

**EFFECTIVIDAD DE UNA PROPUESTA EDUCATIVA PARTICIPATIVA BASADO
EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y
EJERCICIO, EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE UNA LOCALIDAD EN BOGOTA**

LESSDY JULLIANY SUA CÉSPEDES

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COLECTIVA
BOGOTA D.C., 2012**

**EFFECTIVIDAD DE UNA PROPUESTA EDUCATIVA PARTICIPATIVA BASADO
EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y
EJERCICIO, EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE UNA LOCALIDAD EN BOGOTA**

LESSDY JULLIANY SUA CESPEDES

**Trabajo de grado
Para optar el título de
ENFERMERA**

**Asesoras
DIANA LOZANO POVEDA
Licenciada en Enfermería
Magister en Salud pública
FABIOLA CASTELLANOS SORIANO
Magister en Educación
Especialista en Salud Ocupacional.
Doctora en Enfermería**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COLECTIVA
BOGOTÁ, D.C., 2012**

NOTA DE ACEPTACIÓN

JURADO

JURADO

BOGOTÁ, D.C. 2012

Quiero dedicar este trabajo principalmente a Dios, quien me ha permitido salir adelante dándome vida y fortaleza para culminar no solo este proyecto sino las metas que me he propuesto desde que inicie mi carrera como enfermera, A mis padres quienes han estado ahí apoyándome; en especial a mi papá por su ayuda incondicional y su constante perseverancia. A mi hermosa hija María José, quien se convirtió en el motor de mi vida y la esperanza de todas mis metas y A una persona especial que trascendió en mi vida y que marco con su compañía el alcance de grandes logros.

AGRADECIMIENTOS

Sin duda la realización de este trabajo no hubiese sido posible sin la colaboración de cada una de las personas que hacen parte de mi vida; principalmente a mi familia y a quienes participaron de manera directa o indirecta en la culminación de este uno de mis primeros proyectos.

A la profesora Diana Lozano y Fabiola Castellanos por brindarme su asesoría y apoyo durante el desarrollo del mismo. Además, al grupo comunitario de adultos mayores ubicados en la localidad de Bosa, a la señora Rosalba Sogamon líder comunitaria, al grupo de Vigilancia en Salud pública Comunitaria del Hospital Pablo VI de Bosa, en especial a Elvia Sánchez, quien me colaboró y apoyo en la realización de cada una de las sesiones.

A mis amigos y compañeros en estos años de carrera, por cada enseñanza y conocimiento que me brindaron en especial a Angélica Rodríguez, por su aporte y colaboración en la elaboración inicial del proyecto y su incondicional presencia a lo largo de estos cuatro años.

“Noble cosa es, aún para un anciano, el aprender.”
Sófocles

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE GRAFICAS	10
LISTA DE ANEXOS	11
RESUMEN	12
INTRODUCCION	13
1. JUSTIFICACION Y SITUACIÓN PROBLEMA.....	15
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	22
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
2.2 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS	22
2.2.1 Efectividad.	22
2.2.2 Programa Educativo Participativo para el manejo de la DM2.	22
2.2.3 Conocimientos.....	23
2.2.4 Actitudes.	24
2.2.5 Prácticas.....	24
2.2.6 Adulto Mayor.....	25
3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	26
4. PROPOSITOS	27
5. MARCO TEORICO	28
5.1 DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	28
5.2 EL ADULTO MAYOR Y LA ADHESION AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS	34
5.3 PILARES DE INTERVENCION EN LA DIABETES: TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	39
5.4 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCACION COMO ESTRATEGIA.....	40
5.5 LA EDUCACION EN DIABETES	43
5.5.1 Enfoque popular.	46
5.5.2 Enfoque participativo	47

5.6 TEORIAS CONDUCTUALES EN LA INCLUSION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	53
6. MARCO METODOLOGICO	58
6.1 TIPO DE DISEÑO	58
6.2 POBLACION DE ESTUDIO	59
6.3 CRITERIOS DE INCLUSION	59
6.4 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	59
6.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	60
6.5.1 Hipótesis de Trabajo (H1).	60
6.5.2 Hipótesis Nula (H ₀).	60
6.5.3 Hipótesis Alterna.	60
6.6 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	60
6.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	61
6.8 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	63
6.9 ASPECTOS ÉTICOS	65
7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	66
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES	66
7.2 CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2	71
7.3 ACTITUDES PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	81
7.4 PRÁCTICAS FRENTE A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	84
7.5 DIFERENCIAS INFERENCIALES DEL PROGRAMA EDUCATIVO PARTICIPATIVO DE ACUERDO AL PRE-TEST Y POST-TEST	94
7.5.1 Conocimientos	94
7.5.2 Actitudes.	95
7.5.3 Prácticas.	95
8. CONCLUSIONES	97
9. RECOMENDACIONES	99
10. LIMITACIONES	100
11. BIBLIOGRAFIA.....	101
ANEXOS	101

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes por grupos de edad y por localidad. Bogotá, D.C. Septiembre 1 de 2004 a diciembre 31 de 2007	33
Tabla 2. Causa de defunción, Localidad de Bosa, 2007	34
Tabla 3. Sesiones del Programa Educativo Participativo desarrollado en la localidad de Bosa con adultos mayores, 2012	62
Tabla 4. Adaptación del instrumento para medir la actitud en los adultos mayores pertenecientes a la Localidad de Bosa, 2012	64
Tabla 5. Mediana de número de preguntas acertadas en el cuestionario ECODI aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.....	72
Tabla 6. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de conocimientos, 2012.....	73
Tabla 7. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de dieta, 2012	75
Tabla 8. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de ejercicio, 2012.....	76
Tabla 9. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de Higiene, 2012.....	78
Tabla 10. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de Autoregulación, 2012.....	80
Tabla 11. Mediana de número de preguntas acertadas en el cuestionario de Agencia de autocuidado aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.....	81
Tabla 12. Puntaje obtenido por cada uno de los participantes en el cuestionario de Agencia de autocuidado aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012	82
Tabla 13. Mediana de número de preguntas acertadas en el cuestionario de Agencia de autocuidado aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.....	85
Tabla 14. Total de Puntos obtenidos por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de nutrición, 2012	85

Tabla 15. Número de puntos obtenidos por los adultos mayores en relación a las preguntas de la dimensión de nutrición del cuestionario IMEVID, 2012.....	86
Tabla 16. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de actividad física, 2012.....	87
Tabla 17. Número de puntos obtenidos por los adultos mayores en relación a las preguntas de la dimensión de nutrición del cuestionario IMEVID, 2012.....	88
Tabla 18. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de consumo de tabaco, 2012.....	89
Tabla 19. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de consumo de alcohol, 2012.....	90
Tabla 20. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de información sobre la DM2, 2012.....	91
Tabla 21. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de manejo de emociones, 2012.....	92
Tabla 22. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de información sobre el cumplimiento del tratamiento, 2012.....	93
Tabla 23. Número de puntos obtenidos por los adultos mayores en relación a las preguntas de la dimensión de cumplimiento del tratamiento en la escala IMEVID, 2012.....	94

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Muertes atribuibles a la Diabetes en población de 20-79 años en el 2011.....	29
Gráfica 2. Prevalencia estimada de Diabetes Mellitus para el año 2025.....	30
Gráfica 3. Tasa ajustada de prevalencia de diabetes Mellitus tipo en algunos países de las Américas %	31
Gráfica 4. Interacción De Modelos Conductuales Sobre La Implementación De Un Programa Educativo Participativo En El Manejo De La Diabetes.....	56
Gráfica 5. Distribución porcentual de los adultos mayores según edad, Bogotá 2012 ...	67
Gráfica 6. Distribución porcentual de los adultos mayores según estado civil, Bogotá 2012	68
Gráfica 7. Distribución porcentual de los adultos mayores, según dependencia económica, Bogotá 2012.....	69
Gráfica 8. Distribución porcentual de los adultos mayores según escolaridad, Bogotá 2012.	70

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. TEST MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION (MMSE) DE FOLSTEIN ET AL. (1975), LOBO ET AL. (1979)	114
ANEXO 2. ABC FÍSICO: ESCALA DE BARTHEL	115
ANEXO 3. ECODI: ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES MELLITUS	116
ANEXO 4. CUESTIONARIO CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	118
ANEXO 5. IMEVID: ESTILOS DE VIDA.....	119
ANEXO 6. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	120
ANEXO 7 FICHAS TÉCNICAS PROGRAMA “TOMANDO EL CONTROL DE MI DIABETES”	121

RESUMEN

Efectividad de una propuesta educativa participativa basado en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y ejercicio, en un grupo de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 de una localidad en Bogotá.

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa educativo participativo basado en los conocimientos, prácticas y actitudes de un grupo de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cuasi experimental, la población fue de 10 adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a la localidad de Bosa en Bogotá. Para determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, se aplicaron los test de ECODI, Capacidad de Agencia de Autocuidado e IMEVID respectivamente. La intervención educativa-participativa se organizó mediante la implementación de un programa diseñado por la autora, basado en el tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2: Alimentación y Ejercicio físico, a través de seis sesiones educativas, una por semana con duración de dos horas aproximadamente cada una.

Resultados: Con un nivel de confianza α del 0.05 se utilizó la prueba estadística T para la diferencia de medias con $n - 1$ grado de libertad, con un valor crítico de 1.833. La variable de conocimientos y prácticas obtuvieron valores críticos superiores al planteado, a diferencia de la variable de actitud, la cual no mostró cambios significativos en el desarrollo del estudio.

Conclusiones: El nivel de conocimientos aumento de manera significativa, lo que permitió sin duda la inclusión de cambios dietéticos y la realización de actividad física. A pesar de que la actitud no evidenció una diferencia con respecto al pre-test, no tuvo una influencia negativa en los resultados del post-test con respecto a los cuestionarios ECODI e IMEVID.

Palabras Clave: *Diabetes Mellitus tipo II, Educación participativa, Adulto Mayor, Conocimientos, actitudes y prácticas, Localidad Bosa.*

ABSTRACT

Effectiveness of a participatory educational approach based on knowledge, attitudes and practices of diet and exercise in a group of older adults with type 2 diabetes mellitus in a locality in Bogotá.

Objective: To evaluate the effectiveness of an educational program based participatory knowledge, practices and attitudes of a group of older adults with type 2 diabetes mellitus

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study; the population was 10 older adults diagnosed with type 2 diabetes mellitus, belonging to the town of Bosa in Bogotá. To determine the level of knowledge, attitudes and practices were applied ECODI test, self-care agency capacity and IMEVID respectively. The educational intervention was organized by implementing a program designed by the author, based on non-pharmacological treatment of type 2 diabetes mellitus: diet and exercise, through six educational sessions, one per week lasting two approximately one hour each.

Results: With a confidence level α of 0.05 was used for the statistical test T mean difference with $n - 1$ degree of freedom, with a critical value of 1.833. The variable obtained knowledge and practices raised above the critical values, unlike the attitude variable, which showed no significant changes in the course of the study.

Conclusions: The knowledge level significantly increased, allowing the inclusion undoubtedly dietary changes and physical activity. Although the attitude did not show a difference from the pre-test, there was a negative influence on the results of post-test questionnaires regarding e IMEVID ECODI.

Keywords: *Diabetes mellitus type II, Participatory Education, Elderly, knowledge, attitudes and practices, Location Bosa.*

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus tipo II (DM2) es uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial por ser un proceso crónico, además de ser la causante de altas incapacidades por parte de quienes la padecen. Si bien es de saber, gran parte de las complicaciones asociadas a esta enfermedad pueden reducirse a través del diagnóstico precoz, el uso adecuado de medicamentos y la inclusión de estilos de vida saludables, enfatizando en una alimentación balanceada y la realización de actividad física.

Así pues, la alimentación y la actividad física se convierten en dos ejes fundamentales para el tratamiento no farmacológico, en el alcance de mantener niveles normales de azúcar en sangre. Objetivo que debe sobresalir y observarse en la persona que tiene un buen autocontrol de la misma y que debe ser dada y actualizada por parte de los profesionales de salud mediante el uso de herramientas educativas, las cuales permiten a la persona con diabetes comprender y manejar correctamente su tratamiento.

Por ende, el siguiente trabajo de grado se orientó a evaluar la efectividad de la implementación de un programa educativo participativo sobre el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 basándose en elementos teóricos conductuales, los cuales permitieron determinar el uso adecuado de los diferentes enfoques educativos a la hora de brindar y construir conocimiento conjuntamente con el paciente.

El programa se desarrollo durante seis semanas, con encuentros de aproximadamente dos horas y media, donde se aplicaron tres diferentes cuestionarios antes y después del programa, lo cuales evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores en relación al tratamiento no farmacológico para manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2. Al realizar la comparación entre el pre y pos test, los cambios en la actitud no obtuvieron puntajes estadísticamente significativos a diferencia de los conocimientos y prácticas sobre alimentación y ejercicio, los cuales mostraron aumento significativo respecto a la medición basal

Los resultados obtenidos de este estudio, permitirán ser ejemplo de programas educativos para tratar enfermedades de tipo crónico como hipertensión, EPOC e insuficiencia renal, además de influenciar sobre los estilos de vida de las personas

que son participes creando la capacidad de autocuidado para mejorar su condición de salud evitando complicaciones incapacitantes y a su vez reduciendo los costos para el tratamiento de esta enfermedad.

1. JUSTIFICACION Y SITUACIÓN PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, son la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas. Estas enfermedades comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable.

Actualmente “la sociedad enfrenta el desarrollo continuo de enfermedades que en un gran porcentaje son causantes de muertes y de discapacidades mundiales, ya que cerca del 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, aproximadamente, 60% de las muertes anuales son causadas por las mismas.”¹ Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)², las muertes prematuras por ECNT (<70 años) representan un 22,7 % de todas las muertes.

Dentro de este grupo de ECNT se encuentra la diabetes mellitus, una enfermedad caracterizada por ser un problema de Salud Pública. Esta enfermedad es definida en el año de 1997 por la American Diabetes Association (ADA) como un síndrome clínico dentro del cual se asocian diferentes entidades nosológicas, término aceptado por la Organización mundial de la salud (OMS) quien la describe como “una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. Por lo tanto, el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.”³ Ante esta definición la ADA

¹ DURÁN Adriana, GONZÁLEZ Angélica, MÁXIMO Juan, URIBE, Ana y VALDERRAMA Laura. Enfermedad crónica en adultos mayores. En: Revista Medicina Bogotá. N° 51 (1). (Ene-mar 2010); p: 16-28. [En línea: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>. Consultado en Octubre de 2012.

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfiles de País. Enfermedades no transmisibles. [En línea: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17855&Itemid=999999. Consultado en Octubre de 2012.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Definición de Diabetes. [en línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.> Consultado en abril de 2011

también propuso una clasificación en la que se incluyeron 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales: diabetes Mellitus tipo 1 y 2, otros tipos específicos como diabetes gestacional, intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada.

Referente a la diabetes mellitus tipo II (DM2), la OMS la define “como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.”⁴

Así mismo, existen dos aspectos a considerar para adoptar los cambios adecuados de los niveles de azúcar en el paciente con DM2. El primer tipo de tratamiento es el no farmacológico, el cual es especialmente importante, puesto que permite un manejo integral de la enfermedad; en el cual se controlen los síntomas de la afección con resultados eficaces que complementen satisfactoriamente a los tratamientos farmacológicos; prevengan la presencia de complicaciones y mejoren la calidad de vida del paciente. En este tipo de tratamiento para los pacientes diabéticos encontramos como relevante la necesidad de la educación al individuo acerca de tres puntos importantes según las guías de la Asociación latinoamericana de la diabetes (ALAD)⁵ de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo II: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

En cuanto al tratamiento farmacológico implica la prescripción de medicamentos antidiabéticos orales a partir del estudio específico y monitoreo constante del paciente con el propósito de controlar los niveles de glicemia y reducir el riesgo de complicaciones. Sin embargo, este tratamiento al igual que el no farmacológico requiere primero que todo de la mejor disposición del equipo de salud al momento de realizar la comunicación, para lo cual se hace necesario el uso adecuado de herramientas para la comprensión acerca de la dosis, horario, uso y efectos del medicamento sobre el cuerpo y sobre la enfermedad. Además necesita de la

⁴EXPO-CUMBRE MUNDIAL. Diabetes. [en línea] http://www.expercumbremundial.com.mx/edit_Diabetes.html. Consultado en abril de 2011.

⁵ ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo II. [en línea] http://www.alad-latinoamerica.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=2:guias-clinicas-alad&Itemid=68. Consultado en Noviembre de 2012.

participación y colaboración activa del paciente. Sin ella, la relación profesional – paciente, no logra concretarse satisfactoriamente y en consecuencia, se presentan dificultades en la adherencia al tratamiento por falta de comprensión de la información.

Respecto a la atención y manejo de la DM2, estadísticas reflejan que el 95,7% de los usuarios lo ha consultado con el médico general, al 59,3% lo ha tratado el médico especialista, sólo un 8% ha sido remitido a consulta por psicólogo, mientras que un 56% ha tenido consulta con nutricionista. La proporción de usuarios de consulta externa, que se mide con glucómetro en la casa, el nivel de azúcar en la sangre es del 41,8%, porcentaje que disminuye en 25 puntos porcentuales en el caso de los pacientes de hospitalización⁶.

Si bien, el cumplimiento de estos tratamientos y el seguimiento de los mismos, se ve afectado por el número de años que tenga la persona; a medida que se incrementa la edad existe mayor riesgo de incumplimiento en el manejo de las enfermedades y la evolución de las mismas. El aumento progresivo de la población colombiana, especialmente en el grupo de adultos mayores, representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social.⁷

Según estadísticas del DANE, en Colombia para el año 2005, existían 42.090,5 adultos mayores de los cuales el 63,12% se concentraron en Bogotá, Ya para el 2009, la población adulta mayor en Colombia era de 6'050.552 personas: 3'236.396 mujeres y 2'814.156 hombres. Se espera que para el 2050, el total de la población sea cercano a los 72 millones, con una esperanza de vida ligeramente

⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud 2007. [En línea] <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9094.PDF>. Consultado en Marzo de 2011.

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia [En línea] <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>. Consultado en Noviembre de 2012.

superior a los 79 años y con más del 20% de los pobladores por encima de 60, lo cual se traducirá en una estructura de la pirámide poblacional en forma rectangular⁸

Desde la perspectiva de los programas en salud dirigidos al control y tratamiento de la Diabetes tipo II, la Declaración de las Américas (Declaration of the Américas: DOTA) resaltó la importancia de la implementación de estrategias y acciones para lograr disminuir el costo socioeconómico y aumentar la calidad de vida de la población afectada por esta enfermedad de tipo crónico no transmisible.

Si bien es importante el desarrollo de políticas que conlleven a la inclusión de los hábitos saludables, la educación en diabetes se hace necesaria como instrumento de apoyo en el proceso salud-enfermedad de quienes la padecen. Es importante resaltar las vivencias observadas y analizadas durante las prácticas profesionales, las cuales permitieron ver que al momento de educar a una población específica, no son utilizadas en muchos casos metodologías diferentes a las magistrales; un ejemplo de ello, son las sesiones educativas para pacientes con ECNT con una duración de aproximadamente dos horas para capacitación, se redujeron a 10 minutos para hablar de la enfermedad en forma de exposición, limitando al público asistente (más de 80 personas adultos mayores) participar en la construcción de su propio conocimiento.

Es por ello, que la utilización de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, no debe limitarse a un mismo enfoque metodológico y mucho menos cuando es en poblaciones como la adulta mayor,

El estado funcional es mayor en los pacientes de edad avanzada, ya que hay déficits en los órganos del cuerpo, la estructura ósea y la masa muscular; al igual, que se reduce el funcionamiento de los órganos sensoriales. Asimismo, son comunes las fallas de la memoria, la actividad intelectual se vuelve más lenta, y disminuye la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo en algunos adultos mayores; estas situaciones, sumadas a las enfermedades crónicas, hacen que el adulto mayor sea incapaz de

⁸ RAMÍREZ Jesús. Profundización Cuidado De Enfermería Al Adulto Mayor. Seminario: "Situación Actual De La Personas Adultas Mayores En Colombia, Legislación Y Programas De Atención Al Adulto mayor.

desarrollar plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el medio⁹

Por lo anterior, la educación debe ser vista desde una forma participativa y basada desde el enfoque popular, “la cual se ha desarrollado desde hace dos décadas y tiene como fundamento epistemológico que el conocimiento no se consume, sino que se elabora; dicha elaboración se lleva a cabo por medio de la crítica y la autocrítica, donde el alumno es el protagonista de su propia aventura en el conocimiento, la cual aplicada al área de la salud y en situaciones específicas como en la DM2, puede favorecer la adopción de estilos de vida saludables e impactar en forma favorable el control de dicha enfermedad”¹⁰.

Además ésta, “toma en cuenta los aspectos sociales y culturales del paciente, así como su experiencia de vivir con diabetes, para la elaboración de su propio conocimiento sobre la enfermedad y su repercusión en la adherencia al tratamiento, el control de la enfermedad y en la percepción de su calidad de vida.”¹¹

Así mismo, este tipo de programas sirven como guías de actuación en la comunidad, para intervenir por medio de la educación en salud y lograr el aprendizaje del equipo de salud.¹² La participación activa del paciente referente al cuidado ideal de la diabetes es fundamental para lograr el éxito del manejo de la enfermedad. Además, se requiere una participación en la gestión del estado de salud para así recibir información comprensible y accesible de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente con diabetes Mellitus tipo II. Esta

⁹ DURÁN op. cit pág., 18

¹⁰ MARTÍNEZ JIMÉNEZ, Sergio, et al. Impacto de una estrategia educativa participativa. El estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II. En: Ethos educativo, México. Vol. 42, p 187-196; (en línea): <http://www.imced.edu.mx/Ethos/Archivo/42/42-187.pdf>. Consultado en abril de 2011.

¹¹ ARCEGA DOMÍNGUEZ Arturo y CELADA RAMÍREZ, Nora. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional. En: Rev. Med Inst. Mexicano Seguro Social, México. Vol. 46, Núm. 6, 2008, p 685-690; (en línea) http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A214.pdf. Consultado en abril de 2011

¹² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud 2007. [en línea]<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9094.PDF> Consultado en Marzo de 2011.

participación puede asociarse al entorno en donde se desenvuelve el paciente. Al respecto, Heredia Galán¹³ habla sobre el apoyo social y hace énfasis en la importancia del apoyo social y familiar como factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos para la diabetes. El apoyo social, constituye un medio efectivo en su vertiente instrumental, para facilitar el cumplimiento del tratamiento, o también se considera capaz de amortiguar los efectos del estrés que supone la diabetes y su tratamiento.

Por tanto, el interés de realizar este trabajo de grado, surge de la revisión bibliográfica y de las experiencias y conocimientos adquiridos durante el proceso de formación, donde se evidencia que la DM2 es uno de los grandes problemas de Salud Pública y que a pesar de que existen leyes como: La ley 1355 de 2009 o ley de obesidad, la ley 1335 de 2009 contra el consumo de tabaco, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y nutricional, la educación en diabetes mediante la implementación de estrategias educativas diferentes a las comúnmente empleadas para transmitir conocimiento e influir sobre los estilos de vida de los adultos mayores con diabetes, no se evidencia con fuerza en Colombia, ya que realizando un análisis de la literatura, países como México y España en los últimos años han trabajado con fuerza a partir de los dos pilares fundamentales para el manejo de la diabetes dados desde la ADA para el tratamiento de la DM2, demostrado cambios significativos en los niveles de glucosa, la adherencia al tratamiento y el adecuado manejo de esta enfermedad no transmisible.

Además de mostrar, cómo el papel de la enfermera en cuanto a educación en salud, va mas allá de brindar información, se trata de diseñar procesos de aprendizaje con la finalidad de influir positivamente en la salud, sobre todo en poblaciones como la adulta mayor, donde es importante realizar intervenciones ya que son quienes tiene mayores factores de riesgo y la probabilidad de tener más complicaciones en su estado de salud.

Del mismo modo, la realización de este trabajo permitirá exponer por qué el uso de estrategias educativas resulta beneficioso para los servicios de salud, ya que se tendría una disminución de costos destinados a la atención de pacientes, puesto que la revisión de la literatura mostró que los diabéticos que recibieron la estrategia

¹³ HEREDIA GALÁN María. ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? En: Rev. ROL Enfermería 2004; Vol. 27 Núm. (1): 52-54.

educativa generaron menos costos para tratamientos, frente al manejo por parte de las instituciones de salud orientadas a las actividades de rutina: citas, órdenes, medicamentos, material de curación entre otros, mostrando además una disminución de pacientes que consultan por urgencias secundarias a la diabetes, ejemplo de ello el estudio realizado por Albarrán el cual mostro una reducción significativa de costos luego de aplicar una intervención educativa.¹⁴

Por último, con ayuda del Hospital Pablo VI de Bosa, desde el área de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, se ubico a un grupo de adultos, dónde se acordó iniciar un proyecto educativo participativo para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo II, el cual consta de seis sesiones con énfasis en alimentación y actividad física para el tratamiento no farmacológico de la enfermedad.

¹⁴ ALBARRÁN GÓMEZ Teresa et al. Costo-efectividad de un programa educativo de diabetes tipo II. México. En: Rev. Enferm IMSS 1999; 7 (3): 147-150. (en línea) <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/C079A6DA-BF10-491A-84B184CCF2B97EE/0/19993b3.pdf>. Consultado en agosto de 2011

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la revisión anterior y la importancia de educar a la persona mayor sobre el manejo adecuado de la diabetes, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa participativa en términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y ejercicio de un grupo de adultos mayores con diabetes Mellitus tipo II en una localidad de Bogotá?

2.2 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS

2.2.1 Efectividad. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales. Expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población¹⁵. Para el presente trabajo de grado la efectividad se determinara como el efecto o logro de las actividades educativas participativas que se determinara mediante el aumento del puntaje obtenido en los instrumentos aplicados: Escala de Conocimientos sobre Diabetes (ECODI), Cuestionario sobre Agencia de Autocuidado y la Escala de estilos de vida en diabetes (IMEVID).¹⁶

2.2.2 Programa Educativo Participativo para el manejo de la DM2. Programa diseñado por la autora bajo el lema “Tomando el Control de mi Diabetes”, basado en la educación participativa y el enfoque de educación popular; con el fin de trabajar con un grupo de pacientes adultos mayores con DM2, enfocando dicha

¹⁵ JIMENEZ Rosa. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. En. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(1) (en línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000100004&lng=es&nrm=isoC consultado en Marzo de 2012

¹⁶ FERNÁNDEZ, Samuel. La efectividad de los programas sociales. Enfoques y técnicas de la Evaluación de Procesos. En: Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Vol. 16, núm. 3, 2000, pp.259-276. [En línea] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2313/231317662002.pdf>. Consultado en septiembre de 2012.

educación en el trabajo por la adherencia al tratamiento no farmacológico: dieta y actividad y ejercicio.

