIC. GABRIELA LETICIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ
DIRECTORA DE MANUSCRITO RECEPCIONAL DEL ÁREA
DE PSICOLOGÍA, DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA SUyED. UNAM.

Por medio de la presente hago de su conocimiento, que se ha realizado una revisión de la herramienta llamada escala de etapas de cambio – diabetes, la cual cumple con los requerimientos establecidos dentro de la NOM 015 SSA 2010 para la atención del paciente con diabetes, siendo que dicha evaluación menciona puntos clave requeridos en las intervenciones enfocadas a los cambios en el estilo de vida que estipula dicha norma.



DR. EMILIO MERCHAK CARMONA

MEDICO ESPECIALISTA ENCARGADO DE LA CONSULTA DE DIABETES
DEL TURNO VESPERTINO EN EL C.S. T-III DR. MANUEL GONZÁLEZ
RIVERA Y CENTRO ESPECIALIZADO EN EL MANEJO DE LA DIABETES DE
LA CIUDAD DE MÉXICO



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN AL PACIENTE
C.S. T-III DR. MANUEL GONZÁLEZ RIVERA
Plazuela Luján, Col. San Tomás, C.P. 11340
Del. Miguel Alemán, CDMX
Tel. 56 24 12 85