

INDICE

TEMA	PAGINA
I. Resumen	2
II. Introducción	3
III. Hipótesis	11
IV. Marco Teórico	12
• Situación de la Diabetes en Chile	12
• Educación para la Salud	17
• La Entrevista Motivacional	21
• La Familia	25
V. Objetivos	29
VI. Metodología	31
• Diseño del Estudio	31
• Población	32
• Variables	33
• Descripción de la Intervención	38
VII. Resultados	45
VIII. Discusión	54
IX. Conclusiones	58
X. Bibliografía	59
XI. Anexos	64
• Anexo 1: DESCRIPCIÓN EX POST DEL PROCESO DE INTERVENCION	
• Anexo 2: DESCRIPCIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA	
• Anexo 2.1: INSTRUMENTO DE APOYO A LA VISITA DOMICILIARIA	
• Anexo 3: DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
• Anexo 3.1 PROTOCOLO PACIENTE DIABETICO ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
• Anexo 4: DESCRIPCIÓN DE LOS TALLERES DE EDUCACION GRUPAL	
• Anexo 5: DESCRIPCIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA	
• Anexo 5.1: INSTRUMENTO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA	
• Anexo 6: DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR	
• Anexo 6.1: INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR	
• Anexo 7: ENCUESTA PARA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES	

RESUMEN

La diabetes es una enfermedad prevalente en Chile, en la que se han demostrado beneficios claros del diagnóstico precoz y de un adecuado manejo posterior, para evitar complicaciones invalidantes, letales y costosas. A continuación se presenta un proyecto de intervención en pacientes diabéticos bajo control en el Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton de la Comuna de Puente Alto. Su propósito es contribuir al cumplimiento del objetivo sanitario de mejorar el control metabólico de las personas diabéticas tipo dos. Se desarrollara un programa de atención dirigido a los pacientes y a sus familias, que tiene como estrategia utilizar intervenciones que caracterizan el desarrollo de las acciones del nivel primario de atención, como son la educación en salud, tanto individual como grupal, y el enfoque sistémico familiar. En el caso de la educación, se propone una adaptación de este concepto a la educación diabetológica; conjuntamente, se fortalecer el enfoque sistémico familiar con todas las herramientas que éste aporta para el acercamiento y mejor conocimiento de las personas que padecen esta enfermedad. Los resultados de esta intervención son comparados con los de un grupo de pacientes en que se mantiene el manejo tradicional. Con la utilización y potenciación de estos elementos, educación y enfoque familiar, se pretende contribuir a mejorar el control metabólico de las personas diabéticas; y de este modo se espera evitar y/o retrasar la aparición de complicaciones, aumentar la autonomía del paciente en el manejo de su cuadro, potenciar la red de apoyo familiar y disminuir los costos sociales de la enfermedad.

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas, no transmisibles, que ha incrementado marcadamente su prevalencia en este siglo (1). Es un síndrome que se caracteriza por hiperglicemia, y desordenes en el metabolismo de Hidratos de Carbono, Lípidos y Proteínas, estando asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción y/o acción de la hormona Insulina (2). Sin embargo, estas anomalías son sólo una parte del síndrome diabético, cuyo curso clínico y pronóstico están determinados por la evolución de sus complicaciones microvasculares (oculares, renales, nerviosas) y macrovasculares que configurarán la auténtica enfermedad diabética (1).

La Clasificación de la Diabetes Mellitus (DM), incluye cuatro categorías: DM tipo 1 y tipo 2, otros tipos específicos y diabetes gestacional. Esta clasificación, propuesta en 1997 por la Asociación de Diabetes Americana (ADA), agrupa a los diabéticos por sus características clínicas y no por el tipo de tratamiento (1).

Tipos de Diabetes Mellitus:

1. Diabetes Mellitus insulino dependiente (D.M.I.D.) o Tipo 1:

Aproximadamente un 10% del total de los diabéticos corresponde a este tipo, es propia de los niños y adultos jóvenes menores de 30 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. Requiere insulina para mantener la vida y la causa más frecuente de la deficiencia insulínica es la destrucción de las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas.