El programa trabaja un conjunto de actividades en las cuales el participante tiene la oportunidad de interactuar con otros adultos en su misma condición, de expresar ideas, sentimientos y experiencias con sus pares, y con el grupo de salud. Tiene una ventaja particular y es el acercamiento al participante; ya que éste no se va a sentir como en una consulta común con el profesional de salud en la cual escucha e intenta seguir órdenes, sino que, es escuchado y aconsejado según su situación particular, recibe un seguimiento regular para observar los cambios que ha logrado y no sólo el adulto actúa como participante; el cuidador se convierte en miembro activo del programa, con el fin especial de que conozca de cerca cómo se debe desarrollar el cuidado con respecto al área no farmacológica del tratamiento para la diabetes, y pueda colaborar con el mismo en casa.

2.2.3 Conocimientos. “Se puede decir que el conocer es un proceso a través del cual un individuo se hace consciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.”¹⁷.

Para Ikeda “El conocimiento por sí solo no genera valor. El valor (...) sólo es creado cuando la sabiduría encauza y orienta los conocimientos. El origen de la sabiduría se encuentra en los siguientes elementos: un propósito claro que oriente cada uno de los actos; un poderoso sentido de la responsabilidad y, finalmente, un deseo compasivo y solidario de contribuir al bienestar de la humanidad.”¹⁸ Además, mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella, y la propia realidad presenta niveles y estructuras

¹⁷ MARTÍNEZ Andrés y RÍOS Francy. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Chile. (En línea): <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/25/martinez.htm>. Consultado en noviembre de 2012.

¹⁸ IKEDA, Daisaku: La universidad del siglo XXI, cuna de ciudadanos del mundo, *Seikyo Shimbun*, 26 de mayo de 2005. Mensaje enviado para la primera ceremonia de graduación de la Universidad Soka de los Estados Unidos, celebrado el 22 de mayo de 2005.

diferentes en su constitución. Así, a partir de un ente, hecho o fenómeno aislado, se puede ascender hasta situarlo dentro de un contexto más complejo, ver su significado y función, su naturaleza aparente y profunda, su origen, su finalidad, su subordinación a otros entes, en fin, su estructura fundamental.¹⁹

Por lo anterior, para el presente trabajo conocimientos se referirá a toda la información que la población adulta mayor tenga sobre el manejo y reconocimiento de la diabetes mellitus tipo 2.

2.2.4 Actitudes. Este concepto es definido como un “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Esta definición resalta que la actitud no es un comportamiento actual, es una disposición previa, es preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales”²⁰

Las actitudes para el presente trabajo pueden verse desde los siguientes componentes:

- ✚ De carácter social: Cómo es el reflejo de los valores sociales y los patrones conductuales de un grupo frente a un tema en común, en este caso la diabetes mellitus tipo 2.
- ✚ De carácter conductual: Cómo es la predisposición al actuar o responder frente a las actividades (estimulo) en el manejo y conocimiento de la diabetes mellitus tipo 2.
- ✚ De carácter cognitivo: la forma de creer, valorar y tomar un modo de percepción de una situación (programa educativo participativo).

2.2.5 Prácticas. Para efectos de este trabajo de grado las prácticas deben entenderse como la aplicación de la información entregada para el manejo de la diabetes y la inclusión de hábitos de vida saludable.

¹⁹ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Seminario Metodología de la Investigación. (En línea) http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/IDEA/2007219/lecciones/cap_2/sub5.html. Consultado en noviembre de 2012.

²⁰ MESA Carmen y SÁNCHEZ Sebastián. Construcción De Escalas Para La Evaluación De Actitudes (en línea): <http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>. Consultado en noviembre de 2012.

2.2.6 Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más (ONU, OPS). A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen (Ley 1276 del 2009)

2.2.7 Localidad de Bosa. “Localidad número siete del Distrito Capital de Bogotá, Colombia. En la actualidad, Bosa se encuentra delimitada al norte por el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy, al sur con la Autopista Sur, con Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha (Cundinamarca).”(..) En cuanto a la división político administrativa, la localidad se encuentra compuesta por 5 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) que a su vez se distribuyen en 381 barrios legalizados por Secretaría de Planeación. La UPZ que tiene un mayor número de barrios es Bosa Occidental, seguida de Bosa Central y en menor número Porvenir, Tintal Sur y Apogeo. (...) La estructura poblacional de la localidad de Bosa según las proyecciones de SDP y el DANE para el año 2009, cuenta con 554.389 habitantes²¹ siendo 271.250 hombres (48,9 %) y 283.139 Mujeres (51,1%). Al analizar la pirámide poblacional, se puede visualizar cómo la población de Bosa, muestra un comportamiento transicional, con una pirámide estacionaria en donde predomina una base dilatada correspondiente a los grupos de edad de infancia y juventud, y una cúspide estrecha es decir que la población mayor es menor en número.”²¹

²¹ DIAGNOSTICO LOCAL CON PARTICIPACION SOCIAL DE BOSA 2009-2010

3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad de un programa educativo participativo basado en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación y ejercicio de un grupo de adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Determinar el efecto del programa educativo participativo en relación a los conocimientos sobre alimentación y ejercicio físico en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II.
- ✚ Describir el efecto del programa educativo participativo a cerca de las actitudes de los adultos mayores frente a la alimentación y el ejercicio.
- ✚ Identificar el efecto del programa educativo participativo sobre las prácticas si de alimentación y ejercicio de los adultos mayores para el control de la Diabetes Mellitus tipo II.

4. PROPOSITOS

- ✚ Aportar información acerca del uso de los programas basados en la educación participativa para la adherencia al tratamiento y cambio en los estilos de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes a las instituciones de salud en la disminución de costos económicos y sociales acarreados por la presencia de complicaciones del paciente diabético a causa de factores evitables por medio de un buen tratamiento, de la dieta saludable, de la actividad física y del mantenimiento de un adecuado peso corporal.
- ✚ Brindar a los profesionales de salud estrategias metodológicas no tradicionales, en pro de mejorar la calidad de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus.
- ✚ Demostrar al paciente y a su familia la importancia de los cambios en los hábitos de vida en relación con la alimentación y ejercicio para el control de la enfermedad en sí, con ajustes sencillos y aplicables al contexto económico, social, y cultural de los ancianos participantes.

5. MARCO TEORICO

5.1 DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

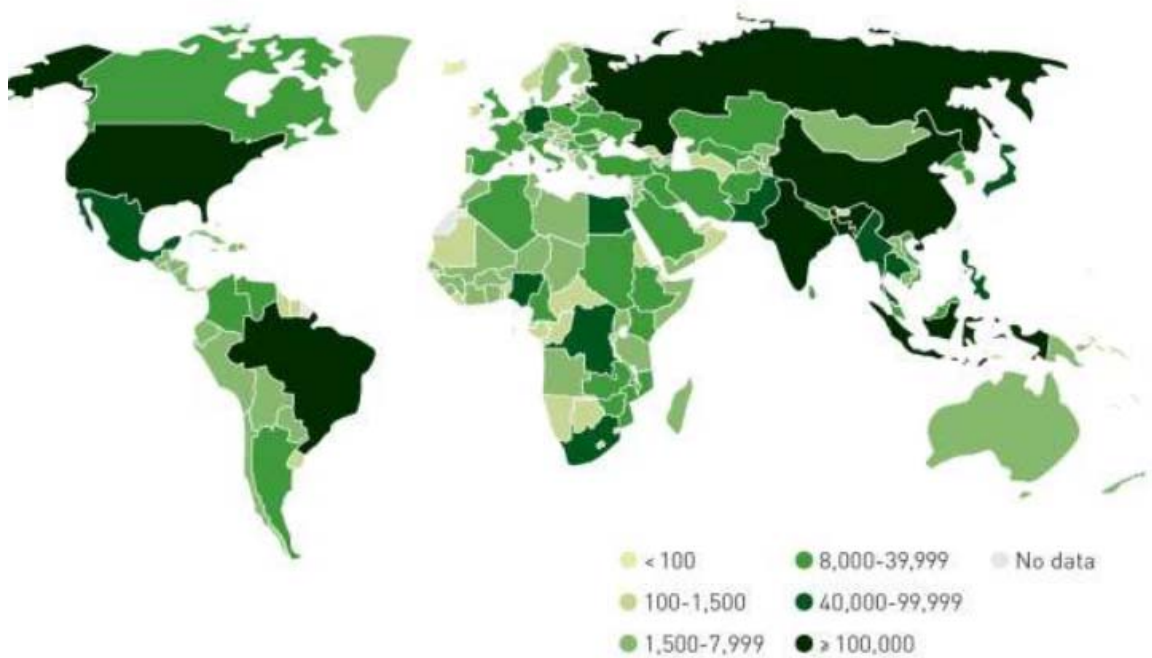
La Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que afecta el metabolismo del paciente; impidiendo un control apropiado de los niveles de glucemia y causando en el paciente una necesidad constante de mantener un equilibrio que impida la presencia de las consecuencias que con el tiempo, y sin el adecuado manejo, la enfermedad puede traer a futuro; en sus guías la ALAD (Asociación Latinoamericana de Diabetes); define a la diabetes como “un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina”. Además afirma que; “el control de la Diabetes Mellitus elimina los síntomas, evita las complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. Al combinarlo con el control de otros problemas asociados como la hipertensión arterial y la dislipidemia, también previene las complicaciones macrovasculares.” Es por eso que el tratamiento farmacológico y no farmacológico; además del automonitoreo, cobran gran relevancia en la vida y el estado de salud del paciente.

Actualmente, la diabetes Mellitus tipo II se considera un problema de Salud Pública debido a su alta incidencia y al alto costo de su tratamiento; según la Federación internacional de Diabetes (FID) existen aproximadamente 366 millones de personas entre 20 y 79 años con la enfermedad. Estimándose que para el 2030 habrá cerca de 553 millones de individuos con esta enfermedad crónica.²² Aunque los nuevos datos proyectan que la cifra de personas con diabetes aumentará hasta los 553 millones para 2030; esto significa que, cada 10 segundos aproximadamente, 3 personas más serán diagnosticadas con diabetes²³. En el gráfico 1 se pueden ver las muertes causadas por la Diabetes, aunque la diabetes tipo 1 no puede prevenirse, la diabetes tipo 2, en muchos casos, se puede retrasar o prevenir.

²² CALDERÓN MONTERO, Alberto. Epidemiología, genética y mecanismos patogénicos de la diabetes mellitus. En: Revista Española de Cardiología Supl. 2007;7:3H-11H

²³ FEDERACION INTERNACIONAL DE LA DIABETES. Atlas. [en línea] <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>

Gráfica 1. Muertes atribuibles a la Diabetes en población de 20-79 años en el 2011

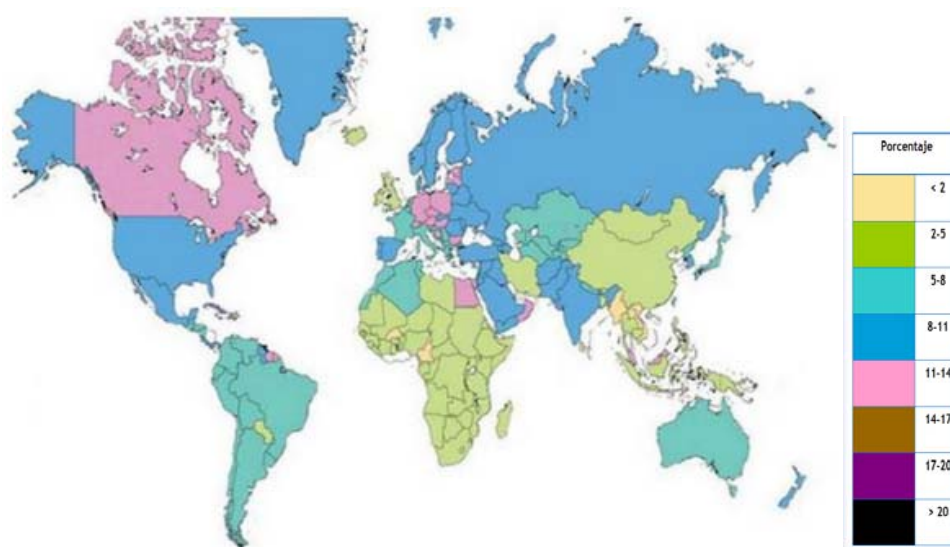


Fuente: FID, Atlas

De acuerdo a la distribución geográfica de esta enfermedad, existe una alta prevalencia de los países del norte respecto a los del sur, la DM2 inicia en las edades medias de la vida aunque se ha reportado su incidencia desde años tempranos, relacionada con el desarrollo de factores de riesgo. El boletín publicado por la OMS en enero de 2011²⁴, afirma que en el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes, aproximadamente en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas por exceso de azúcar en la sangre, más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios y casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. La OMS previó que las muertes por diabetes se multiplicaran por dos en 2005. En la gráfica 2 se observa la distribución de la enfermedad por zonas geográficas.

²⁴ Ibid.,p1

Gráfica 2. Prevalencia estimada de Diabetes Mellitus para el año 2025



Fuente: *La diabetes mellitus en el mundo. Epidemiología de la diabetes.* [En línea] <http://medicina.unmsm.edu.pe/farmacologia/diabetis1/paginas/Page2628.htm>. Consultado en mayo de 2011

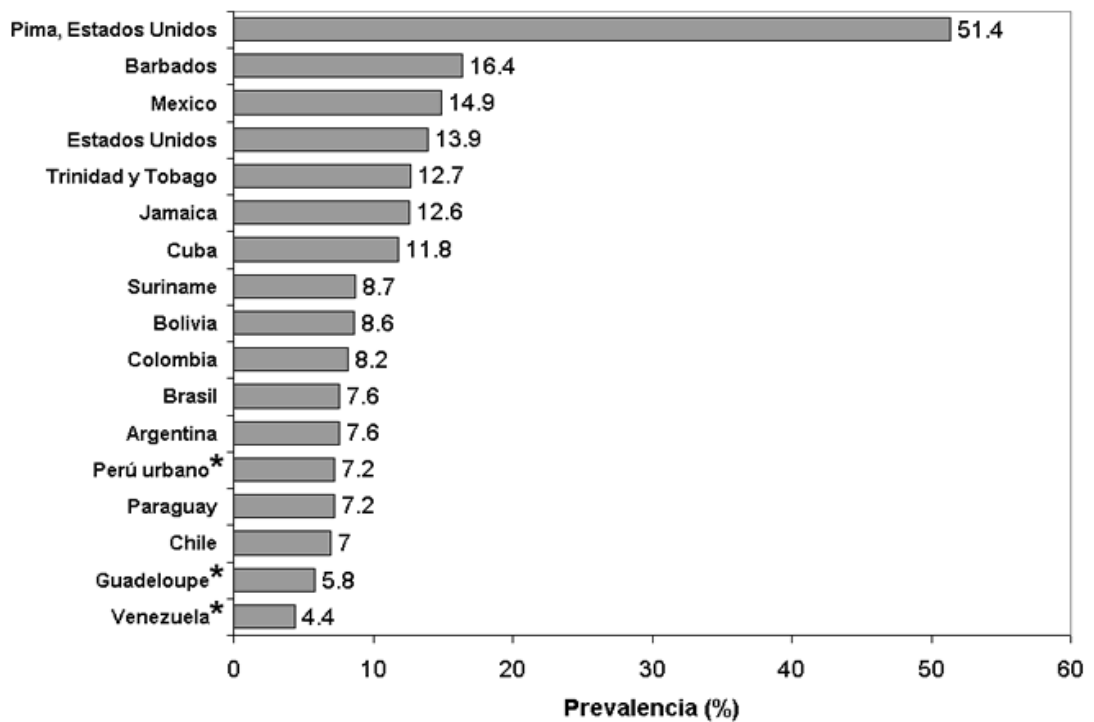
Estadísticas revelan que más de 30 millones de personas en el mundo son diabéticas, siendo 10 millones pertenecientes a Europa de los cuales un millón son españoles. En Latinoamérica y el Caribe aproximadamente 19 millones de individuos padecen de esta enfermedad, con la probabilidad de incrementar a 40 millones en el 2025 si no se emplean estrategias adecuadas para generar en el individuo compromiso y adhesión a los tratamientos prescritos para mejora y control de la diabetes. Además, la diabetes en las Américas, estimó que existían 35 millones en el año 2000, de las cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones, de las cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe.²⁵. Véase grafica 3.

“Los países latinoamericanos tienen mayor predisposición a desarrollarla, se calcula que el 10% de la población padece de diabetes., esto significaría que en Colombia con una población aproximadamente de 50 millones de personas, 5

²⁵ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). La Diabetes en las Américas En: Boletín Epidemiológico. Vol. 22 No. 2, junio 2001. [En línea] http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm. Consultado marzo 2011.

millones padecen de diabetes tipo II y el 10% aproximadamente padece diabetes tipo I es decir 500 mil personas muchos de estos aún son niños”²⁶

Grafica 3. Tasa ajustada de prevalencia de diabetes Mellitus tipo en algunos países de las Américas %



(1) Ajustadas por el método directo usando la población mundial como estándar
* Tasa cruda

Fuente: *La diabetes mellitus en el mundo. Epidemiología de la diabetes.* [En línea] <http://medicina.unmsm.edu.pe/farmacologia/diabetis1/paginas/Page2628.htm>. Consultado en mayo de 2011

En el contexto colombiano, “las condiciones crónicas, en los últimos 20 años, han constituido como grupo la principal carga de morbimortalidad en el país,

²⁶ INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes Atlas. The Global Burden. (En línea): <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>. Consultado Agosto de 2012

constituyéndose así en la primera causa de muerte en Bogotá, aportando para 1983 el 56% del total de muertes, el 65,87% en 1998 y el 77,39% en el año 2007”²⁷

De acuerdo al comportamiento de la diabetes, la encuesta nacional de salud menciona que el 3.5% de la población entre 18 y 69 años fue diagnosticada como diabética por un médico (3,5% promedio nacional). El 1,4% de la población de ese grupo de edad fue diagnosticada como diabética y consume medicamentos para el control de su enfermedad (1,8 promedio nacional). El 1,7% de la población entre los 18 y 69 años han sido diagnosticados y ha recibido instrucción sobre ejercicios para mejorar su salud (1,6% promedio nacional). El 1,0% de la población de ese grupo de edad ha sido diagnosticada como diabética y ha asistido a consulta de nutrición como parte de su atención (0,8% promedio nacional).²⁸

Además, el periódico el Espectador en un artículo publicado en el año 2009 por Carlos Eduardo Márquez, director de la Fundación Colombiana de Diabetes, comenta que de “ acuerdo con las estadísticas del FID, entre 5 y 7% de la población colombiana ha sido diagnosticada con esta enfermedad, algo que se traduce en 1’500.000 a 1’700.000 personas diabéticas. Eso muestra que desde 1996 y 1997, cuando se hicieron las primeras estadísticas, la tendencia de crecimiento promedia el 2,3% anual”²⁹.

A nivel de Bogotá, la secretaria Distrital de Salud en su boletín numero 7, presenta lo siguiente referente al padecimiento de diabetes tipo II (Ver tabla 1):

²⁷. 29. COLOMBIA. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Propuesta para la Vigilancia de personas con condiciones crónicas en el Distrito Capital. (En línea) <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Cronicas/Propuesta%20de%20Vigilancia%20de%20Enfermedades%20Cr%C3%B3nicas.pdf>. Consultado noviembre de 2012.

²⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL op. cit, pág. 1.

²⁹ REDACCIONES ESPECIALES. Diabéticos Serían 435 Millones En 2030. *En el marco del Día Mundial de la Diabetes. En: El Espectador. Bogotá* 13 Nov. 2009 - 9:00 pm. [En línea] <http://www.elespectador.com/publicaciones/especial/articulo172085-diabeticos-serian-435-millones-2030>

Tabla 1. Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes por grupos de edad y por localidad. Bogotá, D.C. Septiembre 1 de 2004 a diciembre 31 de 2007

Localidad	27 - 44 Años			45 - 59 Años			60 y más Años		
	Si	Población	Porcentaje de diabetes	Si	Población	Porcentaje de diabetes	Si	Población	Porcentaje de diabetes
Usaquén	145	12,595	1.15	204	5,781	3.53	296	3,345	8.85
Chapinero	32	2,736	1.17	46	1,442	3.19	57	841	6.78
Santa Fé	79	7,915	1.00	171	4,824	3.54	300	3,663	8.19
San Cristóbal	197	27,196	0.72	490	14,864	3.30	752	10,459	7.19
Usme	244	23,500	1.04	444	12,838	3.46	473	7,014	6.74
Tunjuelito	110	10,718	1.03	290	6,725	4.31	473	5,094	9.29
Bosa	518	42,347	1.22	759	23,158	3.28	912	12,253	7.44
Kennedy	145	15,034	0.96	257	7,590	3.39	345	4,015	8.59
Fontibón	166	16,202	1.02	211	6,871	3.07	290	3,468	8.36
Engativá	166	23,277	0.71	438	13,153	3.33	751	8,416	8.92
Suba	613	66,365	0.92	1,029	35,642	2.89	1,330	19,693	6.75
Barrios Unidos	7	552	1.27	17	412	4.13	32	368	8.70
Mártires	25	2,096	1.19	33	1,276	2.59	70	825	8.48
Antonio Nariño	23	1,474	1.56	49	1,012	4.84	91	887	10.26
Puente Aranda	4	273	1.47	6	192	3.13	9	167	5.39
La Candelaria	34	1,869	1.82	43	1,259	3.42	62	1,023	6.06
Rafael Uribe	289	27,870	1.04	561	15,913	3.53	799	9,280	8.61
Ciudad Bolívar	223	31,041	0.72	432	15,605	2.77	504	7,629	6.61
Sumapáz	3	611	0.49	7	315	2.22	19	272	6.99
Total	3,023	313,671	0.96	5,487	168,872	3.25	7,565	98,712	7.66

Fuente: SDS, Boletín de estadísticas Número 7. Enero-diciembre de 2007. ISSN 1794- 1873. En línea: <http://www.saludcapital.gov.co/publicaciones/Boletines%20estadisticos/Boletin%20Estadistico%20No%207.pdf>

En contraste con lo anterior, hoy por hoy la diabetes puede verse como una enfermedad de incidencia y alto impacto en la población joven, lo que quiere decir que a futuro sobrepasarán las cifras actuales de personas mayores de 60 años con este tipo de enfermedad crónica de manera rápida.

Ya a nivel local, las estadísticas del Hospital de Pablo VI de Bosa frente a la diabetes, muestra que en el 2007 ésta enfermedad fue la quinta causa de muerte en la localidad, con un total de 63 muertes. Véase tabla 2.³⁰

Tabla 2. Causa de defunción, Localidad de Bosa, 2007

303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	157
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	110
605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	119
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	70
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	64
601 DIABETES MELLITUS	63
201 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	58
213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS	57
611 OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO	50
304 ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON	40

Fuente: SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá defunciones, Bogotá por localidad de ocurrencia según lista de 10 principales causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS. 2007

Aunque no es una de las localidades con el más alto porcentaje de la enfermedad, es necesario tomar decisiones al respecto con el fin de lograr un panorama más favorable para la población e incidir en la situación de salud en la capital.

5.2 EL ADULTO MAYOR Y LA ADHESION AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

La poca comunicación brindada por el personal de salud interfiere en la apropiación y adhesión por parte de los pacientes en el manejo de su enfermedad, durante la práctica en las diferentes instituciones de salud, las personas que padecen Diabetes Mellitus acuden con mucha más frecuencia al control realizado por el

³⁰ COLOMBIA. SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá defunciones, Bogotá por localidad de ocurrencia según lista de 10 principales causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS. 2007

médico, en la cual se debe abarcar en un tiempo de veinte minutos por ley, la recolección de nuevos datos, toma de signos vitales, y valoración cefalocaudal, terminando con la prescripción o ajuste de los tratamientos establecidos para cada paciente, siendo esto último de una manera rápida sin explicación a profundidad del manejo adecuado de cada uno de estos, generando en el paciente incertidumbre y llevándolo a que el mismo de manera muchas veces incorrecta no emplee el tratamiento de manera correcta o simplemente no se adhiera.

En la actualidad, la relación profesional paciente, y la educación en salud se han unido para lograr un equipo importante en la atención primaria al paciente; en este caso con diabetes Mellitus; el gran desafío del enfermero es actualizar tanto al paciente como a sí mismo; e ir aprendiendo por medio de la práctica y la evidencia; para poder actuar mejor en presencia de nuevos casos presentados; mejorando las estrategias de enseñanza al paciente y causando impacto tanto individual como colectivo en la población afectada; que sin este tipo de pautas educativas, tiende día a día al crecimiento. La finalidad siempre será verificar lo que se ha obtenido con la educación; y con ello mejorar día a día en la enseñanza a los pacientes; la resolución de dudas y el apoyo emocional que requieren a causa de su patología. Siempre se indica, que para dar conocimiento se debe estar bien preparado, y es responsabilidad del profesional hacerlo con el fin de brindar las pautas correctas de información y así mismo lograr excelentes resultados con sus pacientes.

Al respecto, Don Nutbeam define la comunicación en salud como el proceso para “desarrollar conocimiento, comprensión y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, medioambientales y económicos, lo mismo que las conductas de los individuos”.³¹

Así pues, el nivel de conocimientos en los pacientes influye a la hora de recibir e interpretar la información entregada por parte del profesional de la salud. La alfabetización para la salud, definida por la organización mundial de la salud (OMS) en su glosario de promoción de la salud se entiende como:

³¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril 2001. (En Línea) <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>

La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud.³²

Así mismo, Don Nutbeam⁴, acuña el término de la alfabetización en salud; como una ayuda fundamental; por parte de los individuos, que permite que el entendimiento del proceso actual de salud, la manera de solicitud de la información al personal de salud y la discusión acerca de la mejor manera de llevar a cabo el control y manejo de esta enfermedad conjunto con el profesional de salud, conlleven a una mejor adherencia al tratamiento.

La alfabetización en salud se puede dividir en tres: “*la alfabetización funcional*, el nivel básico de lectura y escritura que le permiten funcionar a alguien de manera efectiva en situaciones cotidianas, *la alfabetización de comunicación*, habilidades avanzadas que permiten a una persona obtener información, consiguiendo el significado de diferentes formas de comunicación, y aplicar la información nueva a las circunstancias cambiantes, y *la alfabetización crítica*, más habilidades avanzadas para el análisis crítico de la información y utilizar la información para ejercer un mayor control sobre los acontecimientos de la vida y las situaciones”³³

Una limitada alfabetización en salud, se puede asociar con un mínimo de entendimiento acerca de la adherencia en tratamiento y la poca participación activa en el proceso de comunicación, lo cual obstaculizan la comunicación entre el

³² Ibid., p.1

³³ NUTBEAM, Don. Alfabetización para la salud como un objetivo de salud pública: un reto para la educación sanitaria actual y estrategias de comunicación en el siglo 21, En: Rev. Salud promo Int. 15 (2000), p 259-267

personal y el paciente. Según los resultados de la investigación realizada en la ciudad de Tokio por Ishikawa y Yano ³⁴ lo descrito anteriormente resulta ser todo lo contrario, en la investigación se muestra que la participación más activa se ve reflejada más en los pacientes con baja alfabetización en salud que los que tienen un nivel más alto, los pacientes con menor alfabetización tuvieron un mayor cuidado de la diabetes de acuerdo con la participación en la comunicación a diferencia de los niveles altos de alfabetización en salud. Relacionando con la información que los investigadores encontraron en su búsqueda, en donde se evidencio que los pacientes con escasa alfabetización en salud usaban al personal de salud como única fuente de información.

Por otra parte, una buena adhesión al tratamiento está relacionada con el autocuidado del paciente con diabetes Mellitus tipo II en cuestiones de reducir la mortalidad y morbilidad originada por este tipo de enfermedad. Muchas veces el manejo adecuado en el proceso de la diabetes se ve afectado por la falta de adherencia a los tratamientos prescritos, ya sea la forma de tomar los medicamentos, los errores a la hora de recibir e interpretar la información dada por el personal de salud o la percepción de cada individuo sobre la gravedad y la importancia que implica el manejo eficaz de la diabetes Mellitus tipo II. Todo esto se ve influenciado por una serie de determinantes y factores que son diferentes en cada individuo; como el apoyo social y familiar; que constituye un factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos para la diabetes. “El apoyo social constituye un medio efectivo en su vertiente instrumental, para facilitar el cumplimiento del tratamiento, o también se considera capaz de amortiguar los efectos del estrés que supone la diabetes y su tratamiento”³⁵

Con respecto a esto, es importante resaltar la influencia de las actitudes y las creencias; las cuales juegan un papel muy importante dentro del contexto del paciente con diabetes; cada persona es un mundo diferente; por ende, hay variadas formas de percibir la enfermedad en sí misma y de llevar a cabo su manejo; los alimentos, los estilos de vida, las creencias tanto religiosas, tradicionales y las que se tienen en torno al cuidado de la salud; sin embargo no

³⁴ ISHIKAWA Hirono y YANO Eiji. The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. Low health literacy. Tokyo: Department of Health Communication, School of Public Health, the University of Tokyo. 2010

³⁵ MÁRQUEZ CRESPO Enrique et al, Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. En: revista de enfermería v.18 n.4 Granada oct.-dic. 2009

solo se tienen en cuenta con respecto al paciente, también se deben valorar las que giran en torno al trabajo del equipo de salud.

Por tanto, la importancia del resultado en el cual se debe tener en cuenta la educación en salud; destacando, el tiempo dedicado a la asesoría al paciente de manera individual, teniendo en cuenta el contexto en el que se desenvuelve, el papel de enfermería que es aún más cercano al paciente es absolutamente relevante; Cintia et al. nombran en su investigación acerca de los estilos de vida y las experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus; “Se considera que el papel de la enfermera actualmente es contribuir en el establecimiento de estrategias para la adquisición y adherencia de estilos de vida saludables donde la persona se haga responsable de su propio cuidado incorporándolo en la toma de decisiones”.³⁶ De acuerdo a lo anterior, la educación para la adherencia al tratamiento no tiene el mismo efecto si no es continuada por un proceso de seguimiento en el cual el paciente logre resolver dudas y aclarar paso a paso aquellos vacíos que pueda tener; conducta que el profesional de salud debe tener en cuenta al momento de realizar la atención al paciente diabético.

Con relación al trabajo hecho en la comunidad; por medio de programas que inviten a la educación en salud; en nuestro país, podemos ver uno de ellos, el cual basa sus objetivos en el control de los factores de riesgo; y reduciendo la ECNT; entre las cuales se encuentra la diabetes; por medio del programa: Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles CARMEN; logrando así una mejora en la situación de salud pública con metas como:

Fomentar la participación y el trabajo intersectorial, Disminuir las enfermedades y las muertes por infarto, diabetes, colesterol alto, hipertensión arterial, Vincular a la comunidad en el cuidado de sus salud, Mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, Conocer la situación real de estas enfermedades en la comunidad y Evaluar los resultados de las intervenciones; por medio del trabajo interdisciplinario de todas las

³⁶ CINTIA Brenda, GONZÁLEZ Juárez, ROMERO Medel. Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. (En línea) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100004&script=sci_arttext. Consultado en abril de 2011.

comunidades.” Este tipo de programas nos sirven como guías de actuación en la comunidad, para intervenir por medio de la educación en salud y lograr el aprendizaje del equipo de salud.³⁷

5.3 PILARES DE INTERVENCION EN LA DIABETES: TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Debido a que la DM es una enfermedad muy frecuente, organismos como la ADA, la ALAD y la FID, han desarrollado estándares para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la DM2. Desde el tratamiento, las estrategias apuntan a dos pilares fundamentales: Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Cada uno de estos puntos hace un aporte significativo al tratamiento de la diabetes; por ejemplo; el plan de alimentación constituye una base importante en el control de signos y síntomas de la enfermedad, en él se debe hacer énfasis en el hecho de que sea personalizado; es decir, este dependerá de las condiciones de vida, características, antecedentes y entorno social y cultural del paciente; se acondicionará siempre a su modo de vida; esto es importante puesto que le permitirá al paciente tener mayores oportunidades de seguir el tratamiento y de acceder fácilmente a las formas de manejo de la enfermedad. Por otro lado, se debe enseñar al paciente un manejo especial de las comidas; la fracción de los alimentos constituye una base esencial en el proceso de una buena “dieta” que ayude a controlar los síntomas de la enfermedad. Por medio de este fraccionamiento, se logrará que el paciente se adhiera mejor a su nuevo tipo de alimentación; y logre así mismo mantener controladas sus cifras de glicemia. Otros aspectos a considerar es la reducción del consumo de sal, alcohol, infusiones de café, té, etc., así como ingesta adecuada líquidos y de fibra.

Con respecto al ejercicio físico es importante adecuarlo al estado del paciente favoreciendo que se cumplan los objetivos propuestos con las rutinas de ejercicios sin complicaciones físicas a la hora de llevarlos a cabo. Por último, lo más importante es hacer énfasis en el mantenimiento de hábitos saludables reforzados con el compromiso de acompañamiento por parte del profesional de salud y la participación del paciente y su familia, por medio de estrategias de enseñanza

³⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud 2007. Op. cit, p 1.

para la transformación del autocuidado del paciente incluyendo la toma de conciencia acerca de su enfermedad.³⁸

5.4 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCACION COMO ESTRATEGIA

La Promoción de la Salud, es una de las grandes estrategias de la salud pública en la búsqueda de bienestar y mejor calidad de vida de los individuos. Promoción de la salud es definida en la Carta de Ottawa (1986) en los siguientes términos:

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar³⁹

Nola Pender; en su “Modelo de promoción de la salud”; resalta la capacidad del individuo para regular su propia conducta con ayuda de la interacción persona-entorno; muestra las características y experiencias individuales, clasificadas en: conducta previa relacionada y factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales; integrando las conductas alternativas y resultantes que permiten una conducta promotora de salud. Además, Pender busca “identificar en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como

³⁸ ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo II. [en línea] <http://www.fenadiabetes.org.ve/docs/guia.pdf>. Consultado en abril de 2011.

³⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa: OMS, 1986.

resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción”⁴⁰

Un artículo realizado por Giraldo et al⁴¹. utilizaron el tema de la promoción de la salud como estrategia para el estudio de los cambios en los estilos de vida saludables. Usando una revisión sistemática de otras investigaciones y con la búsqueda en distintas bases de datos, obtuvieron: “una descripción detallada de la promoción de la salud como estrategia, sus componentes y la forma de aplicación. Respecto a los estilos de vida saludables, además de las definiciones se tuvieron en cuenta los factores tanto internos como externos a las personas que intervienen para su fomento”. Adicional a lo anterior, Nola Pender, halló en la promoción de la salud la base para proponer el “Modelo de Promoción de la Salud”, que dado su aporte a la profesión de Enfermería, ha sido aplicado en la práctica profesional y utilizado para la realización de trabajos de investigación en salud”; encontrando la promoción de la salud como una herramienta básica que puede llevar a la modificación de los estilos de vida.

Por lo tanto, los programas basados en la promoción de la salud se llevan a cabo con el propósito de realizar acciones dirigidas a diferentes poblaciones según las características del contexto y las necesidades propias de las mismas, basándose en las cuatro áreas de acción: construcción de políticas públicas saludables, creación de ambientes que favorezcan la salud, el desarrollo de habilidades personales, el reforzamiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud.

En cuanto a la educación, este vocablo viene de la palabra latina *educere* que significa guiar, conducir o de *educare* que significa formar o instruir, y puede definirse como: todos aquellos procesos que son bi-direccionales mediante los cuales se pueden transmitir conocimientos, costumbres, valores y formas de actuar. La educación no se lleva a cabo solamente a través de la palabra sino, está

⁴⁰ CISNEROS Fanny. Teorías y modelos de enfermería. (en línea) <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

⁴¹ GIRALDO et al. La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables. En: Hacia promoción de Salud v.15 n.1 Manizales ene/jun. 2010. (En línea) http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012175772010000100010&lng=es&nrm=. Consultado en abril de 2011.

presente en todos nuestros sentimientos, actitudes y acciones. Es el proceso de concentración y vinculación cultural, moral y conductual.⁴²

Por tanto, la educación debe siempre tener en cuenta factores relevantes del paciente, como lo destacan Márquez et al,⁴³ en su investigación sobre la influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes; en los cuales se encuentran su entorno social, situación actual, etc. Lo cual permite que la educación sea integral y aporta a la mayor comprensión y adquisición del conocimiento con respecto a la patología; cabe resaltar, que la comunicación en salud siempre debe ser evaluada para establecer los logros alcanzados.

La revisión de la literatura demuestra que la falta de motivación y el déficit de conocimientos son factores que inciden en la comprensión de aspectos básicos del autocuidado. Así pues, la educación en salud es el método principal para derribar este y otro tipo de barreras que impiden que el individuo mantenga estable su situación en salud, o logre adherirse fácilmente a los tratamientos. Uno de los grupos de intervención del Instituto Nacional de Endocrinología de Cuba⁴⁴ resalta la importancia de desarrollar en los pacientes los conocimientos, las destrezas, las motivaciones y los sentimientos que le permitan afrontar las exigencias terapéuticas de la diabetes con autonomía y responsabilidad, pero sin menoscabo del bienestar general; argumentando principalmente, que quien tiene más posibilidades de entregar la información correcta al paciente y puede lograr crear lazos con el mismo es el encargado de prestar la Atención Primaria en Salud (APS).⁴⁵

⁴² DISCOVER EDUCATION. La Definición De Educación: « Los Años Maravillosos De La Enseñanza Encontrarnos Con Nuestra Verdadera Vocación » (en línea) <http://www.discovereducation.org/index.php/uncategorized/la-definicion-de-educacion/>. Consultado Septiembre de 2012.

⁴³ MÁRQUEZ CRESPO Enrique et al, Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. En: revista de enfermería v.18 n.4 Granada oct.-dic. 2009

⁴⁴ GARCIA, Rosario y SUAREZ Rolando. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Instituto Nacional de Endocrinología. En: Rev. Cubana Endocrinología. 2007.

⁴⁵ ALDANA PADILLA, Deysi, DÍAZ DÍAZ, Oscar, SUÁREZ PÉREZ, Rolando; SUÁREZ PÉREZ, Rosario. Resultados de la Educación en Diabetes de Proveedores de Salud y Pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Instituto Nacional de Endocrinología. En: Rev. Cubana Endocrinología. 2000.

Vemos también que, los conocimientos que tiene el personal de salud con respecto a este tipo de enfermedad crónica, se ven muy relacionados con la dirección del tratamiento, los cuidados y la entrega de información adecuada al paciente. En cuatro países europeos: Estonia, Finlandia, Irlanda y Lituania se está realizando un programa piloto con el objetivo de “crear conciencia sobre la importancia de la orientación eficaz de la diabetes y la educación del paciente para mejorar la capacidad de asesoramiento de las enfermeras y otros profesionales de la salud”⁴⁶ en donde se hizo énfasis en la importancia de transferir la información sobre la diabetes a todo el personal de salud, con el fin de desarrollar opciones de aprendizaje innovador con la implementación de herramientas adecuadas según situación del individuo para la proporción de un aprendizaje auténtico. Este proyecto indica que la enseñanza en pregrado, posgrado y práctica de enfermería es importante para el desarrollo del objetivo del programa.

5.5 LA EDUCACION EN DIABETES

Al tratar de manejar la enfermedad dentro de esta población, surge la necesidad de analizar el compromiso de acompañamiento por parte del profesional de salud frente a una participación activa por parte del paciente. Este tipo de educación, puede efectuarse por medio de estrategias de enseñanza para la transformación del autocuidado del paciente y el logro de la adherencia al tratamiento no farmacológico; el cual representa un cambio de vida en el paciente y una toma de conciencia acerca de su enfermedad.⁴⁷

Sin embargo; varios factores del entorno en ocasiones impiden que el paciente logre la adherencia adecuada tanto al tratamiento; como a los cambios en los hábitos de vida y al control de la enfermedad en sí, y con el fin de lograr los objetivos propuestos de forma individual con el paciente el equipo de salud debe llevar a cabo un plan de educación en el cual se de toda la información que se considere necesaria y con respecto a la formación grupal, se debe permitir el

⁴⁶BUCKLEY Catherine Et al, An analysis of the existing resources in relation to education and treatment of diabetes in four European countries: Estonia, Finland, Ireland, and Lithuania. En: Rev., Applied Nursing Research. 2011 May; Vol. 24 N° (2):p.118-23.

⁴⁷ ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. ALAD. Guías ALAD Op. cit., p.32

acceso a programas que sigan pautas de organización; con temas definidos dirigidos a una población en específico, que lleve una metodología aplicable para la población y que al mismo tiempo logre los requerimientos de atención personal a los pacientes y que permita su posterior evaluación; mejorando el ejercicio educativo con respecto a los resultados vistos en el paciente.

Esto permitirá lograr objetivos con respecto al tratamiento; teniendo en cuenta que es en el momento de poner en práctica lo aprendido; cuando empiezan a presentarse los problemas de adherencia en los pacientes con DM tipo II. Así pues; vemos como cada día la presencia de complicaciones en el paciente diabético a causa de factores que pueden evitarse por medio de un buen tratamiento, de la dieta saludable, de la actividad física y del mantenimiento de un adecuado peso corporal se vuelven muy frecuentes, a tal punto que; a pesar de ser una enfermedad propia de adultos; en la actualidad se está manifestando también en jóvenes y niños.

También la percepción de la enfermedad por parte de los pacientes, está estrechamente relacionada con la información y el servicio por parte del personal sanitario sobre el cuidado y manejo del tratamiento y su adherencia. Una buena comunicación debe tener como fin la entrega eficaz de la información, pero desafortunadamente existen barreras a la hora de ser percibida y entendida; no se manejan herramientas de comunicación efectiva, ni de habilidades para asesorar y llegar a la toma de decisiones compartidas entre personal y paciente, siendo esto un obstáculo para un adecuado control de la diabetes tipo II: “Los pacientes aprenden habilidades para resolver problemas y planes de uso de la acción para encontrar soluciones a los problemas en los aspectos médicos, sociales y emocionales de su enfermedad”⁴⁸ Al respecto Ishikawa y Yano⁴⁹ en su investigación encontraron que la participación activa de los pacientes en la comunicación paciente-médico durante la visita médica está relacionada con una disminución de las limitaciones funcionales y la mejora en el control metabólico.

⁴⁸ D CHYUN, M. Grey LANCEY D, KIMBERLY. Una revisión integradora de la literatura de gestión de riesgos en las intervenciones cardíacas factor de educación en diabetes. *Diabetes Educ* 2000; 26 (5):812-82. Citado por: Silva et al, Autocontrol de la Diabetes Educación en Auckland del Sur, Nueva Zelanda, 2007-2008. Nueva Zelanda, 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011; [en línea] http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/mar/09_0207.htm . Consultado abril de 2011.

⁴⁹ Op. Ibíd. p. 3

Algunas estrategias educativas en diabetes, tienen su antecedente a mediados del siglo XVIII con Apollinaire Bouchardat⁵⁰, un diabetólogo que impulso la educación y la monitorización de la diabetes con recomendaciones de dieta y ejercicio en el tratamiento de esta enfermedad. Desde entonces, se han desarrollado programas en salud complementados con educación para la disminución de la diabetes en los individuos.

En este sentido, The Declaration of the Américas on Diabetes (DOTA) desarrolló un documento en el cual se establecieron normas para la implementación de programas de educación en pacientes con diabetes, las cuales resaltan la importancia de diseñar y realizar programas integrales dirigidos por un coordinador y un comité asesor, orientados a cumplir un propósito definido en los siguientes términos: “Un programa educativo que cumpla con todas las normas propuestas puede ser puesto en práctica en Centros de Diabetes, tal como los define la Organización Mundial de la Salud (OMS)”⁵¹

En relación con el impacto de programas enfocados al control de la diabetes, se reconoce una ventaja en cuanto a que la historia de esta enfermedad y su manejo se han estudiado de manera amplia, lo cual motiva al personal de salud a la creación y desarrollo de acciones en pro del bienestar de los individuos que la toman. Ejemplo de estrategias utilizadas para dicho fin, es el programa realizado en Querétaro, México⁵² sobre actividades de autoayuda con equipos multidisciplinarios para mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas, en este estudio participaron 40 personas con la enfermedad, entre los 40 y 54 años, quienes participaron en talleres educativos demostrando que los individuos son capaces de anticipar un beneficio de una acción, logrando una mejor participación

⁵⁰ GOMEZ Ernesto. Apollinaire Bouchardat. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología En línea http://www.endocrinologia.org.mx/smne/medicos/sabias_que_medicos/750.php. consultado en agosto de 2011.

⁵¹ COMITE DE EDUCACION, DOTA. Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América. Revista Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(5), 2001. (en línea) <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/v10n5-Normas.pdf>. Consultado en agosto de 2011.

⁵² LIUDMILA, Millar. Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. Rev. Latino-am Enferma gem 2003 noviembre-diciembre; 11(6):713-9.

en las actividades de las mismas Realizada la intervención de este estudio, el porcentaje de pacientes con conocimientos sobre la enfermedad se elevó de 10% a 72.5%. Con el programa implementado se logró elevar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus.

5.5.1 Enfoque popular. Este tipo de enfoque educativo fue desarrollado por Paulo Freire, un educador brasileño que trabajó a nivel comunitario entre los años 50' y 70', alcanzando fama dentro de las universidades norteamericanas y europeas por la inclusión de su método de enseñanza participativa en adultos. Definida también como investigación-acción participativa la cual es un "método de investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social."⁵³

Este tipo de educación destacó el paralelo entre el "desarrollo de la comunidad" y el surgimiento de la "Pedagogía de la Liberación"; el cual creó el movimiento de la Educación de Base y los Centros Populares de Cultura centrados en el estudiante y no en el resultado de la interacción entre este y su maestro, buscando destacar la importancia del estudiante como individuo activo dentro de los procesos de enseñanza, no solo desde la formación académica de las personas, sino su transformación como individuos que sepan actuar dentro de su comunidad, vinculando este proceso a un objetivo general en el cual los logros para el futuro de una comunidad serán consecuencia de las metas logradas dentro de cada uno de los individuos de la misma.

Debe destacarse que "La educación posee siempre una dimensión política, pues trata con relaciones de poder a través de relaciones de saber. Sin embargo, es necesario colocar el trabajo del educador al servicio del educando. Este ya no será el sujeto individual que aprende ni la comunidad que se organiza; sino, la clase popular que construye su propia cultura, en la medida en que aprende cómo crear su propio saber"⁵⁴. La educación participativa se desarrolla a partir de un

⁵³ DICCIONARIO DE ACCION HUMANITARIA Y COOPERACION CON EL DESARROLLO. Investigación-acción participativa. España. (en línea) <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>

⁵⁴ ARNAO, Jorge. Técnicas orientadas al desarrollo del liderazgo y las habilidades sociales dirigidas a la prevención de drogas. Lima, Perú. Pág. 31(en línea) <http://es.scribd.com/doc/49769913/6/LA->

proceso con un enfoque más funcional para el aprendizaje en adultos y un amplio contenido en sus mensajes en la búsqueda de motivar los grupos en pro de mejorar la calidad de vida.

Desde la perspectiva de este pedagogo, “la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo”; por lo tanto en ella no se deben encerrar diferencias de tipo económico, político o social, sino que debe tener como objetivo principal la recolección de “expectativas, sentimientos, vivencias y problemas del pueblo”. Esto no quiere decir que estas expectativas, sentimientos y vivencias se basen en la satisfacción de los deseos y de esta manera conseguir la felicidad, sino que debemos obtener una educación verdadera, basada en la “educación como práctica de la libertad”, como modo de romper el sistema social y lograr el cambio en esta sociedad actual.

La educación popular “sólo puede entenderse y conceptualizarse a partir de su propia praxis. Por lo tanto, no se trata de dar una definición de ella, sino que más bien corresponde analizar sus componentes y sus diferentes expresiones para así construir las categorías que ayudan a dar cuenta de su naturaleza”⁵⁵ (...) “La educación popular, entonces, es una propuesta teórico-práctica, siempre en construcción desde cientos de prácticas presentes en muy diversos escenarios de nuestra América (y más allá). Su visión es integral, comprometida social y políticamente. Parte y se sustenta desde una posición ética humanista. Asume una posición epistemológica de carácter dialéctico, rechazando por tanto el viejo, tradicional y todavía “consagrado” marco positivista. En consecuencia, desarrolla una propuesta metodológica, pedagógica y didáctica basada en la participación, en el diálogo, en la complementación de distintos saberes. Y todo ello desde y para una opción política que ve el mundo desde la óptica de los marginados y excluidos y que trabaja en función de su liberación”

5.5.2 Enfoque participativo. Las acciones realizadas desde este enfoque mantienen el interés del usuario a través de un proceso educativo basado en la

EDUCACION-PARTICIPATIVA-EL-ENFOQUE-DE-FREIRE#page=31. Consultado en agosto de 2011.

⁵⁵ NÚÑEZ Carlos. Educación popular: una mirada de conjunto Instituto Tecnológico Y De Estudios Superiores De Occidente Guadalajara, México. (en línea) http://www.educarecuador.ec/_upload/Educacion%20popular.pdf

interacción y reflexión, que conlleve al cambio y al mejoramiento consiente de las condiciones de vida. Aspectos importantes como la comunicación se hacen relevantes a la hora de optar por el uso de estrategias de tipo participativo en adultos mayores, respecto a esto Miyar, Zanetti y Daguano, demuestran que las estrategias y acciones de capacitación al paciente en cada intervención y la relación con el equipo de salud, logran una mejoría en el estado tanto físico como emocional de la persona.⁵⁶ Además, por su parte, Uriarte et. al. en su estudio sobre el conocimiento del profesional de enfermería⁵⁷, afirman, que toda acción educativa para el paciente permite indirectamente una especial capacitación para el equipo de salud.

Además, la educación participativa se sustenta en cuatro premisas⁵⁸:

- ✚ El conocimiento es, primariamente, producto de la elaboración individual — por medio de la crítica y la autocrítica— que necesariamente precede a la elaboración colectiva.
- ✚ El autoconocimiento es un imperativo ineludible de toda elaboración fecunda que intente penetrar en el conocimiento del mundo circundante.
- ✚ La vida es, en lo fundamental, una experiencia cognitiva consciente y deliberada, de alcance progresivo e influencia creciente (crítica de la experiencia).
- ✚ El desiderátum del conocimiento es el progreso social de nuestra gran comunidad que habita el planeta (superación de las condiciones espirituales, morales y materiales de vida de nuestra especie).

⁵⁶ DAGUANO Ogrizio, MIYAR OTERO, Liudmila y ZANETTI, María Lucia. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil. 2004.

⁵⁷ URIARTE S. et. Al. Conocimiento de enfermería en el cuidado de pacientes diabéticos antes y después de una intervención educativa. En: Rev. Enfermería Global. Vol. 6, N° 11. (En línea) <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/349>. Consultado en noviembre de 2012.

⁵⁸ VINIEGRA Leonardo. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. México. En: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005. (En línea): <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im061g.pdf>. Consultado en septiembre de 2012.

Del mismo modo, la educación participativa tiene como principal método el diálogo, adaptado a cada uno de los contextos que rodean al individuo según sus características y necesidades, para ello, consta de las siguientes fases:

- ✚ “Inmersión del educador en la forma de vida, cultura y lenguaje de los educandos. Así el educador va empatizando con los educandos y aprendiendo de ellos.
- ✚ Creación de grandes láminas con dibujos que representen escenas de la vida cotidiana de los educandos.
- ✚ Creación de círculos de discusión en los que se van debatiendo sobre lo que se ve en cada lámina. El educador no es pasivo, sino que escucha y va anotando las primeras palabras significativas que surgen, llamadas palabras generadoras.
- ✚ Aprender la escritura de las palabras generadoras diferenciando sus sílabas y así rápidamente van surgiendo nuevos conceptos que van aumentando su grado de abstracción.
- ✚ Discusión y escritura de conceptos abstractos. Llegan de manera natural a la definición antes que a la escritura del propio concepto.”⁵⁹

Dentro de las formas y estrategias para llevar a cabo este método encontramos las siguientes:

- ✚ Dinámica de grupo: “ha sido definida como un movimiento surgido de la psicología de la Gestalt o de la forma, que se destaca las fuerzas socio-psicológicas existentes dentro del grupo”⁶⁰, este tipo de estrategia estudia la estructura de un grupo y la forma en el que este cambia o se desarrolla durante un tiempo.

⁵⁹ MOLINA Manuel. Educación popular, una verdadera gestión educativa para las comunidades. (en línea) http://www.uls.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=81:educacion-popular-una-verdadera-gestion-educativa-para-las-comunidades&catid=37:educacion&Itemid=65. Consultado en agosto de 2011.