2. Diabetes Mellitus no insulino dependiente (D.M.N.I.D.) o Tipo 2:

Es la forma más frecuente, cerca del 90% del total de los diabéticos corresponde a este tipo, se caracteriza por un comienzo insidioso, generalmente después de 40 años, y se asocia generalmente a obesidad y factores genéticos. Con frecuencia se asocia con otros factores

de riesgo cardiovascular como son la hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad y tabaquismo, lo que le confiere altas tasas de morbimortalidad, que limitan la calidad y la esperanza de vida de las personas con este tipo de diabetes.

3. Otros tipos específicos de diabetes:

En este grupo se incluyen aquellos casos de DM en los que existe una clara etiología y/o relación con otros procesos patológicos: alteraciones genéticas, enfermedad pancreática, endocrina, administración de ciertos medicamentos y distintos síndromes genéticos.

4. Diabetes Gestacional:

Trastornos de la regulación de la glucosa que aparece en el curso del embarazo en una mujer no diagnosticada previamente de diabetes. Su importancia reside en que presentan un mayor riesgo de morbilidad neonatal.

Magnitud del Problema:

La forma como se registran los datos de morbimortalidad por diabetes no siempre permite diferenciar la diabetes tipo II, que es objeto de este estudio; de modo que en algunos casos las cifras se refieren a este grupo específico y, en otros, al total de diabetes.

El número de personas que padecen de Diabetes Mellitus tipo 2 en las Américas fue estimado en 35 millones en el año 2000. De éstas, 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe. Más aún, las proyecciones indican que en el año 2025 la cantidad de personas que padecerán de diabetes en las Américas ascenderá a 64 millones, de las cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe (3).

En lo que se refiere a la mortalidad, de 3 millones anuales de defunciones en América Latina y el Caribe, el 3.8% corresponde a DM tipo 2(4)

Particularmente en el caso de Chile esta enfermedad presenta una prevalencia de un 3,9% dato obtenido en una muestra poblacional representativa de adultos de 25 - 64 años de edad

en ambos sexos en la Encuesta de Factores de Riesgo realizada en Valparaíso en el contexto del Programa Carmen (Conjunto de Acciones para la intervención multifactorial de las enfermedades no transmisibles). Para la DM la prevalencia se construyó integrando la información de la encuesta y los casos nuevos identificados por la prueba de tolerancia a la glucosa (5).

En este estudio se obtuvieron además resultados de la distribución de la enfermedad tanto por sexo como por edad arrojando los siguientes resultados:

Cuadro 1 Prevalencia porcentual de Diabetes Mellitus según sexo y edad

Grupo Etareo	HOMBRES	MUJERES
25 a 34 años	0,7	1,6
35 a 44 años	1,8	1,7
45 a 54 años	5,6	4,6
55 a 64 años	9,6	9,2
TOTAL	4,0	3,8

Encuesta de base Valparaíso 1997 (5)

Estos datos son confirmados en la Encuesta Nacional de Salud Chile 2003, demostrando una prevalencia para la diabetes de un 4,2%, la que aumenta progresivamente con la edad, alcanzando en el grupo de 45 a 64 años al 9,4% y en el grupo de 65 años y más al 15,2%(6).

Otro indicador que nos muestra el impacto de esta enfermedad es la mortalidad, que representa un 2,9% de la mortalidad por todas las causas, alcanza una tasa de 19,2 por 100.000 habitantes y que muestra una clara tendencia al aumento en todos los países y también en Chile; en los últimos 10 años la tasa de mortalidad ha aumentado en un 22.4%(7).

Si bien es cierto se ha profundizado en el conocimiento de la diabetes en lo que dice relación con la etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones, los logros que se

obtienen en cuanto al tratamiento y diagnóstico oportuno de esta enfermedad son bajos ya que existen varios factores que aumentan su morbilidad. Se estima que en la mayoría de los países alrededor del 50% de las personas que tienen esta enfermedad son diagnosticados y por lo tanto controlados, y de estos sólo el 20 al 30% tiene un buen control metabólico. El 68% de los casos de DM tipo 2 se diagnostican generalmente a consecuencia de la manifestación clínica de alguna de sus complicaciones crónicas; por lo tanto, alrededor de dos tercios de la población con DM tipo 2 tiene o está en riesgo de sufrir complicaciones crónicas (8).