⁶⁰ ARNAO, op cit. p. 31

- ✚ Técnicas participativas: Consisten en fortalecer, organizar y concientizar a un grupo mediante actividades: “dinámicas de grupo, socio-dramas, adecuación de juegos populares con fines de capacitación, títeres, vídeos, dibujos y cualquier otro medio que tenga como objetivo generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud consciente y duradero en los participantes, que conduzca a una planificación de acciones para la solución de problemas.”⁶¹

- ✚ Técnicas de grupo: son aquellas que buscan realizar una acción colectiva con el fin de alcanzar un objetivo previamente planteado. “Las técnicas grupales tienen múltiples aplicaciones. Una de ellas es el aspecto afectivo; el conocimiento no sólo debe ser intelectual sino también estar acompañado de experiencias. Se debe enseñar no sólo conocimientos, sino también procurar modificar actitudes. Entendiendo como actitud a toda disposición interna de tono emocional, sea de aceptación, rechazo o indiferencia”⁶²

En 2004, profesionales mexicanos realizaron un estudio cuasi-experimental en 49 pacientes, los cuales fueron asignados en dos grupos: experimental y control. El objetivo de la intervención fue medir el impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en pacientes con diabetes tipo 2. Inicialmente los dos grupos demostraron una homogeneidad entre los valores del IMC y la glucosa, mostrando luego una diferencia estadística significativa por parte del grupo experimental (educación participativa) el cual modificó positivamente estos valores, demostrando de esta manera que el uso de esta estrategia educativa desde la reflexión-acción del paciente diabético tipo 2, ofrece beneficios en el control de la glucosa sanguínea y posteriormente en el IMC.

Por su parte, una investigación realizada en la Ciudad de México⁶³ utilizando una estrategia educativa tradicional, demostró aumento de los conocimientos, la

⁶¹ AGENCIA DE RECURSOS VERDES DEL JAPON. Manual de técnicas participativas. Sucre, Bolivia. (en línea) <http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>. Consultado en agosto de 2011.

⁶² ARNAO, op cit. p. 31

⁶³ ARCEGA DOMÍNGUEZ Arturo. CELADA RAMÍREZ, Nora. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional. En: Rev. Med Inst. Mex Seguro

adherencia al tratamiento farmacológico y del cuidado de la enfermedad, en este estudio participaron 202 pacientes entre los 20 y 60 años, en un trabajo cuasi-experimental sobre la educación tradicional vs la participativa en donde se concluyó que “con los resultados obtenidos se puede inferir que una estrategia educativa promotora de la participación que permite al paciente-alumno la elaboración de su propio conocimiento, partiendo de la reflexión de su experiencia de vida”.⁶⁴

Otro estudio realizado igualmente en esta ciudad en el que participaron 30 pacientes con diabetes mellitus⁶⁵ refuerza los resultados del anterior estudio referente a la participación del paciente en compañía de un familiar para la modificación de los estilos de vida positivamente, en este estudio se demostró que “un modelo educativo participativo en el que se involucró a un familiar mejoró el estilo de vida; aunque no se aplicó la encuesta al familiar, el cambio que manifestó el paciente pudo haber impactado a la familia, dado que el familiar lo apoyó directamente en su proceso educativo, se les permitió participar, cuestionar y mostraron su preocupación por compartir factores genéticos y ambientales que predisponen a la enfermedad; así también externaron su deseo de cambiar los factores ambientales que perjudican tanto al paciente como a su familia.”⁶⁶

Asimismo, este mismo país en 2012 ante la preocupación sobre el uso adecuado de estrategias educativas para dar cumplimiento a las recomendaciones brindadas por la Asociación Americana de Diabetes: educación oportuna del enfermo y su familia, decidió implementar una intervención educativa y participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de 76 pacientes con diabetes tipo 2. El resultado de la intervención evidenció un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social; todas con significado estadístico. Al inicio había 16 pacientes

Social, México. Vol. 46, N° 6, 2008, p 685-690; (en línea) http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A214.pdf. Consultado en abril de 2011

⁶⁴ *Ibíd.*, p 3

⁶⁵ MARTÍNEZ JIMÉNEZ, Sergio. et al. Impacto de una estrategia educativa participativa. El estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II. En: *Ethos educativo*, México. Vol. 42, p 187-196; (en línea): <http://www.imced.edu.mx/Ethos/Archivo/42/42-187.pdf>. Consultado en abril de 2011.

⁶⁶ *Ibíd.*, p 4,

controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al terminar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%).⁶⁷

Cuba por su parte, participó en un programa grupal dirigido a varios países, apoyado por la Asociación Latinoamericana de Diabetes, auspiciado por la Federación Internacional de Diabetes, la OMS y sus oficinas panamericanas y patrocinado por los Laboratorios Boehringer Mannheim, con el propósito de observar los cambios bioquímicos y terapéuticos luego de realizar una intervención educativa en pacientes diabéticos no insulino dependientes, obesos y preferentemente de reciente inicio de la enfermedad. El programa fue desarrollado en dos fases: la primera constó de 4 sesiones teórico-prácticas semanales durante un mes y desarrolladas en forma de discusiones grupales. En segundo lugar, se realizó un seguimiento trimestral en consulta durante 1 año. Este estudio experimental sucesivo mostró un aumento significativo ($p = 0,001$) de los conocimientos sobre la enfermedad, disminución del peso corporal, de los síntomas clásicos de la enfermedad y de la dosis diaria de hipoglucemiantes orales, además de cambios importantes en la hemoglobina glucosilada al finalizar la intervención,⁶⁸

En cuanto a los costos de programas educativos, se encontró el estudio realizado por Albarrán Gómez y et al⁶⁹ en la ciudad de México, analizaron el costo-beneficio y costo-efectividad de un programa educativo en diabetes, demostrando la disminución de costos destinados a la atención de pacientes diabéticos que recibieron la estrategia educativa frente al manejo por parte de las instituciones de salud orientadas a las actividades de rutina: citas, ordenes, medicamentos, material de curación, persona.

De esta manera, las intervenciones educativas participativas, mediante la reflexión-acción del paciente diabético tipo 2, ofrece beneficios en el control de la glucosa sanguínea, las posibles complicaciones y la adhesión a los tratamientos ya sea de tipo farmacológico o no farmacológico.

⁶⁷ ALVARA Estela et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: México. 2012. Rev. Esp Méd Quir 2012; 17(2):94-99.

⁶⁸ GARCIA, Rosario, SUAREZ, Rolando. Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulino dependientes (PEDNI-LA). Cuba. 2001. Instituto Nacional de Endocrinología. Rev. Cubana Endocrinol 2001:12(2): pág. 82-92.

⁶⁹ *Ibíd.*, Op Cit p, 150.

5.6 TEORIAS CONDUCTUALES EN LA INCLUSION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Al tratar de entender y aplicar la propuesta de un programa educativo participativo, se hace necesario la incorporación y el análisis desde modelos conductuales, con el fin de establecer y apoyarse en términos teóricos para el adecuado desarrollo de la intervención. Para el presente trabajo de grado se tendrá en cuenta la interacción y el complemento de dos modelos: Información-Motivación-Habilidades Conductuales y Conocimientos-Actitudes-Prácticas

En primer lugar, el modelo denominado Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMHB) de Fisher y Fisher, Bryan y Misovich, el cual es sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual.⁷⁰

La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En este caso, un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo.⁷¹

Desde la perspectiva de este modelo, se pueden encontrar tres elementos importantes para que las personas puedan adquirir una actitud preventiva:

⁷⁰ ORTIZ, Manuel y ORTIZ Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. En: Rev. Méd Chile 2007; 135: 647-652. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014&script=sci_arttext. Consultado en agosto de 2011.

⁷¹ Ibid. 135

1. La persona debe contar con la información adecuada sobre la conducta,
2. Si la persona ya tiene la información, influye en que presente motivación para que se adhiera positivamente.
3. Luego, se hace necesario que la persona tenga la información y la motivación para obtener la habilidad conductual.

Al tratar de operar este modelo y aplicarlo en el presente estudio con el fin de incidir sobre el manejo de la diabetes en el adulto mayor, el término de información se relaciona con el grado de conocimientos que la persona tenga sobre la importancia de manejar adecuadamente la enfermedad a través del tratamiento no farmacológico y la importancia de la motivación para que finalmente adquiriera las habilidades conductuales, las cuales se relacionan con la capacidad que tiene el individuo en la incorporación de hábitos saludables para mejorar y tratar efectivamente la diabetes.

El estudio de Egede y Osborn⁷² acerca de la relación directa o indirecta existente entre la depresión y el cuidado personal, ponen práctica el modelo ya descrito. Teniendo como determinantes de conducta la información y la motivación personal y social, se observó si favorecerían el control glucémico de una muestra de pacientes adultos con DM tipo II. Así pues, luego de realizado el estudio en el cual se practicó la modificación del comportamiento mediante la educación, no hubo un efecto significativo de la depresión sobre el estado de salud de los participantes. Los autores destacaron lo siguiente: “este trabajo aportó datos nuevos que respaldan el modelo conceptual propuesto por ellos con anterioridad, que asume que la depresión ejerce influencia sobre la evolución clínica de los pacientes con depresión mediante el descenso en la motivación para mantener conductas de protección sobre el control metabólico y la aparición de complicaciones.”⁷³

Por su parte, el modelo de Conocimientos-Actitudes-Prácticas, es considerado una base fundamental para la realización de programas basados en la promoción de

⁷² EGEDE, Leonard y OSBORN, Chandra Y. Role of Motivation in the Relationship between Depression, Self-Care, and Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3085853/?tool=pubmed>. Consultado en agosto de 2011.

⁷³ *Ibíd.*, p. 2

salud, para tratar de comprender el comportamiento de las personas y así mismo desarrollar intervenciones eficaces. Además, sostiene que “los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud, es decir el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud.”⁷⁴

El Modelo de conocimientos, actitudes y prácticas hace parte de las teorías de la educación, se enmarca dentro de los modelos de comunicación persuasiva que se ha venido utilizando desde los años setenta y es una concepción tradicional, que asume que la transmisión de conocimientos empleando diversas metodologías, modifica los conocimientos en el sujeto o en la población objetivo y, en consecuencia, promueve el cambio de hábitos o la adopción de uno nuevo. Asimismo, el grado de conocimiento de los individuos, permite visualizar en dónde es necesario realizar refuerzos de información y educación, a lo que la actitud se suma desde una postura de “disposición”, lo que permite que el individuo en respuesta al estímulo realice acciones e incorpore nuevas posturas.⁷⁵

Un estudio realizado en Costa Rica, sobre el efecto de una propuesta didáctica en pacientes diabéticos y teniendo en cuenta el modelo nombrado anteriormente, mostró significativamente “un aumento en los conocimientos sobre la enfermedad, mejor actitud hacia esta y el tratamiento, así como mejores prácticas de estilos de vida saludables que favorecen la adherencia al tratamiento.”⁷⁶

Es así como la interacción de estos dos modelos (ver gráfica 4), genera bases importantes para la ejecución del programa, debido a que conocer cuál es el nivel

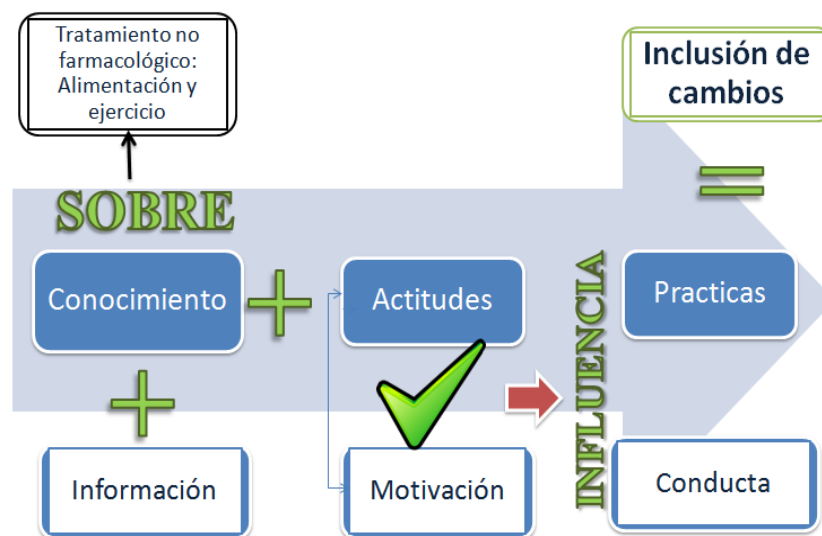
⁷⁴ LAZA Celmira y SÁNCHEZ, Guillermo. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Colombia. Rev. Enferm. glob. vol.11 no.26 Murcia abr. 2012.(En línea) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000200025&script=sci_arttext&lng=en

⁷⁵ . SALLERAS S. Educación sanitaria, Principios, métodos y aplicaciones. 1ª edición. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A, 1990; 100-104.

⁷⁶ CLARKE, Inés. Efecto De Una Propuesta Didáctica En El Conocimiento, Actitudes Y Prácticas De Un Grupo De Personas Adultas Mayores Diabéticas. En: Anales en Gerontología, Núm. 5 / 19-38, 2005 (En línea) <http://www.vinv.ucr.ac.cr/latindex/gerontologia5/02-clarke.pdf>. Consultado en septiembre de 2012.

de conciencia de los adultos mayores sobre la importancia del adecuado manejo de la diabetes, es reducido a tres posibilidades: no conocen el problema (información-

Grafica 4. Interacción De Modelos Conductuales Sobre La Implementación De Un Programa Educativo Participativo En El Manejo De La Diabetes.



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, en el área de enfermería, hay teoristas que definen modelos y teorías relacionadas con las conductas en salud; entre ellas encontramos a Dorothy Johnson; con su “Modelo de Sistemas Conductuales”⁷⁷; dicho modelo se basa en la idea de Florence Nightingale; sobre el objetivo de enfermería de ayudar a prevenir o recuperar una enfermedad o lesión de un individuo.

“El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas, de Dorotea Orem.”⁷⁸

⁷⁷ CISNEROS Op cit. 2

⁷⁸ ANIORTE Nicanor. Teoría y método de enfermería. (en línea) http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm

Un grupo de profesionales pertenecientes al departamento de enfermería de la universidad de Murcia realizaron un estudio en el cual proponían orientaciones terapéuticas para favorecer la interacción en el cuidado de pacientes con trastornos de personalidad; para ello usaron métodos de búsqueda en bases de datos indexados seleccionando estudios que se relacionaran con el tema. Como conclusión obtuvieron que: teniendo en cuenta la definición de enfermería de Dorothy Johnson en los siguientes términos, "una fuerza externa que actúa para preservar la organización conductual del paciente mientras éste se encuentra sometido a estrés, forzando sus mecanismos reguladores o bien proporcionándole recursos para ello"⁷⁹, se obtienen resultados en los que pueden proponerse el empleo de la filosofía dialéctica como base de la terapia dialéctico-comportamental desarrollada por Linehan, como herramienta que va a conducir a una mejor relación enfermero-paciente, una mayor adherencia al tratamiento y una mayor eficiencia en la gestión de tiempo y recursos"⁸⁰

⁷⁹JIMÉNEZ Barbero et al. Borderline personality disorder: dialectic philosophy as a base for nurse-patient interaction. (En línea) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300024&script=sci_arttext&lng=es, Consultado en agosto de 2011.

⁸⁰Ibíd. p.5

6. MARCO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE DISEÑO

Para el presente trabajo, se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental: pre y post-test sin grupo de control (O_1 X O_2), donde O_1 es la medición de los sujetos: pre-test, X es igual a la puesta en marcha del programa educativo participativo y O_2 es la medición de los sujetos: post-test. Este estudio no tuvo asignación aleatoria de los participantes.

Se decidió implementar este tipo de estudio ya que permitió evaluar los resultados obtenidos mediante la medición antes y después de la intervención, determinando de esta manera la efectividad del programa educativo participativo en el manejo de la DM2 en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores.

La metodología aplicada en el presente diseño fue:

- ✚ Verificación de los instrumentos apropiados para realizar la medición de los conocimientos, actitudes y prácticas.
- ✚ Selección de la población por conveniencia en este caso para desarrollar la intervención.
- ✚ Socialización con los participantes para darles las indicaciones y explicaciones necesarias.
- ✚ Definir el lugar, el día y hora del encuentro. e indicarles el lugar el día de encuentro.
- ✚ Aplicación de los instrumentos antes de iniciar el desarrollo de la intervención educativa participativa.
- ✚ Desarrollo y puesta en marcha de la intervención.
- ✚ Posterior a la implementación del programa, se realizó una nueva medición a través de los instrumentos utilizados en el pre test

Cabe resaltar que las mediciones de los instrumentos las realizó una persona no conocedora de diabetes, esto con el fin de manejar sesgos y manipulación de la muestra.

6.2 POBLACION DE ESTUDIO

El estudio contó con la participación de diez adultos mayores que presentan diagnóstico de DM2, los cuales fueron seleccionados de un grupo comunitario, pertenecientes a la Localidad de Bosa.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSION

- ✚ Hombres y mujeres con diagnóstico o manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 no mayor a 5 años.
- ✚ Adultos mayores con 60 años o más.
- ✚ Personas que cumplan con capacidad física evaluada en la Escala de Barthel (Anexo 2) y obtengan un puntaje mayor o igual a 60 puntos.
- ✚ Personas que cumplan con capacidad mental evaluada a través del Test Mini Mental (Anexo 1) y un puntaje de 27 puntos o más.
- ✚ Adultos Mayores en función de atender y participar en las sesiones establecidas del programa, y que estén dispuestas a participar del estudio mediante la firma del documento de consentimiento informado. informado.

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✚ Hombres y mujeres con un diagnóstico o manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 mayor a 5 años.
- ✚ Personas menores de 59 años.
- ✚ Personas que obtuvieron en la Escala de Barthel un puntaje menor a 60 puntos.
- ✚ Personas obtengan en el Test Mini-Mental un puntaje menor a 26 puntos.

- ✚ Personas que no tengan la posibilidad de asistir a las sesiones previstas.

6.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

6.5.1 Hipótesis de Trabajo (H1). El programa educativo participativo modifica los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 con respecto a la medición basal.

6.5.2 Hipótesis Nula (H₀). La diferencia entre la media de los puntajes basales obtenidos en el pre-test de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 es igual a cero (0) si se compara con la media de los puntajes obtenidos en el post test del programa educativo participativo

6.5.3 Hipótesis Alterna. La diferencia entre la media de los puntajes basales obtenidos en el pre-test de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 es mayor a cero (0) si se compara con la media de los puntajes obtenidos en el post test del programa educativo participativo

Con un nivel de confianza α del 0.05 para comparar las medias entre datos apareados, en este caso correspondiente a las mediciones pre y pos en el mismo sujeto, se utilizó la estadística T para la diferencia de medias con $n - 1$ grado de libertad ($10-1= 9=$ con valor crítico de 1.833). Por tanto se rechazará la H₀ de diferencia= 0 si el valor calculado de T es mayor de 1.833

6.6 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en la localidad de Bosa, la cual se encuentra ubicada y delimitada: al norte por el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy, al sur con la Autopista Sur, con Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha (Cundinamarca), al oriente con el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy y al occidente con el río Bogotá y con los municipios de Soacha y Mosquera (Cundinamarca).

6.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La búsqueda de la muestra para el estudio se realizó en diferentes localidades de Bogotá, en donde finalmente en la localidad de Bosa, el grupo de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria del Hospital Pablo VI, facilita la comunicación con un líder de la comunidad teniendo con el fin de captar la población objeto; del total de los adultos mayores reunidos, 10 personas cumplían con los criterios de inclusión del estudio, conformando así la población seleccionada por conveniencia.

En el primer acercamiento con la comunidad se socializó y explicó en qué consistía el programa, los objetivos y la metodología a desarrollar. Y que personas podrían ser participes del programa, los cuales tenían que cumplir con los requisitos de inclusión enunciados anteriormente, cumpliendo los indicadores, para lo cual se aplicaron los siguientes test:

- ✚ Mini-Mental Status Examination (MMSE) de Folstein; es “un test que se usa para evaluar una posible demencia, evaluando la función cognitiva, con un puntaje máximo de 30 puntos. Se evalúan cinco aspectos (Orientación, Registro de información o Memoria inmediata, Concentración y Cálculo).
- ✚ Posterior, se utilizó el ABC Físico, con el fin de observar si los adultos mayores realizan actividades de autocuidado y supervivencia. Para ello, se utilizará la Escala de Barthel, en el cual se evalúa las “conductas sensorio – motrices, es decir que dependen del desarrollo neurológico y permiten la supervivencia, a través de actividades como: el cuidado, personal, alimentación, caminar e ir al baño.

Una vez consolidada la muestra y aceptado el programa educativo por la población seleccionada, se establecieron tiempos y espacios para su desarrollo, además del diligenciamiento del formato aspectos demográficos e información sobre el adulto mayor y la firma del consentimiento informado (Anexo 6)

Previo al inicio del programa se aplicaron los instrumentos escogidos para obtener la información respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores frente a la diabetes, este proceso en total tuvo un tiempo aproximado de dos horas y media. De igual forma, seis semanas posteriores de la medición basal,

se realizó nuevamente este procedimiento con el fin de analizar y evaluar la efectividad de la estrategia educativa participativa.

Para el desarrollo del programa, se impartieron 6 sesiones (ver tabla 3); una cada 8 días, con un tiempo aproximado por sesión de dos (2) y media horas, donde se trabajaron temas de interés y que resaltaron siempre la necesidad de que el adulto interactúe durante el proceso de aprendizaje; teniendo en cuenta las teorías conductuales expuestas.; los temas a tratar en las sesiones fueron:

Tabla 3. Sesiones del Programa Educativo Participativo desarrollado en la localidad de Bosa con adultos mayores, 2012

#	TEMA	LEMA
1	Acuerdos Y Presentación Del Programa	Prendiendo Motores
2	Describir la diabetes y la importancia de la alimentación	Alimentándome para un mejor manejo de mi diabetes
3	Influencia del ejercicio físico en la Salud del paciente diabético	Ejercitando mi cuerpo y mi mente
4	Conociendo las consecuencias de mi enfermedad.	¿Qué puede pasar?
5	El apoyo de mis medicamentos	Que no se me olvide
6	Repaso de lo aprendido durante el programa	Reflexionando porque no es un adiós... es sólo un hasta pronto.

Fuente: Elaboración propia

El desarrollo de cada una de las sesiones estuvieron sustentadas en estrategias participativas: dinámicas de grupo, juegos populares, dibujos, socio-dramas, relatorías sobre experiencias, debates, lluvia de ideas etc., lo que permitió a la población ser participante en la construcción del conocimiento y facilidad de inclusión de la información hecha por sus pares a su vida diaria. La metodología desarrollada en cada sesión, fue de forma sencilla y comprensible para el adulto, los materiales fueron brindados en su mayoría por parte del profesional de la salud.

Posterior a la recolección de la información, los datos fueron tabulados en Excel 2007 versión 12 y analizados en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0

6.8 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Con el fin de obtener y analizar la información referente a los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores sobre la diabetes mellitus tipo 2, los datos fueron recolectados mediante los siguientes tres instrumentos:

- ✚ Escala de conocimientos sobre la Diabetes⁸¹ (ECODI) de Bueno et al, la cual consta de 25 preguntas de selección múltiple, con un grado de consistencia interna de 0,87 en el alfa de Cronbach, diseñada con el propósito de verificar los conocimientos que el adulto mayor tiene sobre diabetes. Los temas que evalúa fueron definidos a priori: conocimiento general, dieta, ejercicio, higiene y autoregulación. El uso de este instrumento ha mostrado gran influencia puesto que varios autores lo han tomado como referencia en la evaluación de los conocimientos sobre diabetes que tiene una población específica.
- ✚ El Cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado en el cuidado de la Dm2 (ASA), es un instrumento adaptado del cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado en pacientes con Hipertensión⁸², el cual está basado en el modelo teórico de Dorothea Orem, donde define la capacidad de agencia de autocuidado “como la capacidad que poseen las personas a cuidar de sí mismos con el fin de mantener la tiene la capacidad para motivar a la gente a desarrollar, a través del proceso de aprendizaje, las competencias de la agencia de autocuidado”⁸³. A partir de este modelo se

⁸¹ BUENO *et al.* Estudio de una escala de educación diabetológica en atención primaria. En: Rev. Aten Primaria. 1993; 11:344-9.

⁸² ACHURY, Diana; RODRÍGUEZ, Sandra Mónica y SEPÚLVEDA, Gloria. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. En: Investigación en Enfermería Bogotá (Colombia), Vol. 11 (2): 9-25, julio-diciembre de 2009. Consultado en Septiembre de 2012

⁸³ FERNÁNDEZ Alba y MANRIQUE Gustavo. Agencia De Autocuidado. En: Rev. Salud historia, sanidad: On line. 2009. Vol. 4 N° 1. (en línea) <http://virtual.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs/article/viewFile/82/67>

han desarrollado diversos instrumentos entre los cuales se destaca la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA), de Isemberg, mostrando una confiabilidad entre el 0.77 y 0.92 en los estudios aplicados. “Cabe resaltar que de todas las escalas nombradas, la escala ASA es una de las más completas, de mayor uso y de resultados adecuados de validez; sin embargo, aun cuando se puede aplicar a todos los individuos, no es específica para una entidad patológica propia”⁸⁴ Por tanto, el desarrollo de del cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado en pacientes con Hipertensión, permitió la evaluación en esta enfermedad específica, convirtiéndose al mismo tiempo en un instrumento aplicable en pacientes con DM2 tras la adaptación del mismo (Ver tabla 4) cumpliendo de esta manera con los requerimientos adecuados para evaluar las actitudes frente al manejo de la DM2 en un grupo de adultos mayores . Está adaptación está constituido por 17 ítems y con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta donde 5= Siempre, 4= Casi siempre, 3= A veces, 2 =casi nunca y 1= Nunca con un valor de la consistencia interna es de 0,75 en el alfa de Cronbach.

Tabla 4. Adaptación del instrumento para medir la actitud en los adultos mayores pertenecientes a la Localidad de Bosa, 2012

Capacidad de Agencia de Autocuidado en pacientes con Hipertensión arterial	Capacidad de Agencia de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus 2
Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial	Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar el azúcar en sangre
Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas	Considero la cantidad máxima de azúcar que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos.

Fuente: Elaboración propia

⁸⁴ ACHURY Op. Cit p.,14

- ✚ La habilidad conductual y la práctica, se evaluó mediante la aplicación del cuestionario IMEVID el cual permitirá establecer el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II (IMEVID) (véase anexo), éste “cuestionario estandarizado, global incluye los siguientes dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información, adherencia terapéutica, y emociones, es un instrumento fácil de contestar y de calificar que además permite identificar conductas de riesgo, que pueden ser potencialmente modificables.” El α de Cronbach para la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-re-test de 0.84. Este instrumento tiene validez lógica y de contenido, así como un buen nivel de consistencia interna y de fiabilidad test-retest mediante coeficiente de correlación de Spearman altas, siendo una herramienta útil con fines clínicos y de investigación relacionada con la diabetes.⁸⁵

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

En el estudio se tuvo en cuenta los aspectos éticos conferidos en la resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud⁸⁶, la cual en su artículo quinto refiere que “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”, además se tendrá en cuenta el artículo catorce en el cual se contempla el consentimiento informado por escrito y autoriza la participación voluntaria en la investigación de los participantes (véase anexo 6)

⁸⁵ ARIZA, Raul. Et al. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes diabéticos tipo 2 En: Rev. Salud Pub Méx 2003 Vol. 45 N° 4. (en línea) <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001478>. Consultado en noviembre de 2012.

⁸⁶ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 De 1993. (En línea): http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf. Consultada en septiembre de 2011.

7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis y la presentación de los resultados del presente trabajo de grado, inicia con la caracterización de la población respecto a las variables socio-demográficas: sexo, intervalo de edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, dependencia económica y tiempo de diagnóstico clínico de la enfermedad.

Posteriormente, se presentan los resultados a partir de la aplicación de los instrumentos del “pre-test” y “pos-test”, mediante el uso de la prueba estadística T.

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

Para el presente estudio se contó con la participación de n=10 adultos mayores, siendo el 100% pertenecientes al sexo femenino, lo que permite evidenciar que las mujeres muestran mayor interés hacia su cuidado y el de los demás. Sus diversos roles han marcado de manera significativa la actitud de las mujeres frente a sí mismas y la importancia de tener un adecuado autocuidado. Al respecto una encuesta realizada en Perú, mostro que “las mujeres mayores de 40 años dedican 22 horas semanales a la atención de ancianos, enfermos y menores; mientras que los hombres sólo lo hacen cinco horas en ese lapso.”⁸⁷

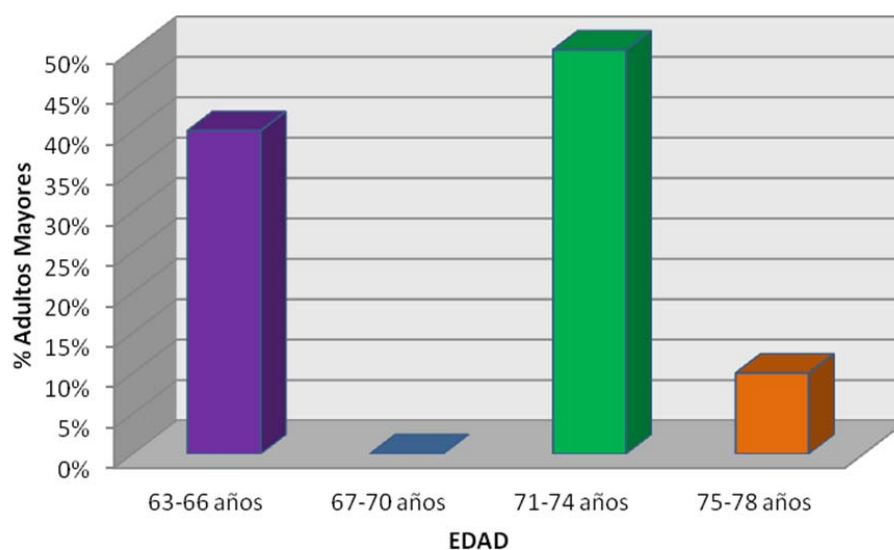
En el presente estudio las edades oscilaron entre 63 y 78 años, con una media de 70,2 años. Se aplicó la fórmula de Sturges para establecer los rangos de edad. (Ver Gráfica 5). Del total de la población, el 50 % se ubicó entre 71 y 74 años. Si bien es de saber, la edad influye en el autocuidado frente a una enfermedad, puesto que con la edad disminuye la capacidad neuroplástica del cerebro y ocurre un proceso de muerte neuronal, además:

La noción de aprendizaje motor que sostienen autores como Meinel (1960), Lawther (1978) o Ruiz Pérez (1987), está vinculada a los procesos de maduración y desarrollo físico, lo cual es el equivalente al de crecimiento corporal. Estos aceptan la edad cronológica como la variable organizadora primordial a lo largo de la vida. De este modo, se ofrece una visión evolutiva

⁸⁷ ANDINA: Agencia Peruana de Noticias. Mujeres postergan autocuidado al dedicar más tiempo que varones a hijos y ancianos (En línea): <http://www.andina.com.pe/espanol/noticia-mujeres-postergan-autocuidado-al-dedicar-mas-tiempo-varones-a-hijos-y-ancianos-403113.aspx>. Consultado en Noviembre de 2012.

(biológica): crecimiento en la niñez y adolescencia y declive en la madurez y senectud.⁸⁸

Grafica 5. Distribución porcentual de los adultos mayores según edad, Bogotá, 2012.



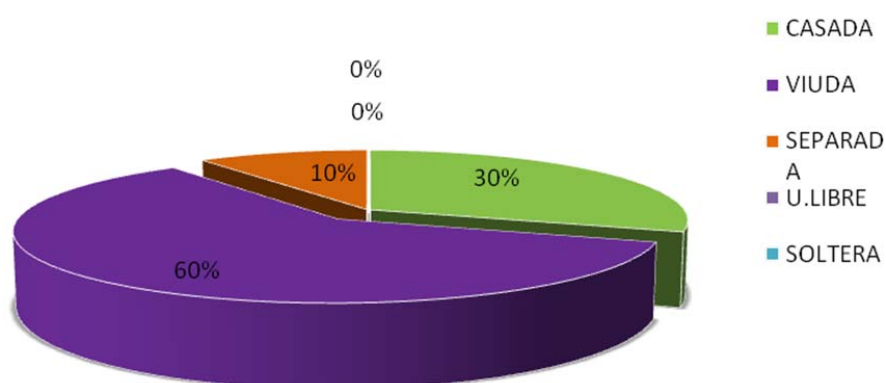
Fuente: Test de información datos socio-demográficos de adultos mayores con diabetes, Bogotá, 2012.

En lo que se refiere a la categoría de estado civil, el estudio mostró que 60% de la población se encontraba viuda, casada 30% y separada 10% (ver gráfica 6) lo que concuerda con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, la cual mostró que “como consecuencia de la mayor mortalidad masculina, en estos grupos de edad hay muchas más mujeres que hombres y, por lo tanto, mayor

⁸⁸DI MONZIO, Debora. Aprendizaje motor en adultos mayores. En: Revista Educación física y deporte • Universidad de Antioquia. (En línea) <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/article/viewFile/310/236>. Consultado en noviembre de 2012.

número de mujeres viudas, solas⁸⁹, condición desfavorable puesto que el apoyo familiar cercano en relación con la adherencia y seguimiento de los cuidados para el manejo de la enfermedad, es una condición importante para mantener una adecuada salud.

Gráfica 6. Distribución porcentual de los adultos mayores según estado civil, Bogotá, 2012

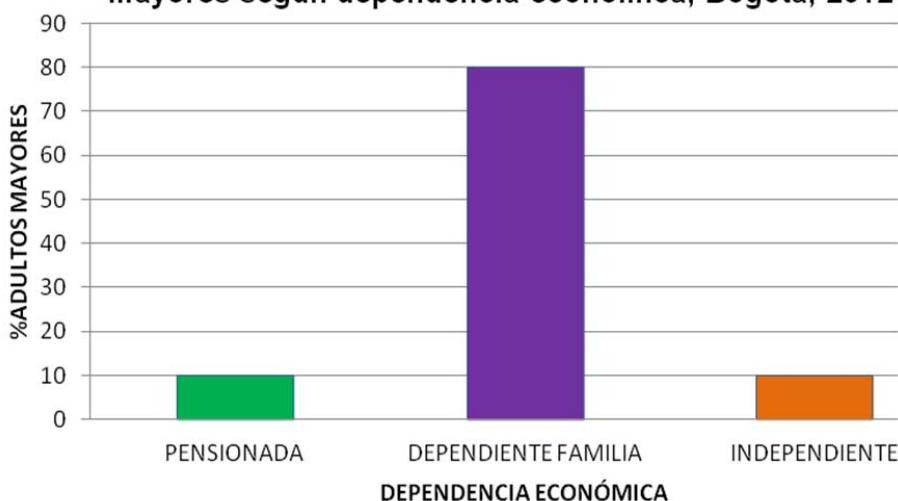


Fuente: Test de información datos socio-demográficos de adultos mayores con diabetes, Bogotá, 2012.

De acuerdo a los ingresos económicos (ver gráfica 7) el 80 % dependía de la familia: esposo o hijos, mientras que solamente un 10 % tenía ingresos económicos por pensión y un 10% obtenía dinero para su supervivencia de forma independiente.

⁸⁹ PROFAMILIA. Adultos mayores. (en línea) <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf> Consultado en noviembre de 2012.

Gráfica 7. Distribución porcentual de los adultos mayores según dependencia económica, Bogotá, 2012



Fuente: Test de información datos socio-demográficos de adultos mayores con diabetes, Bogotá, 2012.

Respecto a la ocupación, el 100% de los adultos mayores desempeñaban labores en el hogar, lo que permite analizar el proceso histórico y el contexto de desarrollo de esta población en años anteriores donde Colombia se caracterizaba por ser un país predominantemente agrícola, con bajos niveles educativos y pocos accesos a los servicios sociales, en dónde el hombre era quien trabajaba la tierra y la mujer se dedicaba al cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar.

Por otro lado, “a medida que aumenta el índice de riqueza, disminuyen las proporciones de los que trabajan. Los que trabajan de los estratos más bajo y bajo tienen necesidad del ingreso o lo hacen más para ayudar a la familia”⁹⁰

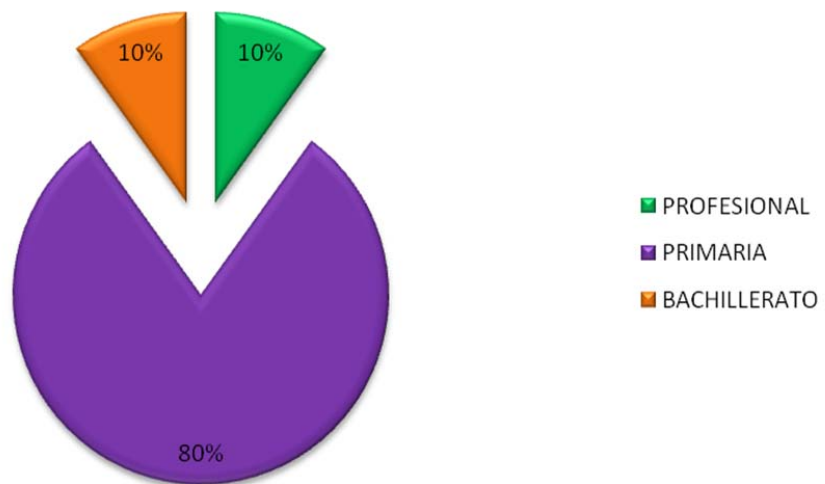
El estrato socio-económico se estableció mediante los lineamientos dados por la Ley 142 de 1994, dónde legalmente el estrato más bajo es el 1 y el más alto es el 6, sin embargo quienes tiene una denominación de “0” se encuentran en una subclasificación ya que la abarcan básicamente personas que viven en suburbios o invasiones. Para el presente estudio, el 100% de la población pertenecía al estrato

⁹⁰ PROFAMILIA. Adultos mayores. En: Disponible en línea: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf> Consultado en noviembre de 2012.

socio-económico “2”, lo cual puede llegar a limitar al acceso a los servicios de salud y la compra de los alimentos para seguir una dieta adecuada para controlar la diabetes.

En cuanto al nivel de escolaridad se evidencio que un 80% de la población tuvieron un nivel primario educativo seguido de 10% con un bachillerato y un 10% obtuvieron título profesional, (Ver gráfica 8) lo que permite asociar que en épocas anteriores existían prioridades como el inicio de la vida laboral o en su defecto por tratarse de mujeres, las ocupaciones del hogar y de los hijos reducían las posibilidades de avanzar con sus estudios, además la mujer históricamente ha luchado por obtener la igualdad y el trato en las mismas condiciones que el sexo masculino, recordando que hasta la década de los ochenta en Colombia con la Ley 51 de 1981 se dio comienzo a la formulación de políticas nacionales en contra de las desigualdades respecto al sexo masculino, pero solo hasta 1994 se incluye en la política educativa el concepto de equidad de género.

Gráfica 8. Distribución porcentual de los adultos mayores según escolaridad, Bogotá, 2012



Fuente: Test de información datos socio-demográficos de adultos mayores con diabetes, Bogotá, 2012.

El promedio de tiempo diagnóstico o conocimiento sobre el padecimiento de la diabetes fue de 3.5 años entre la población estudiada.

Realizando el análisis de la caracterización socio-demográfica de los participantes del estudio, el profesional de enfermería debe tener en cuenta cada uno de estos aspectos, ya que de manera directa o indirecta se convierten en determinantes de la salud.

Al respecto, la teoría del déficit del autocuidado planteada por Dorothea Orem, explica que la calidad y el nivel de autocuidado están afectados por los Factores Básicos Condicionantes (FBC) los cuales hacen referencia a factores que “influyen en las acciones que las personas deben realizar para cuidar de sí mismo y la habilidad para realizarlas. Entre estos factores se encuentran: edad, género, estado del desarrollo, factores ambientales (condición de vida), sistema familiar, factores socioculturales y personales, factores que regulan actividades, patrones de vida, recursos disponibles, factores del sistema de atención en salud y estado de salud”⁹¹

Al tener un buen análisis de estos factores, el profesional de enfermería podrá desarrollar y ejecutar actividades que permitan al adulto mayor incorporar en su vida hábitos saludables de manera adecuada y que las acciones realizadas, estén al alcance de cada uno de los participantes logrando de esta manera mayor apego a la educación e instrucciones brindadas por el profesional.

7.2 CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Al analizar los datos obtenidos respecto al instrumento que midió los conocimientos en DM2: Cuestionario ECODI, en la tabla 5 se muestra la mediana del número de respuestas acertadas para cada una de las dimensiones propuestas por Bueno et al.

⁹¹ RAMÍREZ María, BAUTISTA Luz. Relación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad potencial para auto cuidarse de los adultos con enfermedad diabética. En: Revista de Enfermería. Disponible en línea: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeriavol110208/Traborgrelaciondelosfactoresbasicoscondicionantesdelautocuidado.htm>

Tabla 5. Mediana de número de preguntas acertadas en el cuestionario ECODI aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2			
DIMENSION	Mediana pre-test	Mediana pos-test	Diferencia
Conocimiento general	1	5	4
Dieta	2,5	6	3,5
Ejercicio	1	3,5	2,5
Higiene	1	3	2
Autoregulación	2	4,5	2,5

Fuente: Resultados, Escala de conocimientos sobre DM2 aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Respecto a los resultados encontrados, generalmente se aumento el nivel de conocimientos de los adultos mayores frente a la DM2, similares al estudio realizado por Ramírez et al.⁹² y Armas⁹³, dónde se obtuvo un importante cambio en las situaciones relacionadas con el conocimiento a partir de la intervención educativa, con un incremento notable de las evaluaciones y puntajes superiores a los estipulados en relación con el conocimiento en diabetes.

De acuerdo a la dimensión que obtuvo una mayor diferencia en el número de respuestas acertadas fue la de dieta, convirtiéndose en un punto positivo, puesto que apunta hacia las recomendaciones brindadas por la ADA de acuerdo a los pilares fundamentales para tener un buen control de la DM2.

⁹² GONZÁLEZ Gladys, HERNÁNDEZ Ezequiel, RAMÍREZ Ángela y SANTANA Caridad. Intervención educativa sobre dieta y ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus en Guatemala. Disponible en línea: <http://www.efdeportes.com/efd168/pacientes-con-diabetes-mellitus-en-guatemala.htm> EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires - Año 17 - N° 168 - Mayo de 2012. Consultado en noviembre de 2012.

⁹³ CORBACHO A K, PALACIOS G N, y VAIZ B R. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. En: Revista de enfermería herediana ene.-jun. 2009; Vol. 2(1):p.26-31.

La importancia de esta dimensión viene tras un contexto histórico que data desde el siglo 1550 a.C. donde en el Papiro de Ebers se realizaban recomendaciones nutricionales para esta enfermedad. Igualmente, “diversos estudios han reportado mejorías del control metabólico con reducción de la HbA1c entre 0.25 y 2.9% con terapia nutricional luego de 3 a 6 meses de iniciada, observándose los mejores resultados en pacientes diabéticos de corta evolución. Esto resalta la importancia de implementar precozmente las intervenciones nutricionales.”⁹⁴

De acuerdo a las dimensiones planteadas por el cuestionario ECODI (conocimiento general, dieta, ejercicio, higiene y autoregulación) en la tabla 6 se evidenció lo siguiente en el pre- test y post-test aplicado, de acuerdo al número de pacientes que acertaron en las preguntas realizadas para el ítem de conocimientos

Tabla 6. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de conocimientos, 2012

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DM (ECODI)					
Dimensión: Conocimientos					
PREGUNTA	PRE- TEST		POS-TEST		Diferencia
	n	%	n	%	
1	0	0	9	90	9
2	3	30	9	90	6
3	3	30	7	70	4
4	4	40	8	80	4
5	5	50	9	90	4
6	2	20	7	70	5

Fuente: Resultados, Escala de conocimientos sobre DM2 aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Respecto a las preguntas que indagan sobre los conocimientos que tienen los adultos mayores encontramos las siguientes: N°1 La insulina es, N°2 Los niveles

⁹⁴ LAHSEN Rodolfo. REYES Soledad. Enfoque Nutricional En La Diabetes Mellitus Nutritional Approach In Diabetes Mellitus. Tomado de: American Diabetes Association. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes – 2009. Diabetes Care 2009; 32: S13-S61.

normales de azúcar (o glucosa) en sangre son, N°3 Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito..., ¿qué cree que le ocurre? N°4 Un alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por, N° 5 Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones..., ¿qué cree que le ocurre? N° 6 Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por.

A partir de lo anterior y de acuerdo a la pregunta N°1, ninguno de los adultos mayores sabía que era la insulina; lo que difirió al aplicar el post-test mostrando que solamente el 10% no acertó en esta pregunta. Ahora, la pregunta N°2 mostró una diferencia de 6 preguntas acertadas frente a la medición basal, lo que muestra que una vez finalizado el programa educativo participativo el 90% de las participantes conocían los valores normales de azúcar en sangre. Cabe resaltar, que el conocer la enfermedad por parte de quien la padece permite un mayor autocuidado y autocontrol, disminuyendo de esta manera las consecuencias a futuro, similar a lo propuesto por la FID en donde “es necesario que las personas con diabetes tengan el nivel de conocimiento adecuado y las habilidades pertinentes para tomar decisiones informadas, a fin de realizar un cambio de la conducta y ajustes del tratamiento por sí mismos, lo que permitirá integrar el auto tratamiento en sus vidas diarias”⁹⁵, labor que sin duda es responsabilidad del personal de salud, ya que son los primeros en diagnosticar, educar y tratar la diabetes conjuntamente con el paciente. En este caso, la mayoría de pacientes refirió que muchas veces los médicos o enfermeras se limitan a dar un diagnóstico sin explicar el por qué del mismo, los toman como seres no participes de su cuidado y no brindan la información que requieren en un lenguaje de fácil comprensión. Hallazgo que comparte Aguilar y et al⁹⁶ donde al preguntarle a los usuarios sobre quién les proporcionó orientación sobre autocuidado refirieron el 38% que nadie le dio información, el 32 % el médico y el 5 % el personal de enfermería.

⁹⁵ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA DIABETES. Autocontrol de la glucemia en la diabetes de tipo 2 sin tratamiento con insulina

⁹⁶ BACA B, et al. Nivel De Conocimientos Del Diabético Sobre Su Auto Cuidado En: Rev. Enfermería Global. Vol. 7, Núm. 2 (2008) (En línea) <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691/14171>. Consultado en Noviembre de 2012

Por otra parte, la dimensión de dieta estuvo compuesta por las siguientes preguntas: N°7 ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?, N°8 ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?, N°9 ¿De cuál de estos alimentos puede comer pero no debe abusar el diabético?, N°10 Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede, N°11 Una buena fuente de fibra es, N°12 Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben. A continuación la tabla 7 muestra el número de pacientes que acertaron en la dimensión de dieta.

Tabla 7. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de dieta, 2012

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DM (ECODI)					
Dimensión: Dieta					
PREGUNTA	PRE- TEST		POS-TEST		Diferencia
	N	%	N	%	
7	8	80	10	100	2
8	5	50	9	90	4
9	4	40	10	100	6
10	0	0	9	90	9
11	5	50	2	20	-3
12	2	20	10	100	8
13	2	20	8	80	8

Fuente: Resultados, Escala de conocimientos sobre DM2 aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos con respecto a los conocimientos sobre la dieta, es necesario resaltar que existió un aumento significativo respecto a los conocimientos en alimentación que debe tener un diabético, mostrando similitud a la intervención realizada por García et al,⁹⁷ quien antes de realizar la intervención

⁹⁷ GARCÍA, Dinora. Educative intervention to elevate the level of knowledge in elderly with diabetes mellitus from No. 18 Medical Office of North Area in Ciego de Avila. En: Rev. Medicego 2011; 17(Supl. 2). (En línea) http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl2_%202011/pdf/T5.pdf. Consultado en noviembre de 2012.

mostró que los conocimientos básicos sobre el régimen dietético fueron bajos (72.0%) lo que posterior a la misma cambio, pues existió un aumento en los conocimientos hasta de un 80.0%, lo que se traduce en posibles cambios en el estilos de vida en cuanto a la alimentación. La intervención mejoró el conocimiento sobre nutrición después de la intervención con una confiabilidad del 95%.

La pregunta en la que se observó una diferencia negativa estuvo relacionada con la fuente de fibra, en la que los participantes manifestaron que existía una ambigüedad de respuesta, ya que para ellos las tres opciones de respuesta eran acertadas. Por otra parte, la pregunta en la que se indaga sobre la función de la fibra vegetal en la diabetes, obtuvo la más alta diferencia respecto al pre-test.

Sin duda, los conocimientos sobre los alimentos que se deben consumir y los que no, ayuda a que el diabético maneje y diseñe estrategias alimentarias para modificar su menú de consumo de hábitos tanto en comida como en tiempos.

“La educación nutricional para el paciente diabético se ha convertido en uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes; no obstante es bien conocido por los profesionales en salud que los diabéticos encuentran dificultad para adherirse a los cambios sugeridos en su estilo de vida”⁹⁸. Este tipo de información debe ser transmitida de un modo adecuado y dinámico a la población no sola adulta mayor sino en general, permitiendo una mayor captación por parte de quien recibe la educación y de esta manera una apropiación e inclusión de las prácticas referentes a la dieta en la diabetes. Al respecto la Fundación para la Diabetes refiere que la ausencia, hasta la fecha, de programas educativos específicos que aborden la diabetes ha influido de manera considerable en las condiciones pésimas de salud con las que llegan los pacientes diabéticos a la tercera edad.⁹⁹

⁹⁸ ARÁUZ, Ana et al. Metodología para evaluar la adherencia a la dieta en diabetes mellitus no insulino dependiente. En: Rev. Costarricense de ciencia médicas Vol.18 n.4 San José dic. 1997

⁹⁹ PÉREZ, Mónica. La alimentación de los ancianos diabético. En: Rev. Offmarn Vol. 23, N° 01 p. 80
– 86 (En línea)
http://www.fundaciondiabetes.org/documentos/alimentacion_ancianos/alimentacion_ancianos.htm.
Consultado en Noviembre de 2012

Por otra parte, las preguntas que evaluaron la dimensión de conocimientos del cuestionario ECODI, fueron las siguientes: N°14 La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted, N°15 ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?, N°16 Con el ejercicio físico, N°17 El ejercicio es importante en la diabetes porque. De acuerdo a lo anterior, se puede observar un aumento de preguntas acertadas en el pos-test en relación a la frecuencia para realizar ejercicio y su influencia en la diabetes al disminuir los niveles de azúcar en sangre. A continuación en la tabla 8 se muestra el número de pacientes que respondieron adecuadamente a la dimensión de ejercicio.

Tabla 8. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de ejercicio, 2012

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DM (ECODI)					
Dimensión: Ejercicio					
PREGUNTA	PRE- TEST		POS-TEST		Diferencia
	N	%	N	%	
14	8	80	10	100	2
15	2	20	9	90	7
16	2	20	10	100	8
17	3	30	6	60	3

Fuente: Resultados, Escala de conocimientos sobre DM2 aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Durante el desarrollo del programa, las participantes manifestaron antes de iniciar la sesión de actividad física, que muchas veces ellas tienen la voluntad de realizar ejercicio pero que no tenía los conocimientos adecuados para saber cuáles estaba indicados y cuáles eran perjudiciales para su salud, puesto que no solamente padecían de diabetes sino de otras enfermedades como hipertensión, osteoporosis y artritis. Inquietud que posteriormente se modificó, ya que las participantes conocían algunos ejercicios que se podían realizar sin afectar su estado de salud, las recomendaciones y precauciones para su adecuada realización.

Al respecto, el estudio realizado por García et al ¹⁰⁰ referente a los conocimientos sobre la realización de actividad física, mostró que antes de la intervención educativa el 68% de los adultos mayores tenían un nivel bajo de conocimientos sobre la práctica de ejercicios físicos, pero se pudo apreciar que el 76.0% presentó alto conocimiento de la necesidad de los mismos al finalizar la intervención, lo que demuestra la efectividad de la misma.

En relación a la dimensión de Higiene (Ver tabla 9), las preguntas que se les realizaron a las participantes tanto en el pre-test como en el post-test fueron las siguientes: N°18 Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que, N°19 ¿Cada cuánto tiempo debe lavarse los pies?, N°20 ¿Cada cuánto tiempo debe revisarse sus pies, mirándose la planta y entre sus dedos?

Tabla 9. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de Higiene, 2012

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DM (ECODI)					
Dimensión: Higiene					
PREGUNTA	PRE- TEST		POS-TEST		Diferencia
	n	%	n	%	
18	1	10	9	90	8
19	7	70	9	90	2
20	3	30	10	100	7

Fuente: Resultados, Escala de conocimientos sobre DM2 aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

De acuerdo a la categoría de higiene, se observó un mayor aumento (80%) en la pregunta 18, donde se indagaba sobre el por qué del cuidado de los pies. Cabe resaltar que al inicio del programa las personas creían que era una condición de higiene básica pero no entendían porque debían revisarse sus pies diariamente. Inquietud que fue resuelta en la sesión de consecuencias donde se les explicó y de acuerdo a las vivencias de familiares y amigos se brindó y construyó

¹⁰⁰ GARCÍA, Dinora Op. Cit 3

información sobre la misma. Sobre esta dimensión, en los años de 1997 y 1998, Álvarez et al,¹⁰¹ realizaron un estudio con el fin de determinar los conocimientos sobre el cuidado de los pies, arrojando que el 64,7% de la población estudiada demostró no tener percepción de su enfermedad; esto justifica el bajo índice de la asistencia de los pacientes a los diferentes servicios y la poca orientación sobre el cuidado de sus pies, siendo este un factor importante para el incremento de las complicaciones vasculares en el paciente diabético, además de la iniciativa de educar al diabético como forma de detección temprana en las diversas complicaciones que trae consigo un mal cuidado de la enfermedad. De acuerdo a lo anterior, el estudio realizado por Torrente¹⁰² muestra que luego de realizar una intervención educativa para mejorar las condiciones y el autocuidado frente al cuidado del pie diabético aumentaron el puntaje con respecto a la medición basal luego de implementar el programa en relación al grupo control.

Para terminar el análisis del cuestionario ECODI aplicado para evaluar los conocimientos que tenían las participantes frente a la DM2, en la tabla 10 se presenta las participantes que tuvieron respuestas positivas frente a la dimensión de autoregulación, de acuerdo a las siguientes preguntas: N° 21 ¿Qué debe hacer si le aparece un callo o lesión en el pie?, N°22 ¿Por qué es tan importante para un buen control de la diabetes tener su boca en buen estado y hacerse revisiones periódicas al dentista?, N°23 Lo más importante en el control de la diabetes es, N°24 En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando y N°25 ¿Por qué es tan importante saber analizarse la sangre después de obtenerla pinchándose un dedo?

¹⁰¹ ÁLVAREZ Héctor, FIGUEREDO Dulce y MATEO Arelvys. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. En: Rev. Cubana Angiol y Cir Vasc 2000; 1(1):80 (En línea) http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang17100.htm. Consultado en noviembre de 2012

¹⁰² TORRENTE Ramón. Evaluación de la efectividad una actividad educativa grupal sobre cuidados del pie diabético. Disponible en línea http://www.recerca.net/bitstream/handle/2072/171793/TR_TorrenteJimenez.pdf?sequence=1. Consultado en noviembre 2012

Tabla 10. Número de adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa que acertaron en el pre-test y post-test las preguntas correspondientes a la dimensión de Autoregulación, 2012

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DM (ECODI)					
Dimensión: Autoregulación					
PREGUNTA	PRE- TEST		POS-TEST		Diferencia
	N	%	n	%	
21	6	60	8	80	2
22	4	40	8	80	8
23	7	70	10	100	3
24	1	10	9	90	8
25	5	50	7	70	2

Fuente: Resultados, Escala de conocimientos sobre DM2 aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

De acuerdo a la tabla anterior, se puede observar que las preguntas que tuvieron un mayor cambio en la dimensión de autoregulación, luego de realizarse el programa educativo participativo, fueron la de glucosa en la orina y la de la importancia de visitar al odontólogo, determinando de esta manera, que la sesión realizada sobre consecuencias aportó información significativa para tener un mejor autocontrol de la DM2.

Las preguntas que casi no se modificaron fueron las de aparición de una lesión en el pie y la del control de la glucometría. Un estudio realizado por Miranda¹⁰³ con el fin de determinar el nivel de conocimientos luego de una intervención educativa en diabetes, mostró que a los tres meses de realizar las capacitaciones, se encontró un mayor número de respuestas correctas respecto a la medición basal, lo que permitió un mayor autocuidado, elevando el nivel de conocimiento de un nivel insuficiente a suficiente

¹⁰³ MIRANDA, Taimi. Intervención educativa sobre el conocimiento de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 (en línea) <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4706/1/Intervencion-educativa-sobre-el-conocimiento-de-la-diabetes-mellitus-en-pacientes-diabeticos-tipo-2.html>. Consultado en noviembre de 2012

En Colombia, la compañía Novo Nordisk e Ipsos¹⁰⁴ realizó una encuesta a 1.067 personas con el fin de determinar los conocimientos y actitudes hacia la Diabetes, lo que evidenció que las personas conocen su enfermedad, saben que es una condición severa e identifican los síntomas y sus complicaciones. No obstante, surgen mitos sobre su proceso como si se puede curar o si el uso de la insulina es perjudicial para su salud.

7.3 ACTITUDES PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Para conocer las actitudes frente a la DM2 por parte de cada una de las participantes, se aplicó el cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado mostrando en la tabla 11 el análisis de acuerdo a la mediana del número de preguntas acertadas.

Tabla 11. Mediana de número de preguntas acertadas en el cuestionario de Agencia de autocuidado aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

CUESTIONARIO DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DIABETES		
Mediana pre-test	Mediana pos-test	Diferencia
55	58	3

Fuente: Resultados, Cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Al realizar el análisis de estos resultados, sin duda es evidente que la diferencia de la mediana respecto al número de puntaje obtenido en las aplicaciones del cuestionario solamente es de tres (3) puntos, lo que evidencia un cambio de actitud frente al cuidado de la enfermedad muy bajo.

Este cuestionario estuvo compuesto por 17 preguntas las cuales se muestran en la tabla 12 en relación al pre-test y post-test realizado a las participantes del programa

¹⁰⁴ ADN. Lanzaron El Primer Observatorio Contra Esta Enfermedad En El País. En: Diario ADN. 13 Nov. 2012. (en línea): <http://diarioadn.co/vida/salud/observatorio-contra-la-diabetes-1.32821>

educativo participativo, donde el máximo puntaje que podía obtener un participante era de 85 puntos.

Tabla 12. Puntaje obtenido por cada uno de los participantes en el cuestionario de Agencia de autocuidado aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2		
PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
51	58	7
51	52	1
60	60	0
54	54	0
46	63	17
57	58	1
56	57	1
54	56	2
48	63	15
68	67	-1

Fuente: Resultados, Cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Solamente el 30% de los pacientes logró aumentar significativamente su puntaje luego de la realización del programa educativo participativo, mientras que 30% lo hizo con diferencia de uno (1) a dos (2) puntos, un 20% se mantuvo de acuerdo al puntaje obtenido y en el pre-test y un 10% disminuyó su resultado en el post-test. Sin duda, una persona que no tiene una buena actitud frente a su autocuidado, las posibilidades en la inclusión de cambios van a ser muy reducidas, aunque de acuerdo a los resultados del test ECODI e IMEVID aplicados a los participantes de manera general, este cambio de actitud no tuvo repercusiones sobre el aumento de los niveles de conocimiento ni la inclusión de estilos de vida saludable.

De acuerdo a la pregunta N°1 si siente que su estado de ánimo le permite cuidarse, en el pre-test el 60% de los participantes dijeron que casi siempre, el 20% que a veces, otro 20% casi nunca y un 10 % siempre, situación que cambió en el post-test ya que el 50% dijo que casi siempre, un 40% siempre y solamente un 10% a

veces. El adulto mayor por ser un ser vulnerable tiende a tener cambios de actitud de acuerdo a las situaciones que se le presentan a diario. Por ejemplo una de las participantes que se destacó por ser proactiva y con muchas ganas de participar y aprender, el día que se realizó la aplicación del post-test se le vio triste y con desesperación, puesto que el día anterior tuvo una situación muy difícil en su familia y esto la afectó negativamente.

En la pregunta que se realizó respecto a si consideraba importante realizar ejercicio, en el pre-test; el 50% de las participantes creían que casi siempre, un 30% a veces y un 20% siempre, lo que contrasta con el pos-test donde un 60% dijo que casi siempre un 20% a veces y otro 20% siempre. A esto se le suma, que en algunos momentos las pacientes no consideraban hacer ejercicio porque temían a empeorar su condición, factor que se explicó en la dimensión de ejercicio. En esta misma secuencia, la pregunta N°12 que indagaba sobre si consideraba caminar al menos 30 minutos diarios, de acuerdo al pre-test; el 50% contestó que a veces, un 20% siempre, un 20% casi nunca y un 10% casi siempre, en el post-test el 50% dijo que casi siempre, un 40% dijo que a veces y solamente un 10% casi nunca,

En cuanto a la dieta, la pregunta N°16, hizo referencia al consumo de comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, a lo que las participantes contestaron en el pre-test; un 70% casi siempre, un 20% a veces y un 10% siempre. En el post-test un 80% respondió que casi siempre, un 10% a veces y otro 10% siempre.

Resultados similares a los del estudio de Rodríguez et. al,¹⁰⁵ el cual mostró la obtención de puntajes inferiores para alcanzar una actitud positiva frente a la modificación que se esperaba para la obtención de un buen control metabólico. Además destacan que no siempre el conocimiento conlleva al cambio en la actitud frente a las demandas diarias que se presentan respecto al manejo y tratamiento de la enfermedad. Un estudio realizado por Anderson¹⁰⁶ mostró que la mayor

¹⁰⁵ RODRIGUEZ, Flavia et al. Conocimiento Y Actitudes: Componentes Para La Educación En Diabetes En: Rev. Latino-am Enfermagem 2009 julio-agosto; Vol17 (4) (En línea) www.eerp.usp.br/rlae . consultado en noviembre de 2012.

¹⁰⁶ ANDERSON, Robert et al. A comparison of the diabetes-related attitudes of health care professionals and patients. Patient Educ Counseling 1993 Jun.; Vol. 21(1-2): p 41-50. (en línea) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0738399193900585>. Consultado en noviembre de 2012.

debilidad a la hora de realizar intervenciones es el poco entrenamiento que tienen los profesionales de salud para abordar este tipo de temas.

Consecuentemente, otro estudio realizado por Caporalle et. al.¹⁰⁷ evaluó las actitudes de los pacientes y las del personal de salud frente a la diabetes, mostrando que existen diferencias significativas entre estos dos grupos, a pesar de que los dos concuerdan y expresan la gravedad de esta enfermedad, existió discrepancia en los resultados psicosociales realizados. Igualmente el estudio realizado por Tello¹⁰⁸, que tuvo la finalidad de obtener información sobre las actitudes de un grupo de trabajadores sobre el manejo de la diabetes, mostró que respecto a las actitudes alcanzó un puntaje regular

Por otro lado, muchas veces se realizan actividades basadas en la promoción de conocimientos y se deja a un lado el apoyo y la motivación que necesitan los pacientes que tomen conciencia de su autocuidado, al respecto Cendales médico internista y director científico de Novo Nordisk, refiere que “los pacientes diabéticos necesitan más que medicamentos y agujas; necesitan orientación y apoyo para tomar el control de su propio cuidado”¹⁰⁹ los programas educativos deben proporcionar herramientas necesarias para que los participantes se sientan en la capacidad de ser responsables por la mejoría de su estado de salud y participen en la prevención de complicaciones a futuro.

7.4 PRÁCTICAS FRENTE A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La siguiente tabla muestra el puntaje obtenido por las participantes en el pre y pos test realizados, evidencia un mayor aumento de los puntajes en la dimensión de

¹⁰⁷ CAPORALLE JE et al. The diabetes related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. En: Rev. Panamá Salud Pública 2007 Nov.; Vol. 22(5): p 304-7 http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007001000002&script=sci_arttext. Consultado en noviembre de 2012.

¹⁰⁸ TELLO, Marilú. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De Las Medidas Preventivas De La Diabetes Mellitus Tipo 2 En Los Trabajadores Mayores De 35 Años De Los Centros De Aplicación. Productos. (En línea) <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/109/CSS16Articulo.pdf?sequence=1>. Consultado en noviembre de 2012.

¹⁰⁹ ADN. Lanzaron El Primer Observatorio Contra Esta Enfermedad En El País. Op. cit p.1

nutrición y una disminución del puntaje respecto a la mediana de la diferencia en la práctica de actividad física.

Tabla 13. Mediana de número de preguntas acertadas en el cuestionario de Agencia de autocuidado aplicado en adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

IMEVID			
DIMENSION	Mediana pre-test	Mediana pos-test	Dif.
Nutrición	24	32	8
Actividad Física	9	8	-1
Consumo de alcohol	8	8	0
Consumo de tabaco	6	8	2
Información sobre DM2	2	6	4
Manejo de emociones	10	12	2
Cumplimiento del tratamiento	8	11	3

Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Este cuestionario IMEVID se distribuyó en las siguientes dimensiones: Nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre DM2, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. De acuerdo a la primera dimensión se evidencio lo siguiente:

Tabla 14. Total de Puntos obtenidos por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de nutrición, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2			
PARTICIPANTE	PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
1	20	28	8
2	26	34	8
3	26	32	6
4	24	28	4
5	22	32	10

6	20	26	6
7	24	32	8
8	24	34	10
9	24	34	10
10	20	32	12

Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Las preguntas que hicieron parte de esta dimensión fueron las siguientes: N°1 ¿Con Que Frecuencia Come Verduras?, N°2 ¿Con Que Frecuencia Come Frutas?, N°3 ¿Cuántos Panes Se Come Al Día?, N°4 ¿Cuántas Tortillas Come Al Día?, N°5 ¿Agrega Azúcar A Sus Alimentos O Bebidas?, N°6 ¿Agrega Sal A Los Alimentos Que Consume?, N°7 ¿Come Alimentos Entre Comidas?, N°8 ¿Come Alimentos Fuera De Casa?, N°9 ¿Cuándo Termina De Comer La Cantidad Servida, Usualmente Pide Mas?. Esta dimensión fue la que mayor ajustes tuvo respecto a la tabla 15, mostrando de esta manera que un buen conocimiento adquirido conlleva al entendimiento del por qué se deben incluir los hábitos saludables para mejorar la enfermedad

Tabla 15. Número de puntos obtenidos por los adultos mayores en relación a las preguntas de la dimensión de nutrición del cuestionario IMEVID, 2012

IMEVID: DIMENSION NUTRICION									
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PRE-TEST	16	18	20	30	30	24	30	26	36
POST-TEST	30	32	32	38	34	34	38	34	40
Diferencia	14	14	10	8	4	10	8	8	4

Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

De acuerdo a lo anterior, las preguntas que tuvieron un mayor aumento en el puntaje fueron las que indagaban si comían verduras y frutas; del total de la población, el 50% afirmó en el post-test que consumían verduras “siempre”, diferente a la medida basal en dónde ninguna de las participantes las incluía siempre en su menú. Situación similar al consumo de frutas, donde la categoría

“siempre” aumento de un 0% a un 60% en el post-test. En lo que respecta a la que menos tuvo cambio, fue aquella que indagaba si después de la comida servida solicitaba que le dieran más, puesto que solamente el 20% de las participantes lo realizaba antes de iniciar con el programa, modificando satisfactoriamente esta conducta. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Araúz¹¹⁰ dónde se evidencia que al momento de introducir los conceptos de dieta y su importancia durante el desarrollo de sesiones educativas, la adherencia a este tipo de actividades aumento por parte de los participantes.

Algunos autores indican que las modificaciones dietéticas se encuentran entre las más difíciles de llevar a cabo y reportan que solo entre el 25% y 50% de diabéticos se acogen a las recomendaciones dietéticas prescritas; asimismo coinciden en que el sólo suministro de información sobre una enfermedad y su tratamiento no mejora, necesariamente, el control de la diabetes ni la adherencia al tratamiento dietético, sino que en muchas ocasiones lo que interviene es la relación que se establece entre el paciente y el profesional en nutrición, así como la percepción que el paciente tiene de su enfermedad y la salud en general¹¹¹

Ahora en relación con la dimensión de actividad física se encontró lo siguiente:

Tabla 16. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de actividad física, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2			
PARTICIPANTE	PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
1	10	8	-2
2	8	8	0
3	8	8	0
4	10	10	0
5	8	8	0
6	8	10	2
7	10	8	-2

¹¹⁰ ARAÚZ, Op cit. p.4

¹¹¹ Ibíd. p.5¹

8	10	8	-2
9	8	12	4
10	10	10	0

Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Las preguntas que hicieron parte de esta dimensión fueron las siguientes: N°10 ¿Con Que Frecuencia Hace Al menos 15 Minutos De Ejercicio? (Caminar, Correr U Otro), N°11 ¿Se Mantiene Ocupado Fuera De Sus Actividades De Trabajo?, N°12 ¿Qué Hace Con Mayor Frecuencia En Sus Tiempo Libre?

Tabla 17. Número de puntos obtenidos por los adultos mayores en relación a las preguntas de la dimensión de nutrición del cuestionario IMEVID, 2012

IMEVID: DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA			
Pregunta	10	11	12
PRE-TEST	36	22	32
POST-TEST	34	24	32
Diferencia	-2	2	0

Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Los resultados de esta dimensión (ver tabla 17) son muy similares al ítem de ejercicio del cuestionario ECODI, dónde no se observó mayor diferencia en los resultados, sin embargo es importante resaltar que el 70% de las participantes al finalizar el programa caminaba siempre al menos 15 minutos, el otro 30% lo hacía algunas veces. De igual forma, la realización del programa permitió acentuar bases para la inclusión apropiada del ejercicio como actividad rutinaria entre las participantes, además, luego de haberse ejecutado la sesión de actividad física, los primeros 10 minutos de los siguientes días de encuentro, las participantes realizaban ejercicios pasivos, siendo ellas quienes los dirigían.

Es importante recordar que el ejercicio origina aumento en la sensibilidad a la insulina, lo que ha permitido ser utilizado para el manejo de la DM2 con buenos

resultados, tanto que en algunos casos la práctica de ejercicio físico y una alimentación balanceada son suficientes para el manejo de la enfermedad.

Consecuentemente, la dimensión de consumo de tabaco (ver tabla 18) no tuvo ninguna diferencia de acuerdo a la medición basal, puesto que ninguna de las participantes tiene este factor de riesgo, sin embargo es importante señalar que la pregunta realizada por el cuestionario IMEVID ¿fuma? no contempla la opción de que las participantes sean fumadoras pasivas. Al respecto, estudios demuestran que las personas que son fumadoras pasivas tienen mayor riesgo de padecer DM2 en relación a los no fumadores, tal como lo afirma la Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur (Neumosur), donde el riesgo de padecer DM2, aumenta paralelamente con el tiempo de exposición al humo de tabaco¹¹²

Tabla 18. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de consumo de tabaco, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2			
PARTICIPANTE	PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
1	8	8	0
2	8	8	0
3	8	8	0
4	8	8	0
5	8	8	0
6	8	8	0
7	8	8	0
8	8	8	0
9	8	8	0
10	8	8	0

Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

¹¹² SOMOS PACIENTES. Los Fumadores Pasivos También Tienen Mayores Probabilidades De Desarrollar Diabetes Tipo 2. En: Somos Pacientes. 12 abr., 2012 (en línea) <http://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/los-fumadores-pasivos-tambien-tienen-mayores-probabilidades-de-desarrollar-diabetes-tipo-2/>. Consultado en noviembre de 2012.

Ahora, con respecto a la dimensión de consumo de alcohol (véase tabla 19), se realizaron dos preguntas. La primera correspondiente al numeral 16, consultaba si había consumido alcohol en el último mes, a lo que el 70% de las participantes dijo que casi nunca y un 30% que algunas veces, sin embargo esta conducta fue modificada durante el post-test ya que el 100% no lo consumió. En relación con el numeral 17 de ¿Cuántas bebidas Alcohólicas toma en una reunión? el 60% dijo que ninguna y un 40% entre 1 y 2 en la medición basal, lo que se diferencio en el post-test ya que ninguna bebió alcohol.

Tabla 19. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de consumo de alcohol, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2			
PARTICIPANTE	PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
1	6	8	2
2	8	8	0
3	4	8	4
4	8	8	0
5	6	8	2
6	8	8	0
7	6	8	2
8	6	8	2
9	6	8	2
10	8	8	0

Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Siguiendo con la secuencia del cuestionario IMEVID, en la tabla 20 se consignan los datos obtenidos para la dimensión de información sobre DM2:

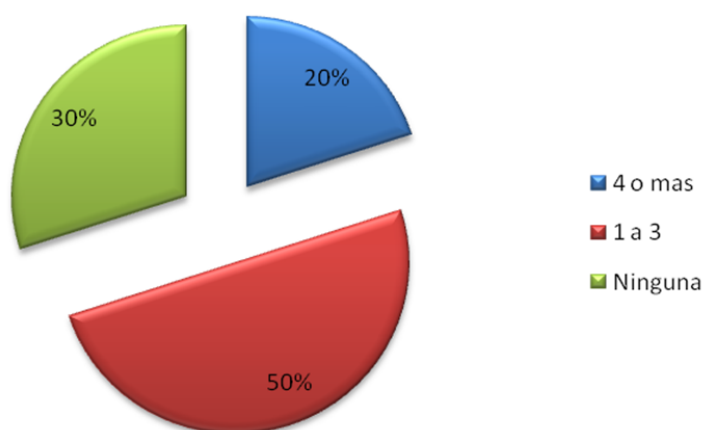
Tabla 20. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de información sobre la DM2, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2			
PARTICIPANTE	PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
1	8	6	-2
2	2	8	6
3	2	6	4
4	4	6	2
5	2	6	4
6	2	6	4
7	2	6	4
8	6	8	2
9	2	8	6
10	6	8	2

Fuente: Resultados, Escala IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Para esta dimensión, se utilizaron las siguientes preguntas: N°17 ¿A Cuántas Pláticas Para Personas Con Diabetes Ha Asistido? En relación al pre- test se evidenció lo siguiente:

Gráfica 9. Número de charlas sobre DM2 a las que han asistido los adultos mayores en la localidad de Bosa, 2012



Fuente: Resultados, Cuestionario IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012.

Este porcentaje fue modificado en el post-test siendo el 90% la asistencia a 4 o más charlas para obtener información sobre la DM2. En cuanto a la pregunta N° 18 ¿Trata De Obtener Información Sobre La Diabetes?, existió un aumento del 30% en cuanto a la respuesta “siempre” lo que quiere decir, que de 2 personas que en el pre test respondieron de esta manera en le pos-test aumento a cinco.

Lo anterior muestra que buscar información sobre la enfermedad aumenta la probabilidad de tener un mejor autocuidado de la misma, si un individuo es capaz de buscar información y empoderase de su enfermedad, las complicaciones tenderían a disminuir ya que identificaría fácilmente cuales son los signos, síntomas, alimentos ideales para consumir, el beneficio del ejercicio entre otros.

De acuerdo a la última dimensión trabajada por la escala IMEVID, se evidenció en la tabla 21 los puntajes que se obtuvieron en los dos momentos de medición.

Tabla 21. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de manejo de emociones, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2			
PARTICIPANTE	PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
1	8	8	0
2	10	16	6
3	10	12	2
4	12	14	2
5	10	12	2
6	10	12	2
7	12	12	0
8	8	12	4
9	10	14	4
10	12	14	2

Fuente: Resultados, Escala IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

El análisis de esta categoría (ver tabla 22), está relaciona con el aumento de actitudes durante el desarrollo del programa, resaltando que algunas adultas mayores manifestaron, que a veces se sentían tristes, ya hubiese sido porque

están viviendo de manera independiente y temen que sus hijos la abandonen o no las apoyen para el cuidado de sus enfermedades.

Tabla 22. Puntaje obtenido por los adultos mayores pertenecientes a la localidad de Bosa, respecto a la dimensión de información sobre el cumplimiento del tratamiento, 2012

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN DM2			
PARTICIPANTE	PRE-TEST	POST-TEST	DIFERENCIA
1	6	8	2
2	10	10	0
3	10	12	2
4	8	12	4
5	6	10	4
6	6	12	6
7	10	10	0
8	10	10	0
9	8	12	4
10	8	12	4

Fuente: Resultados, Escala IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

Las preguntas que se evaluaron en este ítem fueron las siguientes: N°22 ¿Hace un máximo esfuerzo para controlar su diabetes? N°23 ¿Sigue una dieta para su diabetes? N°24 ¿Olvida tomar los medicamentos para controlar la diabetes? N°25 ¿Sigue las instrucciones medicas que le indican para su cuidado? En la Tabla 23 se muestra los puntos obtenidos por las adultas mayores.

La pregunta que tuvo el mayor aumento de puntos estuvo relacionada con la dieta, contrarrestando con los resultados obtenidos anteriormente, puede deducirse que el aumento de conocimientos sobre la forma de alimentarse influyo positivamente en la inclusión de prácticas dietéticas saludables.

Tabla 23. Número de puntos obtenidos por los adultos mayores en relación a las preguntas de la dimensión de cumplimiento del tratamiento en la escala IMEVID, 2012

IMEVID: DIMENSIÓN CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO				
Pregunta	22	23	24	25
PRE-TEST	26	18	34	30
POST-TEST	38	34	34	40
Diferencia	12	16	0	10

Fuente: Resultados, Escala IMEVID aplicada a adultos mayores con DM2 en la localidad de Bosa, 2012

De acuerdo a lo anterior, el estudio de Araúz muestra que de acuerdo al “cumplimiento y apego a las recomendaciones dietéticas, se presentaron cambios importantes en la alimentación. Una moderada pero continua restricción energética y cambios en la composición de la dieta pueden haber contribuido a las notables mejorías en el control glucémico, hecho de gran relevancia al reflejarse en los cambios en los niveles de HbA1c que es un indicador del buen control glucémico a largo plazo”¹¹³

7.5 DIFERENCIAS INFERENCIALES DEL PROGRAMA EDUCATIVO PARTICIPATIVO DE ACUERDO AL PRE-TEST Y POST-TEST

Con un nivel de confianza α del 0.05 para comparar las medias entre datos apareados como en este caso que corresponden a mediciones pre y pos en el mismo sujeto, se utilizó la estadística T para la diferencia de medias con $n - 1$ grado de libertad ($10 - 1 = 9$) con valor crítico de 1.833. Por tanto se rechazará la H_0 de diferencia = 0 si el valor calculado de T es mayor de 1.833

7.5.1 Conocimientos. Este tipo de variable fue medida a través del cuestionario ECODI, donde el valor observado de T fue de: 14.9482 siendo mayor que 1.833 (valor crítico) lo que permite concluir que con los datos obtenidos para el presente

¹¹³ ARAUZ, Op cit. p.4

estudio, es posible rechazar la H_0 de diferencia de medias igual a 0 y afirmar que con un nivel de confianza de 0.05 hay un incremento en cuanto a los conocimientos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 después de realizar el programa educativo participativo.

7.5.2 Actitudes. Para evaluar esta variable se utilizó el cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado, donde el valor observado de T fue de: 1.5238 siendo menor que 1.833 (Valor crítico) lo que permite evidenciar que no es posible rechazar la H_0 de diferencia de medias igual a 0. Por tanto, se puede afirmar que con un nivel de confianza de 0.05 no hay una modificación en las actitudes frente al autocuidado en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 después del desarrollo del programa educativo participativo.

7.5.3 Prácticas. Esta variable fue medida a través del cuestionario IMEVID, donde el valor observado de T fue de 9.0574 siendo mayor que 1.833, lo que quiere decir que con los datos que se obtuvieron en el estudio es posible rechazar la H_0 de diferencia de medias igual a 0 y afirmar que con un nivel de confianza de 0.05 hay una modificación en la inclusión de prácticas de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 después de realizado el programa educativo participativo.

Al respecto, el estudio realizado por González¹¹⁴ mostró inicialmente un nivel bajo de conocimientos generales sobre la DM2, nutrición y práctica de ejercicios, lo que se contrarrestó después de la intervención, donde se encontró un nivel alto para estas variables: lo que significa que la intervención educativa fue favorable y logró cumplir con el objetivo de aumentar los conocimientos en ancianos con DM2. Además, “Los resultados obtenidos en el año de seguimiento mostraron que cuando se aplica un programa educativo estructurado se incrementan, de manera general, los resultados positivos de la terapéutica y se disminuyen los factores de riesgo de complicaciones agudas y crónicas”¹¹⁵

El desarrollo de un estudio comparativo entre la educación tradicional (ET) vs la Educación participativa (EP), reveló que:

¹¹⁴ GONZALEZ, Op cit. p. 86

¹¹⁵ GONZALEZ, Op cit. p. 90

Los dos grupos al inicio de la intervención fueron estadísticamente similares ($p > 0.05$), con excepción de la calidad de vida en la que las calificaciones fueron mayores en el grupo control. En el de EP se observaron incrementos significativos en las calificaciones de conocimiento (4.05 puntos), adherencia al tratamiento (0.71 puntos) y calidad de vida (10.5 puntos), $p = 0.0001$. En el grupo de ET los cambios en las mismas variables no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$)¹¹⁶

¹¹⁶ ARCEGA, Op. cit., p. 688

8. CONCLUSIONES

La realización de este estudio para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de 10 adultos mayores con DM2 ofreció un acercamiento con respecto a la educación en temas como la alimentación y el ejercicio, permitiendo confirmar que el uso de técnicas participativas aporta de manera significativa a la hora de transmitir información.

La participación para el presente estudio fue de un 100% para el sexo femenino, con una edad promedio de 70,2 años, viudas, estrato socioeconómico dos, algunas viven en compañía de familiares y amigos, un nivel de escolaridad primaria en su mayoría y con un tiempo diagnóstico o de manejo de la DM2 de 3,5 años.

La elaboración de este trabajo permitió observar que la situación actual en la que existen muy pocos programas educativos, deben verse como una prioridad para la reducción y prevención de complicaciones. La implementación de otra herramienta educativa en este caso la participativa, debe verse como una base y ejemplo para la elaboración de contenidos educativos en la prevención y manejo de la diabetes y otras enfermedades de tipo crónico que afectan nuestra población. El uso de técnicas participativas mejoró la transmisión de la información que se le brindó al adulto mayor, favoreciendo de esta manera la inclusión de prácticas saludables, así como también la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no y un aumento de la relación entre el adulto mayor y la enfermera.

De acuerdo con los objetivos planteados, el nivel de conocimientos sí aumentó de manera significativa tras la realización del programa educativo participativo respecto al manejo no farmacológico de la DM2. La mediana de respuestas correctas para este tipo de tratamiento respecto a la dieta: 2,5 a 6 preguntas acertadas en el pre-test y post-test respectivamente, en cuanto al ejercicio fue 1 a 3,5 preguntas acertadas en el pre y pos de la intervención.

En relación a las actitudes, no se logró modificar de manera significativa frente a la alimentación y el ejercicio. Si bien, el nivel de conocimientos aumentó de manera significativa, permitiendo sin duda la inclusión de prácticas de dietarías y la realización de actividad física. A pesar de que la actitud de las participantes no tuvo una diferencia mayor con respecto a la medición basal, no tuvo una influencia negativa en los resultados del post-test con respecto a los cuestionarios ECODI e

IMEVID, pero si debe verse como un factor para no adoptar cambios que le permitan al adulto mayor cuidarse frente a la enfermedad. Es importante resaltar que los adultos mayores saben que la actividad física es beneficiosa, pero que muchas veces no la realizan por miedo a empeorar su condición o porque no conocen la variedad de ejercicios que pueden practicar y los beneficios que traen consigo.

Para enfermería, el abordaje de estos temas debe prescindir sin duda de una buena capacitación, del conocimiento y abordaje de la enfermedad, no quedándose con los elementos básicos recibidos durante un pregrado, la actualización y la formación para intervenir al paciente con diabetes debe estar presente, y continúa. Estrategias como la de la FID, con la creación del programa de estudio internacional para la educación del profesional de salud en diabetes o a nivel nacional los cursos de formación como educadores en diabetes que ofrece la Asociación Colombiana de Diabetes, son herramientas que apoyan la labor para el desempeño profesional y más cuando en el día a día se trabaja en pro de la salud.

9. RECOMENDACIONES

Se considera la realización de este tipo de estudios en un tiempo más prolongado y con un grupo control para evaluar la implementación de la educación participativa, frente a la educación magistral en esta población, con el fin de mostrar si su uso debe ser parte de los nuevos programas de enfermedades crónicas que se llevan a cabo.

Para este año se creó el primer observatorio de la diabetes en Colombia, un modelo italiano, con la finalidad de que “los pacientes con diabetes de nuestro país se van a beneficiar de diferentes maneras, la primera de ellas es que van a tener unos aseguradores que esperamos adopten mejores modelos de atención y de esa manera le garanticen a ellos que la atención que reciban es la óptima”¹¹⁷ Situación favorable porque sería la oportunidad de mostrar cómo este tipo de programas puede aumentar las garantías ofrecidas por este observatorio a miles de colombianos que hoy por hoy padecen de DM.

En cuanto a la realización de este tipo de programas por parte del profesional de enfermería, se podría evaluar la implementación de programas de forma interdisciplinar: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas etc.

Respecto a la actitud, se hace necesario abordar las conductas de los participantes acerca de los mitos, que debe conocer, evitar y vencer, ya que permitiría una mejor adherencia a los tratamientos dados por el personal de salud, favoreciendo un mejor autocontrol y la prevención a futuro de consecuencias para su vida.

¹¹⁷ BEDOYA, Ximena. Un observatorio para los pacientes de diabetes. En: Noticias CMI. 13 de Noviembre de 2012. <http://www.cmi.com/?n=92656>.

10. LIMITACIONES

El tiempo para el desarrollo de cada una de las sesiones fue muy poco, debido a que muchas veces las participantes tenían muchas experiencias y opiniones que compartir.

Es necesario resaltar que existe escasez de artículos publicados en la literatura nacional para la realización del análisis comparativo de los datos obtenidos, con el fin de mostrar la realidad y la efectividad frente a otros programas educativos participativos, basados en la alimentación y ejercicio como tratamiento no farmacológico para controlar la diabetes mellitus tipo 2.

11. BIBLIOGRAFIA

1. ACHURY, Diana; RODRÍGUEZ, Sandra Mónica y SEPÚLVEDA, Gloria. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. En: Investigación en Enfermería Bogotá (Colombia), Vol. 11 (2): 9-25, julio-diciembre de 2009. Consultado en Septiembre de 2012
2. ADN. Lanzaron El Primer Observatorio Contra Esta Enfermedad En El País. En: Diario ADN. 13 Nov. 2012. (en línea): <http://diarioadn.co/vida/salud/observatorio-contra-la-diabetes-1.32821>
3. AGENCIA DE RECURSOS VERDES DEL JAPON. Manual de técnicas participativas. Sucre, Bolivia. (en línea) <http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>. Consultado en agosto de 2011.
4. ALBARRÁN GÓMEZ Teresa et al. Costo-efectividad de un programa educativo de diabetes tipo II. México. Rev. Enferm IMSS 1999; 7 (3): 147-150. (en línea) <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/C079A6DA-BF10-491A-84B184CCF2B97EE/0/19993b3.pdf>. Consultado en agosto de 2011.
5. ALDANA PADILLA, Deysi, DÍAZ DÍAZ, Oscar, SUÁREZ PÉREZ, Rolando; SUÁREZ PÉREZ, Rosario. Resultados de la Educación en Diabetes de Proveedores de Salud y Pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Instituto Nacional de Endocrinología. En: Rev. Cubana Endocrinología. 2000.
6. ALVARA Estela et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: México. 2012. Rev. Esp Méd Quir 2012; 17(2):94-99.
7. ÁLVAREZ Héctor, FIGUEREDO Dulce y MATEO Arelvys. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. En: Rev. Cubana Angiol y Cir Vasc 2000; 1(1):80 (En línea) http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang17100.htm. Consultado en noviembre de 2012

8. ANDERSON, Robert et al. A comparison of the diabetes-related attitudes of health care professionals and patients. *Patient Educ Counseling* 1993 Jun.; Vol. 21(1-2):41-50. (en línea) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0738399193900585>. Consultado en noviembre de 2012.

9. ANDINA: Agencia Peruana de Noticias. Mujeres postergan autocuidado al dedicar más tiempo que varones a hijos y ancianos (En línea): <http://www.andina.com.pe/espanol/noticia-mujeres-postergan-autocuidado-al-dedicar-mas-tiempo-varones-a-hijos-y-ancianos-403113.aspx>. Consultado en Noviembre de 2012.

10. ANIORTE Nicanor. Teoría y método de enfermería. (en línea) http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm

11. ARÁUZ, Ana et al. Metodología para evaluar la adherencia a la dieta en diabetes mellitus no insulino dependiente. En: *Rev. Costarricense de ciencia médicas* Vol.18 n.4 San José dic. 1997

12. ARCEGA DOMÍNGUEZ Arturo y CELADA RAMÍREZ, Nora. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional. En: *Rev. Med Inst. Mex Seguro Social, México*. Vol. 46, N° 6, 2008, p 685-690; (en línea) http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A214.pdf. Consultado en abril de 2011

13. ARIZA, Raúl. Et al. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes diabéticos tipo 2 En: *Rev. Salud Pub Méx* 2003 Vol. 45 N° 4. (en línea) <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001478>. Consultado en noviembre de 2012.

14. ARNAO, Jorge. Técnicas orientadas al desarrollo del liderazgo y las habilidades sociales dirigidas a la prevención de drogas. Lima, Perú. Pág. 31(en línea) <http://es.scribd.com/doc/49769913/6/LA-EDUCACION->

- PARTICIPATIVA-EL-ENFOQUE-DE-FREIRE#page=31. Consultado en agosto de 2011.
15. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo II. [en línea] <http://www.fenadiabetes.org.ve/docs/guia.pdf>. Consultado en abril de 2011.
 16. BACA et al. Nivel De Conocimientos Del Diabético Sobre Su Auto Cuidado En: Rev. Enfermería Global. Vol. 7, Núm. 2 (2008) (En línea) <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691/14171>. Consultado en Noviembre de 2012
 17. BEDOYA, Ximena. Un observatorio para los pacientes de diabetes. En: Noticias CMI. 13 de Noviembre de 2012. <http://www.cmi.com.co/?n=92656>.
 18. BUCKLEY Catherine et al. An analysis of the existing resources in relation to education and treatment of diabetes in four European countries: Estonia, Finland, Ireland, and Lithuania. En: Rev., Applied Nursing Research. 2011 May; 24(2):118-23.
 19. BUENO et al. Estudio de una escala de educación diabetológica en atención primaria. En: Rev. Aten Primaria. 1993; 11:344-9.
 20. CALDERÓN MONTERO, Alberto. Epidemiología, genética y mecanismos patogénicos de la diabetes mellitus. En: Revista Española de Cardiología Supl. 2007;7:3H-11H
 21. CAPORALLE JE et al. The diabetes related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. En: Rev. Panamá Salud Publica 2007 Nov.; Vol. 22(5): p 304-7 http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007001000002&script=sci_arttext. Consultado en noviembre de 2012.
 22. CINTIA Brenda, GONZÁLEZ Juárez, ROMERO Medel. Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. (En línea) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100004&script=sci_arttext. Consultado en abril de 2011.

23. CISNEROS Fanny. Teorías y modelos de enfermería. (en línea) <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
24. CLARKE, Inés. Efecto De Una Propuesta Didáctica En El Conocimiento, Actitudes Y Prácticas De Un Grupo De Personas Adultas Mayores Diabéticas. En: Anales en Gerontología, Núm. 5 / 19-38, 2005 (En línea) <http://www.vinv.ucr.ac.cr/latindex/gerontologia5/02-clarke.pdf>. Consultado en septiembre de 2012.
25. COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 De 1993. (En línea): http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf. Consultada en septiembre de 2011.
26. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud 2007. [en línea] <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9094.PDF> Consultado en Marzo de 2011.
27. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud 2007. [En línea] <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9094.PDF>. Consultado en Marzo de 2011.
28. COLOMBIA. SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá defunciones, Bogotá por localidad de ocurrencia según lista de 10 principales causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS. 2007
29. COLOMBIA. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Propuesta para la Vigilancia de personas con condiciones crónicas en el Distrito Capital. (En línea) <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Cronicas/Propuesta%20de%20Vigilancia%20de%20Enfermedades%20Cr%C3%B3nicas.pdf>. Consultado noviembre de 2012.

30. COMITE DE EDUCACION, DOTA. Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América. Revista Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(5), 2001. (en línea) <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/v10n5-Normas.pdf>. Consultado en agosto de 2011.
31. CORBACHO A K, PALACIOS G N, y VAIZ B R. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. En: Revista de enfermería herediana ene.-jun. 2009; Vol. 2(1):p.26-31.
32. D CHYUN, M. Grey LANCEY D, KIMBERLY. Una revisión integradora de la literatura de gestión de riesgos en las intervenciones cardíacas factor de educación en diabetes. Diabetes Educ 2000; 26 (5):812-82. Citado por: Silva et al. Autocontrol de la Diabetes Educación en Auckland del Sur, Nueva Zelanda, 2007-2008. Nueva Zelanda, 2007-2008. Prev Chronic Dis 2011; [en línea] http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/mar/09_0207.htm . Consultado abril de 2011.
33. DAGUANO Ogrizio, MIYAR OTERO, Liudmila y ZANETTI, María Lucia;. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil. 2004.
34. DI MONZIO, Debora. Aprendizaje motor en adultos mayores. En: Revista Educación física y deporte • Universidad de Antioquia. (En línea) <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/article/viewFile/310/236>. Consultado en noviembre de 2012.
35. DICCIONARIO DE ACCION HUMANITARIA Y COOPERACION CON EL DESARROLLO. Investigación-acción participativa. España. (en línea) <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>
36. DISCOVER EDUCATION. La Definición De Educación: « Los Años Maravillosos De La Enseñanza Encontrarnos Con Nuestra Verdadera Vocación » (en línea)

<http://www.discovereducation.org/index.php/uncategorized/la-definicion-de-educacion/>. Consultado Septiembre de 2012.

37. DOMINGUEZ, María. Equidad de Género en la educación ¿Qué hemos logrado las mujeres Colombianas) Bogotá, 2005, en línea: http://www.semana.com/documents/Doc-1759_2008924.pdf. Consultado en noviembre de 2011.
38. DURÁN Adriana, GONZÁLEZ Angélica, MÁXIMO Juan, URIBE, Ana y VALDERRAMA Laura. Enfermedad crónica en adultos mayores. En: Revista Medicina Bogotá. N° 51 (1). (Ene-mar 2010); p: 16-28. [En línea: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>]. Consultado en Octubre de 2012.
39. EGEDE, Leonard y OSBORN, Chandra Y. Role of Motivation in the Relationship between Depression, Self-Care, and Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3085853/?tool=pubmed>. Consultado en agosto de 2011.
40. EXPO-CUMBRE MUNDIAL. Diabetes. [en línea] http://www.expocumbremundial.com.mx/edit_Diabetes.html. Consultado en abril de 2011.
41. FEDERACION INTERNACIONAL DE LA DIABETES. Atlas. [en línea] <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>
42. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA DIABETES. Autocontrol de la glucemia en la diabetes de tipo 2 sin tratamiento con insulina
43. FERNÁNDEZ, Samuel. La efectividad de los programas sociales. Enfoques y técnicas de la Evaluación de Procesos. En: Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Vol. 16, núm. 3, 2000, pp.259-276. [En línea] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2313/231317662002.pdf>. Consultado en septiembre de 2012.

44. FERNÁNDEZ Alba y MANRIQUE Gustavo. Agencia De Autocuidado. En: Rev. Salud historia, sanidad,; On line. 2009. Vol. 4 N° 1. (En línea) <http://virtual.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs/article/viewFile/82/67>
45. FLETCHER Robert, SUZANNE Fletcher, WAGNER Edward H. Epidemiología Clínica. Elsevier España, 2da edición. (en línea) http://books.google.com.co/books?id=P6yBersrJw8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Consultado en septiembre de 2011
46. FRIGUA MONTERO, Daniela. Características del proceso de comunicación equipo de salud- adulto mayor con de hipertensión arterial. programa de enfermedades crónicas no transmisibles. Institución primer nivel de atención. Bogotá, abril 2010. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería, departamento de salud colectiva.
47. GARCÍA, Dinora. Educative intervention to elevate the level of knowledge in elderly with diabetes mellitus from No. 18 Medical Office of North Area in Ciego de Avila. En: Rev. Mediciego 2011; 17(Supl. 2). (En línea) http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl2_%202011/pdf/T5.pdf. Consultado en noviembre de 2012.
48. GARCIA, Rosario, SUAREZ, Rolando. Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulino dependientes (PEDNI-LA). Cuba. 2001. Instituto Nacional de Endocrinología.. Rev. Cubana Endocrinol 2001:12(2): pág. 82-92.
49. GIRALDO et al. La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables. En: Hacia promoción de Salud v.15 n.1 Manizales ene./jun. 2010. (En línea) http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012175772010000100010&lng=es&nrm=. Consultado en abril de 2011.
50. GOMEZ Ernesto. Apollinaire Bouchardat. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología En línea http://www.endocrinologia.org.mx/smne/medicos/sabias_que_medicos/750.php. Consultado en agosto de 2011.

51. GONZÁLEZ Gladys, HERNÁNDEZ Ezequiel, RAMÍREZ Ángela y SANTANA Caridad. Intervención educativa sobre dieta y ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus en Guatemala. Disponible en línea: <http://www.efdeportes.com/efd168/pacientes-con-diabetes-mellitus-en-guatemala.htm> EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires - Año 17 - N° 168 - Mayo de 2012. Consultado en noviembre de 2012.
52. HEREDIA GALÁN María. ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? En: Rev. ROL Enfermería 2004; 27(1): 52-54.
53. KEDA, Daisaku: La universidad del siglo XXI, cuna de ciudadanos del mundo, Seikyo Shimbun, 26 de mayo de 2005. Mensaje enviado para la primera ceremonia de graduación de la Universidad Soka de los Estados Unidos, celebrado el 22 de mayo de 2005.
54. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes Atlas. The Global Burden. (En línea): <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>. Consultado Agosto de 2012
55. ISHIKAWA Hirono y YANO Eiji. The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. Tokyo: Department of Health Communication, School of Public Health, the University of Tokyo. 2010
56. JIMÉNEZ Barbero et al. Borderline personality disorder: dialectic philosophy as a base for nurse-patient interaction. (En línea) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300024&script=sci_arttext&tlng=es, Consultado en agosto de 2011.
57. JIMENEZ Rosa. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(1) (en línea): http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000100004&lng=es&nrm=iso Consultado en Marzo de 2012

58. LAHSEN Rodolfo. REYES Soledad. Enfoque Nutricional En La Diabetes Mellitus Nutritional Approach In Diabetes Mellitus. Tomado de: American Diabetes Association. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes – 2009. Diabetes Care 2009; 32: S13-S61.
59. Lanzaron El Primer Observatorio Contra Esta Enfermedad En El País. En: Diario ADN. 13 NOV 2012. (En línea): <http://diarioadn.co/vida/salud/observatorio-contra-la-diabetes-1.32821>. Consultado en noviembre de 2012
60. LARA. María Evaluación clínica en Psiquiatría. Programa De Actualización Continua En Psiquiatría. Libro 3. ISBN 970-655-597-8 Edición comple. Intersistemas, S.A. de C.V. Aguiar y Serijas 75 Lomas de Chapultepec 11000, México.
61. LAZA Celmira y SÁNCHEZ, Guillermo. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Colombia. Rev. Enferm. glob. vol.11 no.26 Murcia abr. 2012. (En línea) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000200025&script=sci_arttext&tlng=en
62. LIUDMILA, Millar . Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. Rev. Latino-am Enfermagem 2003 noviembre-diciembre; 11(6):713-9.
63. MÁRQUEZ CRESPO Enrique, Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. En: revista de enfermería v.18 n.4 Granada oct.-dic. 2009
64. MARTÍNEZ Andrés y RÍOS Francly. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Chile. Disponible en línea: <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/25/martinez.htm>. Consultado en noviembre de 2012.

65. MARTÍNEZ JIMÉNEZ, Sergio, et al. Impacto de una estrategia educativa participativa. El estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II. En: Ethos educativo, México. Vol. 42, p 187-196; (en línea): <http://www.imced.edu.mx/Ethos/Archivo/42/42-187.pdf>. Consultado en abril de 2011.
66. MARTÍNEZ JIMÉNEZ, Sergio. et al.. Impacto de una estrategia educativa participativa. El estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II. En: Ethos educativo, México. Vol. 42, p 187-196; (en línea): <http://www.imced.edu.mx/Ethos/Archivo/42/42-187.pdf>. Consultado en abril de 2011.
67. MESA Carmen y SÁNCHEZ Sebastián. Construcción De Escalas Para La Evaluación De Actitudes (en línea): <http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>. Consultado en noviembre de 2012.
68. MIRANDA, Taimi. Intervención educativa sobre el conocimiento de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 (en línea) <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4706/1/Intervencion-educativa-sobre-el-conocimiento-de-la-diabetes-mellitus-en-pacientes-diabeticos-tipo-2.html>. Consultado en noviembre de 2012
69. MOLINA Manuel. Educación popular, una verdadera gestión educativa para las comunidades. (en línea) http://www.uls.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=81:educacion-popular-una-verdadera-gestion-educativa-para-las-comunidades&catid=37:educacion&Itemid=65. Consultado en agosto de 2011.
70. NÚÑEZ Carlos. Educación popular: una mirada de conjunto Instituto Tecnológico Y De Estudios Superiores De Occidente Guadalajara, México. (en línea) <http://www.educarecuador.ec/upload/Educacion%20popular.pdf>
71. NUTBEAM, Don. Alfabetización para la salud como un objetivo de salud pública: un reto para la educación sanitaria actual y estrategias de comunicación en el siglo 21, En: Rev. Salud promo Int. 15 (2000), p 259-267

72. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). La Diabetes en las Américas En: Boletín Epidemiológico. Vol. 22 No. 2, junio 2001. [En línea] http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm. Consultado marzo 2011.
73. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa: OMS, 1986.
74. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Definición de Diabetes. [en línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>. Consultado en abril de 2011
75. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril 2001. (En Línea) <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>
76. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfiles de País. Enfermedades no transmisibles. [En línea: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17855&Itemid=999999. Consultado en Octubre de 2012.
77. ORTIZ, Manuel y ORTIZ Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. En: Rev. Méd Chile 2007; 135: 647-652. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014&script=sci_arttext. Consultado en agosto de 2011.
78. PÉREZ, Mónica. La alimentación de los ancianos diabético. En: Rev. Offmarn Vol. 23, N° 01 p. 80 – 86 (En línea) http://www.fundaciondiabetes.org/documentos/alimentacion_ancianos/alimentacion_ancianos.htm. Consultado en Noviembre de 2012
79. PROFAMILIA. Adultos mayores. (en línea) <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf> Consultado en noviembre de 2012.

80. RAMÍREZ Jesús. Profundización Cuidado De Enfermería Al Adulto Mayor. Seminario: "Situación Actual De La Personas Adultas Mayores En Colombia, Legislación Y Programas De Atención Al Adulto mayor.
81. RAMÍREZ María, BAUTISTA Luz. Relación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad potencial para auto cuidarse de los adultos con enfermedad diabética. En: Revista de Enfermería. Disponible en línea: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeriavol110208/Traborgrelaciondelosfactoresbasicoscondicionantesdelautocuidado.htm>
82. REDACCIONES ESPECIALES. Diabéticos Serían 435 Millones En 2030. En el marco del Día Mundial de la Diabetes. En: El Espectador. Bogotá 13 Nov. 2009 - 9:00 pm. [En línea] <http://www.elespectador.com/publicaciones/especial/articulo172085-diabeticos-serian-435-millones-2030>
83. RODRIGUEZ, Flavia et al. Conocimiento Y Actitudes: Componentes Para La Educación En Diabetes En: Rev. Latino-am Enfermagem 2009 julio-agosto; Vol17 (4) (En línea) www.eerp.usp.br/rlae . consultado en noviembre de 2012.
84. SALLERAS S. Educación sanitaria, Principios, métodos y aplicaciones. 1ª edición. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A, 1990; 100-104.
85. SOMOS PACIENTES. Los Fumadores Pasivos También Tienen Mayores Probabilidades De Desarrollar Diabetes Tipo 2. En: Somos Pacientes. 12 abr., 2012 (en línea) <http://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/los-fumadores-pasivos-tambien-tienen-mayores-probabilidades-de-desarrollar-diabetes-tipo-2/>. Consultado en noviembre de 2012.
86. TELLO, Marilú. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De Las Medidas Preventivas De La Diabetes Mellitus Tipo 2 En Los Trabajadores Mayores De 35 Años De Los Centros De Aplicación. Productos. (En línea) <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/109/CSS16Articulo.pdf?sequence=1>. Consultado en noviembre de 2012.

87. TORRENTE Ramón. Evaluación de la efectividad una actividad educativa grupal sobre cuidados del pie diabético. Disponible en línea http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/171793/TR_TorrenteJimenez.pdf?sequence=1. Consultado en noviembre 2012
88. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Seminario Metodología de la Investigación. (En línea) http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/IDEA/2007219/lecciones/cap_2/sub5.html. Consultado en noviembre de 2012.
89. URIARTE S. et. Al. Conocimiento de enfermería en el cuidado de pacientes diabéticos antes y después de una intervención educativa. En: Rev. Enfermería Global. Vol. 6, N° 11. (En línea) <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/349>. Consultado en noviembre de 2012.
90. VINIEGRA Leonardo. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. México. En: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005. (En línea): <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im061g.pdf>. Consultado en septiembre de 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

TEST MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION (MMSE) DE FOLSTEIN ET AL. (1975), LOBO ET AL. (1979)		
Nombre: _____	Sexo: Masculino__ Femenino__	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Ocupación: _____

ITEM	PUNTAJE	EVALUA	RES.
¿En qué año estamos? ¿En qué estación? ¿En qué día (fecha)? ¿En qué mes? ¿En qué día de la semana?	0-1 0-1 0-1 0-1 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? ¿En qué ciudad)? ¿En qué departamento estamos? ¿En qué país?	0-1 0-1 0-1 0-1 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Balón- Bandera-Árbol, a razón de 1 por segundo. <i>Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</i>	Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesos y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones.	30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1	ATENCIÓN CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.	Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1	RECUERDO diferido (Máx.3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.	Lápiz 0-1 Reloj 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero"	0-1		
ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coga un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con mano : 1 Dobra por mitad: 1 pone en suelo :1	0-3		
LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos".	0-1		
ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)	0-1		
COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersecados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la Intersección.	0-1		

PUNTAJE DE REFERENCIA	
27 ó más	Normal
24 ó menos	Sospecha patológica
12-24	Deterioro
09-12	Demencia

ANEXO 2

ABC FISICO: ESCALA DE BARTHEL		
Nombre: _____	Sexo: Masculino__ Femenino__	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Ocupación: _____

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
COMER	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
LAVARSE	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
VESTIRSE	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
ARREGLARSE	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
DEPOSICIONES (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
MICCIÓN (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
TRASLADARSE	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
DEAMBULAR	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
ESCALONES	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO 3

ECODI: ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES MELLITUS

Nombre: _____		Sexo: Masculino__ Femenino__	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Ocupación: _____	

Este cuestionario está diseñado para conocer los estilos de vida y conocimientos que tiene sobre de la diabetes mellitus tipo 2. La facilitadora leerá las preguntas y las posibles opciones de respuesta y usted deberá escoger la que considere pertinente.

1. La insulina es:

- a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar en la sangre.
- b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
- c) Una sustancia que segregamos en el organismo para regular el azúcar en la sangre.
- d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar en sangre son:

- a) 30-180.
- b) 70-140.
- c) 120-170.
- d) No sabe/no contesta.

3. Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito..., ¿qué cree que le ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por:

- a) Demasiada insulina.
- b) Demasiada comida.
- c) Demasiado ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones ¿Qué cree que le ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:

- a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
- c) Poco ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

7. ¿Cuántas comidas al día debe tener un diabético?

- a) Tres: desayuno, comida y cena.
- b) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- c) Comer siempre que tenga hambre.
- d) No sabe/no contesta.

8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y pasabocas
- c) Legumbres (p. ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. ej.: macarrones).
- d) No sabe/no contesta.

9. ¿De cuál de estos alimentos puede comer pero no debe abusar el diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y pasabocas.
- c) Legumbres y pastas alimenticias.
- d) No sabe/no contesta.

10. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:

- a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
- b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
- c) No satisfacer el apetito.
- d) No sabe/no contesta.

11. Una buena fuente de fibra es:

- a) Carne.
- b) Verdura.
- c) Yogurt.
- d) No sabe/no contesta.

12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben:

- a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Seguir bien la dieta.
- c) Inyectarse insulina.
- d) No sabe/no contesta.

13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?

- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
- b) El peso apropiado favorece la estética
- c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
- d) No sabe/no contesta.

14. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted:

- a) Está prohibida.
- b) Es beneficiosa.
- c) No tiene importancia.
- d) No sabe/no contesta.

15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?

- a) Los fines de semana o cuando tenga tiempo
- b) Todos los días, de forma regular, tras una comida.
- c) Sólo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
- d) No sabe/no contesta.

16. Con el ejercicio físico:

- a) Sube el azúcar en sangre.
- b) Baja el azúcar en sangre.
- c) No modifica el azúcar en sangre.
- d) No sabe/no contesta.

17. El ejercicio es importante en la diabetes porque:

- a) Fortalece la musculatura.
- b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
- c) Disminuye el efecto de la insulina.
- d) No sabe/no contesta.

18. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:

- a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
- b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
- c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
- d) No sabe/no contesta.

19. ¿Cada cuánto tiempo debe lavarse los pies?

- a) Una vez al día.
- b) Cuando se bañe o duche.

- c) Cuando le suden o huelan.
- d) No sabe/no contesta.

20. ¿Cada cuánto tiempo debe revisarse sus pies, mirándose la planta y entre sus dedos?

- a) Todos los días.
- b) Una vez a la semana.
- c) Cuando se acuerde.
- d) No sabe/no contesta.

21. ¿Qué debe hacer si le aparece un callo o lesión en el pie?

- a) Ir a la farmacia a comprar algún producto que lo cure.
- b) Consultarlo con su médico o enfermera.
- c) Curarlo con lo que tenga por casa.
- d) No sabe/no contesta.

22. ¿Por qué es tan importante para un buen control de la diabetes tener su boca en buen estado y hacerse revisiones periódicas al dentista?

- a) Para evitar infecciones que pueden ser causa de un mal control del azúcar
- b) Para masticar mejor los alimentos y hacer mejor la digestión.
- c) Para evitar el mal aliento.
- d) No sabe/no contesta.

23. Lo más importante en el control de la diabetes es:

- a) No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
- b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
- c) Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
- d) No sabe/no contesta.

24. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando:

- a) El Azúcar sanguíneo es demasiado bajo.
- b) El azúcar sanguíneo es demasiado alto.
- c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
- d) No sabe/no contesta.

25. ¿Por qué es tan importante tomar glucometría?

- a) Porque sabrá el azúcar que tiene en sangre en ese momento.
- b) Porque es más fácil que en la orina.
- c) Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día.
- d) No sabe/no contesta.

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE ACTITUD FRENTE AL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

Nombre: _____

Sexo: Masculino__ Femenino__

Este cuestionario está diseñado con el fin de identificar la actitud que usted tiene frente el autocuidado de su enfermedad. La facilitadora leerá los enunciados y usted debe escoger la opción que sea pertinente

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme	1	2	3	4	5
Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado	1	2	3	4	5
Invierto tiempo en mi propio cuidado	1	2	3	4	5
Considero importante realizar ejercicio	1	2	3	4	5
Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad	1	2	3	4	5
Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar diabetes	1	2	3	4	5
Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de la salud me proporcione información necesaria de la correcta administración	1	2	3	4	5
Considero la cantidad de azúcar adecuada para a preparación y consumo de alimentos	1	2	3	4	5
Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas	1	2	3	4	5
Considero que el profesional de la salud me escucha y aclara mis inquietudes	1	2	3	4	5
Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad	1	2	3	4	5
Camino diariamente como mínimo 30 minutos	1	2	3	4	5
Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad	1	2	3	4	5
Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado	1	2	3	4	5
Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia	1	2	3	4	5
Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas	1	2	3	4	5
Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual	1	2	3	4	5

ANEXO 5

IMEVID: ESTILOS DE VIDA

Nombre: _____		Sexo: Masculino__ Femenino__	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Ocupación: _____	

Este cuestionario está diseñado para conocer los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2. La facilitadora leerá las preguntas y las posibles opciones de respuesta y usted deberá escoger la que considere que refleje de su estilo de vida en las últimas seis semanas.

ITEM	4	2	0	PUNTAJE
¿Con Que Frecuencia Come Verduras?	Todos Los Días	Algunos Días	Casi Nunca	
¿Con Que Frecuencia Come Frutas?	Todos Los Días	Algunos Días	Casi Nunca	
¿Cuántos Panes Se Come Al Día?	0 A 1	2	3 O Mas	
¿Cuántas Tortillas Come Al Día?	0 A 3	4 A 6	7 O Mas	
¿Agrega Azúcar A Sus Alimentos O Bebidas?	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	
¿Agrega Sal A Los Alimentos Que Consume?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
¿Come Alimentos Entre Comidas?	Frecuentemente	Algunas Veces	Casi Nunca	
¿Come Alimentos Fuera De Casa?	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	
¿Cuándo Termina De Comer La Cantidad Servida, Usualmente Pide Mas?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
¿Con Que Frecuencia Hace Al menos 15 Minutos De Ejercicio? (Caminar, Correr U Otro)	3 O Más Veces Por Semana	1 A 2 Veces Por Semana	Casi Nunca	
¿Se Mantiene Ocupado Fuera De Sus Actividades De Trabajo?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
¿Qué Hace Con Mayor Frecuencia En Sus Tiempo Libre?	Salir De Casa	Trabajos En Casa	Ver Televisión	
¿Fuma?	No Fuma	Algunas Veces	Fuma A Diario	
¿Cuántos Cigarrillos Fuma Al Día?	Ninguno	1 A 5	6 O Mas	
¿Bebe Alcohol?	Nunca	Rara Vez	Una Vez Por Semana	
¿Cuántas Bebidas Alcohólicas Toma En Una Reunión?	Ninguna	1 A 2	3 O Mas	
¿A Cuántas Pláticas Para Personas Con Diabetes Ha Asistido?	4 O Mas	1 A 3	Ninguna	
¿Trata De Obtener Información Sobre La Diabetes?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
¿Se Enoja Con Facilidad?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
¿Se Siente Triste?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
¿Tiene Pensamientos Pesimista Sobre Su Futuro?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
¿Hace un máximo esfuerzo para controlar su diabetes?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
¿Sigue una dieta para su diabetes?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
¿Olvida tomar los medicamentos para controlar la diabetes?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
¿Sigue las instrucciones medicas que le indican para su cuidado?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	

PUNTAJE	
BUEN ESTILO DE VIDA	(75-100 PTS.)
INADECUADO ESTILO DE VIDA	

ANEXO 6

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA		FACULTAD DE ENFERMERIA	
TITULO: EFECTIVIDAD DE UNA PROPUESTA EDUCATIVA PARTICIPATIVA BASADO EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO, EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UNA LOCALIDAD EN BOGOTA			

- I. **INTRODUCCION:** Usted ha sido invitado a participar de este estudio; hecho como ejercicio académico para la asignatura de trabajo de grado. Antes de que usted decida hacerse participe de este estudio, por favor, lea este consentimiento informado cuidadosamente. Puede realizar todas las preguntas pertinentes para resolver dudas acerca del proceso del estudio, incluyendo los riesgos y sus beneficios.
- II. **OBJETIVO DEL ESTUDIO:** ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa participativa en términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y ejercicio de un grupo de adultos mayores con diabetes Mellitus tipo II en una localidad de Bogotá?
- III. **PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:** Se espera una participación 10 adultos mayores voluntarios con Diabetes Mellitus tipo II; ubicados en la Localidad de Bosa.
- IV. **PROCEDIMIENTOS:** Se realizará una intervención educativa participativa, a través de un programa que consta de seis sesiones. Se implementarán test y cuestionarios para recolectar la información y analizarla posteriormente al finalizar el programa.
- V. **RIESGOS O INCOMODIDADES:** Puede presentarse incomodidad, por parte del participante y/o encuestado, acerca de las preguntas realizadas dentro de la investigación y las encuestas. Si usted decide abandonar la realización de esta investigación, su retiro es absolutamente voluntario, no se aplicará ninguna sanción.
- VI. **INCENTIVOS PARA EL PARTICIPANTE:** A usted no se le pagara nada por hacer parte de este estudio.
- VII. **PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** Si usted elige hacer parte de la investigación; y diligenciar las distintas encuestas, tendrá derecho a una absoluta confidencialidad y privacidad, se conservara en total anonimato la información prestada para la investigación y las respuestas dadas en los cuestionarios, para respetar su integridad emocional y personal.
- VIII. **COMPENSACION EN CASO DE DAÑO:** En caso de detectar algún grado de irrespeto o vulneración a sus derechos, usted recibirá asesoría psicológica por parte de personal especializado de la Empresa Social del Estado de II Nivel.
- IX. **PREGUNTAS:** Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o su participación en el mismo, puede contactar a:

JULLIANY SUA

3203450863-3187639828

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus dudas.

CONSENTIMIENTO:

He leído con atención la información consignada dentro de este consentimiento. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas. Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información para los propósitos únicamente académicos, sin identificar nombres.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Firma del Familiar o cuidador responsable

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

2012

TOMANDO EL CONTROL DE MI DIABETES: Cuidados en la alimentación y el ejercicio físico

**GUIA PRÁCTICA PARA EL MANEJO DE LA
DIABETES TIPO II EN ADULTOS MAYORES.**

PROGRAMA DIRIGIDO A POBLACION ADULTA MAYOR CON EL ENFOQUE DE
EDUCACION PARTICIPATIVA PARA EL MANEJO Y ADHERENCIA A LA DIABETES
MELIITUS TIPO II



LESSDY JULLIANY SUA
ESTUDIANTE DE ENFERMERIA



METODOLOGIA

El programa: “Tomando el control de mi diabetes” Cuidados en la alimentación y el ejercicio físico; tiene como objetivo principal el trabajo con el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II, enfocado hacia la educación participativa del manejo y adherencia al tratamiento no farmacológico, dieta y ejercicio, de la enfermedad.

Este programa estará dirigido por un profesional de la salud, quien será responsable de las actividades a realizar; en ellas participaran 10 adultos mayores los cuales han sido caracterizados previamente y quienes habrán elegido pertenecer a este programa voluntariamente.

Se impartirán 6 sesiones; una cada 8 días, las cuales anteriormente han sido preparadas (se explicarán a continuación cada una específicamente). Dentro de estas sesiones, que durarán aproximadamente 2 horas y media, se trabajarán temas de interés que resalten siempre la necesidad de que el adulto y interactúen durante el proceso de aprendizaje, teniendo en cuenta tres aspectos: Información, la motivación y las habilidades conductuales.

Se llevarán a cabo diferentes cuestionarios y test de conocimientos para el análisis de los aspectos mencionados anteriormente ; con el fin de tener bases acerca del nivel que debe trabajarse con cada paciente, y actividades participativas relacionadas con ítems relevantes preparados con anterioridad; los temas a tratar en las sesiones serán:

#	TEMA	LEMA
1	Acuerdos Y Presentación Del Programa	Prendiendo Motores
2	Describir la diabetes y la importancia de la alimentación	Alimentándome para un mejor manejo de mi diabetes
3	Influencia del ejercicio físico en la Salud del paciente diabético	Ejercitando mi cuerpo y mi mente
4	Conociendo las consecuencias de mi enfermedad.	¿Qué puede pasar?
5	El apoyo de mis medicamentos	Cada día más sano y feliz
6	Repaso de lo aprendido durante el programa	Reflexionando porque no es un adiós... es sólo un hasta pronto.

La metodología se llevará a cabo de forma sencilla y comprensible para el adulto, la reunión

se hará en el lugar y con los grupos definidos de adultos participantes; los materiales serán brindados en su mayoría por quienes desarrollan el programa; se iniciará cada sesión con la presentación del tema del día, se realizan las actividades programadas.

PRIMERA SESION

TITULO	Prendiendo Motores.
TEMA	Acuerdos, Normatividad Y Presentación Del Programa
OBJETIVO	Establecer acuerdos entre los adultos mayores para lograr los objetivos del programa
POBLACION	10 adultos mayores
TIEMPO	Tiempo aproximado de 2 horas y media.
MATERIALES	Tarjetas Tijeras Test y cuestionarios Hojas de consentimiento informado Esféros.
METODOLOGIA	<p>Se dará inicio a la primera sesión con la población previamente escogida a la cual deben acudir con la persona que los acompaña la mayor parte del día. Para comenzar, se realizará una técnica de presentación titulada: "tarjetas partidas" la cual consiste en: "Se cortan en dos todas las tarjetas y se reparten aleatoriamente las mitades entre los participantes. Luego, cada participante debe buscar a su "par" para completar la figura, al encontrarlo se genera una conversación de presentación entre ambos. El técnico debe explicar previamente cómo debe ser esta conversación y qué aspectos deberán averiguar de la otra persona. Posteriormente se pide a cada persona que presente a su pareja, mencionando su nombre, apellidos, lugar donde vive, cantidad de hijos que tiene, idiomas que habla, expectativas del Taller y otros aspectos que ayuden a una buena presentación."¹¹⁸</p> <p>Seguido de esto, se hará un espacio de sensibilización entre el paciente, el familiar y la enfermera, en el cual se llevará a cabo la firma del consentimiento informado y el establecimiento de acuerdos que tengan que ver con los horarios de reunión; la hora, los días y todos asuntos que los participantes requieran tratar. Además, se hará la presentación del programa y sus objetivos. Posterior, se aplicarán los cuestionarios ECODI, Capacidad de Agencia de autocuidado en DM2 e IMEVID, teniendo en cuenta que posiblemente algunos adultos no poseen la capacidad de leer ni escribir; el cuestionario será administrado por parte del profesional de salud.</p> <p>Para finalizar, se resolverán todo tipo de dudas respecto al desarrollo del programa y se verificará información del paciente: dirección, teléfono y horarios en lo que se encuentran en la casa.</p>

¹¹⁸ AGENCIA DE RECURSOS VERDES DEL JAPON. Manual de técnicas participativas. Sucre, Bolivia. (en línea) <http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>. Consultado en agosto de 2011.

SEGUNDA SESION

TITULO	Alimentándome para un mejor manejo de mi diabetes.
TEMA	Describir la diabetes y la importancia de la alimentación.
OBJETIVO	Permitir al paciente la interacción con el profesional de salud y demás participantes; con el fin de conocer experiencias y métodos para adecuar una dieta que beneficie su salud.
POBLACION	10 Adultos mayores
TIEMPO	Tiempo aproximado de 2 horas y media
MATERIALES	Papel tamaño pliego o pizarra Marcadores Báscula de piso Metro
METODOLOGIA	<p>La sesión inicia con la definición de diabetes, para ello se realizará la lluvia de ideas como técnica de obtención de datos, opiniones o alguna otra información que los pacientes quieran aportar, en principio, “Se debe definir el problema o tema a tratar, b) El técnico elabora (con anterioridad) las interrogantes que desea que los participantes contesten y lanza la interrogante de manera clara y precisa a todos los presentes, anotando en un papelógrafo las respuestas que salen de la audiencia. En caso que haya dos opiniones similares o parecidas se debe marcar con un signo (/ , * , etc.) por cada vez que aparezca una respuesta similar. c) Finalmente se hace un recuento de las respuestas similares frente a las que son diferentes. Posteriormente se priorizan los problemas y se induce a una reflexión con ayuda de las respuestas anotadas.” Finalizada la técnica, la enfermera realiza una breve exposición recogiendo las ideas y complementándolo.</p> <p>Ya terminado el primer tema, se dará comienzo a una segunda actividad, en donde se tratará el tema de alimentación en el paciente diabético. En primer lugar se pesarán y se medirán los pacientes para determinar el índice de masa corporal IMC e informarle al paciente como se encuentra de acuerdo a la relación peso-talla, para esto, se mostrará seis carteleras, cada una con una persona distintiva de los diferentes rangos del IMC.</p> <p>Se indagará a los pacientes sobre la alimentación que ellos consumen diariamente, para esto se utilizará la técnica de la “pelota preguntona” la cual consiste en: “se debe escribir en su cuaderno una lista de preguntas que desea hacer para evaluar un determinado tema. Posteriormente debe explicar a los participantes que lanzará la pelota a uno de ellos y el que la reciba responderá a la pregunta que le plantee. Al ser respondida la pregunta, la misma persona lanzará la pelota a otra persona que vea conveniente, quien responderá a otra pregunta y así sucesivamente, hasta agotar todas las preguntas elaboradas”¹¹⁹</p>

¹¹⁹ Ibíd.,

Se finalizará la sesión con ayuda didáctica de tipo evaluativo-informativo “las estrellas” consiste en pegar en el reverso de cada estrella preguntas que se desea hacer a los participantes. Seguidamente todas estas estrellas deben pegarse en una cartulina o papel craft tamaño pliego (si no existe papel se puede pegar directamente sobre la pared), mostrando un cuadro similar al firmamento. El pegamento para fijar las estrellas a la cartulina o a la pared debe desprenderse fácilmente en el momento de hacer uso las estrellas”¹²⁰

TERCERA SESION

TITULO:	Ejercitando mi cuerpo y mente
TEMA:	Influencia del ejercicio físico en la Salud del paciente diabético
OBJETIVO:	Integrar al grupo y educar a los pacientes acerca de los beneficios del ejercicio y la manera adecuada de llevarlos a cabo.
POBLACION:	10 Adultos mayores
TIEMPO:	Tiempo aproximado de 2 horas y media
MATERIALES:	Se les pedirá a los pacientes que traigan a la sesión ropa cómoda. Hidratación (Agua) Refrigerios adecuados para la dieta Papeles de colores Marcadores Pliegos de papel
METODOLOGIA:	La sesión inicia con una introducción acerca del tipo de ejercicio físico que deben realizar los pacientes diabéticos, y los beneficios que estos le traen a su vida y salud; explicando la adecuación del mismo al estado físico que tenga el paciente y a los niveles de glicemia que se manejen; puesto que, estos suelen afectarse a causa de el exceso de actividad. Luego se le pide al grupo que realicen un pequeño y suave calentamiento. Terminado esto se explica la actividad a realizar; la “carrera de observación” consistirá en que; alrededor del sitio de reunión se pondrán diferentes pistas de colores; las cuales contienen frases relacionadas con la importancia de la actividad física; y otros tips de interés para el paciente diabético. Las reglas del juego son las siguientes: el grupo se dividirá en equipos; cada equipo tendrá un color correspondiente; el equipo deberá buscar las pistas de su mismo color; y en cada estación donde encontraran las pistas aprenderán una rutina de ejercicio pequeña y adecuada; es importante que antes de partir de cada estación los pacientes deben hidratarse. El equipo que realice con satisfacción la búsqueda de las pistas y llegue a tiempo a la meta; ganara un pequeño premio.

¹²⁰ Ibíd.,

CUARTA SESION

TITULO:	¿Qué puede pasar?
TEMA:	Conociendo las consecuencias de mi enfermedad.
OBJETIVO:	Aclarar interactivamente, con bases científicas y por medio de la experiencia propia, las consecuencias que la DM trae para un adulto mayor.
POBLACION:	10 Adultos mayores
TIEMPO:	Tiempo aproximado de 2 horas y media
MATERIALES:	Imágenes Cartulinas Marcadores
METODOLOGIA:	Se iniciará la sesión reuniendo al grupo en parejas; a cada uno se le entregará una imagen en la cual se mostrará (no explícitamente) una consecuencia del manejo inadecuado de la diabetes (enfermedades cardiovasculares, neuropatías, retinopatía, etc.), cartulinas y marcadores. Se dará un tiempo corto en el cual cada participante y su pareja tendrán la oportunidad de analizar, reflexionar y sacar sus propias conclusiones teniendo en cuenta: ¿Qué expresa o significa el dibujo?; ¿Cómo se relaciona con sus hábitos en la vida cotidiana?; ¿Qué se puede aprender por medio del dibujo y por qué?; ¿Cómo podemos prevenir cada una de estas complicaciones? Cada pareja escribirá sus puntos de vista en las cartulinas; y al final entre todos escucharán lo correspondiente a cada grupo, aportarán a la sesión, se resolverán dudas y se concluirá el tema.

QUINTA SESION

TITULO:	Cada día más sano y feliz
TEMA:	Aprendiendo a vivir con hábitos saludables
OBJETIVO:	Reflexionar acerca de los malos hábitos, haciendo un panorama positivo de la salud por medio de los estilos de vida saludables.
POBLACION:	10 Adultos mayores
TIEMPO:	Tiempo aproximado de 2 horas y media
MATERIALES	Pliegos de papel Marcadores y materiales reciclables (pedazos de cartulinas, telas, cintas, etc)
METODOLOGIA:	La sesión se iniciará dividiendo al grupo en equipos; cada equipo debe realizar un logo y tener un lema. Por medio de una serie de juegos cortos en los cuales participarán todos: concéntrese y karaoke, los integrantes de los equipos participarán para ganar puntos. Los equipos perdedores tendrán penitencias educativas: por ejemplo, hacer cantos, poemas, coplas o resoluciones de preguntas acerca de lo aprendido en las sesiones.

Al final de la sesión; se hará una recopilación de lo que se resalto al momento de las penitencias y como por medio del juego surgió el aprendizaje.

La siguiente parte consiste en dividir de nuevo a los participantes en varios grupos; luego se les entregara una hoja en la cual va a estar descrita una situación relacionada con una historia de vida, en la cual los personajes tienen o no estilos de vida saludables. Con ella, se realizara un sociodrama.¹²¹ Los equipos así, realizaran sus representaciones; con el fin de aprender que acciones están correctas o no al momento del autocuidado.

Al final; se realizara una retroalimentación de las actividades; y por medio de una charla participativa con el grupo de adultos, se reflexionara sobre las actitudes que como pacientes se tienen frente al cuidado de la enfermedad.

SEXTA SESION

TITULO:	Reflexionando porque no es un adiós... es solo un hasta pronto.
TEMA:	Repaso de lo aprendido durante el programa
OBJETIVO:	Destacar los puntos más importantes aprendidos en cada sesión y crear un ambiente de reflexión para dar termino al programa.
POBLACION:	10 Adultos mayores
TIEMPO:	Tiempo aproximado de 2 horas y media
MATERIALES:	Un sombrero Pliegos de papel Hojas blancas de papel Esferos Marcadores Tres cartulinas grandes con gestos dibujados en ellas. Cinta de enmascarar ancha.
METODOLOGIA:	La primera actividad del día se llamará "Historia Comunal"; en ella un paciente, voluntariamente pasará al frente, se le pondrá un sombrero que lo identificara mientras estando en su lugar, cuenta su historia de vida, siendo esta una técnica que implementa la descripción de los "viejos tiempos" de cada persona para observar sus enseñanzas y cambios a lo largo del programa. Pasara todo aquel que quiera hacerlo y se motivara a los pacientes y acompañantes a opinar acerca de los temas que salgan de la charla interactiva. ¹²²

¹²¹ AGENCIA DE RECURSOS VERDES DEL JAPON. Manual de técnicas participativas. Sucre, Bolivia. (en línea) <http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>. Consultado en agosto de 2011.

¹²² AGENCIA DE RECURSOS VERDES DEL JAPON. Manual de técnicas participativas. Sucre, Bolivia. (en línea) <http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>. Consultado en agosto de 2011.

Al terminar; se dividirá el lugar de reunión con una línea de cinta. A un lado habrá un letrero que diga; "Me siento a gusto"; y al otro lado de la línea habrá otro letrero que dirá: "Lo acepto y lo Asumo". Los pacientes se ubicaran en la primera mitad (Me siento a gusto). La sesión inicia con música relajante y en medio de la misma, se les leerán a los pacientes frases de reflexión y de compromisos, y luego de la frase el paciente se ubicara quedándose o en el espacio de "Me siento a gusto" o al contrario se ubicara en el espacio de "Lo acepto y lo Asumo". Por ejemplo: He dejado de seguir mi tratamiento como me lo ha indicado el médico" (el paciente escoge si está a gusto o si lo acepta y lo asume. Al finalizar la actividad, los pacientes y acompañantes nos explican que sintieron durante la experiencia y que conclusiones pueden sacar de ella.

Se realizara así pues la despedida del programa; con la presencia de todos aquellos que hayan aportado al mismo; por medio de un compartir y una reflexión en grupo.