Las complicaciones crónicas más frecuentes de la enfermedad corresponden a trastornos visuales, enfermedad renal y amputaciones de miembros inferiores)(8). Además la DM tipo 2 se considera un factor de riesgo cardiovascular mayor, dado que la prevalencia de enfermedad coronaria en este grupo es, a lo menos, el doble del de la población no diabética. Por otra parte, la supervivencia de las personas con DM tipo 2 que han tenido un evento coronario es aproximadamente la mitad de la de los no diabéticos (9)

Tanto por sus complicaciones secundarias como porque incrementa el riesgo de muerte prematura, esta enfermedad impone una carga considerable a los servicios de salud en el mundo. Una evidencia contundente de lo anterior es "la frecuente asociación de los Factores de Riesgo Cardiovascular FRCV con la DM tipo 2, por lo que los sistemas de salud están y estarían afrontando en América Latina un aumento casi epidémico de esta enfermedad y del síndrome metabólico vascular"(10).

“Aproximadamente el 50% de los diabéticos tipo II tiene una evolución de la enfermedad de 5 años; el simple envejecimiento de este grupo generará un aumento del número de personas con complicaciones"(10). Lo anterior traerá asociado un incremento en los costos de la atención de salud en cada paciente, debido al deficiente control metabólico y a los

FRCV que potencian el incremento de las complicaciones crónicas y de la demanda de atención en los diferentes servicios de salud(11).Además el costo del tratamiento de las complicaciones crónicas representa la mitad de los costos de atención de la DM, mientras que la otra mitad se destina al tratamiento de la DM per se (12-13).

En términos sociales, contribuyen a aumentar los costos indirectos de la enfermedad el ausentismo laboral y el retiro anticipado (14).

Sin embargo, hay cada vez más pruebas de que el diagnóstico precoz de la diabetes y una atención sanitaria oportuna, eficaz, centrada en las necesidades del paciente y que contemplen estrategias de prevención, retrasarían la aparición de las complicaciones secundarias que constituyen la causa más importante de la morbimortalidad, y de los altos costos del tratamiento de la DM tipo 2 y reducirían la mortalidad en este grupo (15).

Lograr desarrollar un tipo de atención con las características antes mencionadas depende, al menos en parte, de la calidad de la atención brindada a las personas con DM tipo 2, la que debe orientarse a mejorar sus condiciones clínicas y sociales. Esto debe incluir al menos tres principios básicos (15):

1. Motivación, conocimientos, aptitudes y práctica clínica para el control de la DM en los integrantes del equipo de salud.
2. Acceso del paciente a la atención, fármacos específicos, tiras reactivas y otros elementos necesarios para su control y tratamiento
3. Motivación, adherencia y participación activa de los pacientes en el control y tratamiento de su enfermedad.

Los resultados del programa piloto de control de la calidad de atención de personas con DM (Qualidiab) muestran una población diabética con un deficiente control metabólico y alta presencia de los factores de riesgo cardiovascular, además de presentar frecuentes

complicaciones micro y macroangiopáticas. Existen deficiencias, además, en la realización de procedimientos diagnósticos y calidad e intensidad de los tratamientos administrados, como así también la calidad y cantidad de los conocimientos de los pacientes en lo que se relaciona a su enfermedad (15).

Respecto a esto, cabe consignar que sólo una pequeña proporción de personas con DM tipo 2 controla su enfermedad únicamente con dieta, contrastando con cifras más altas descritas en la literatura (16). Esto indica que los médicos y, probablemente sus pacientes, se adhieren más fácilmente al uso de fármacos que a los cambios en el estilo de vida (dieta y actividad física) aumentando así el costo del tratamiento y sometiendo al paciente al riesgo de los efectos secundarios de los fármacos (16).

Cabe agregar que muchos de los ajustes reclamados por las autoridades políticas implican disminución en el gasto en salud, y que existen pruebas objetivas de que las estrategias preventivas tienen habitualmente una mejor relación costo-beneficio que las de recuperación y rehabilitación (10-17).

La educación del equipo y de los pacientes con DM en conjunto con sus familias constituye, por lo tanto, una estrategia apropiada y eficaz para corregir los errores detectados, disminuir los costos socioeconómicos de la enfermedad y reducir considerablemente las complicaciones secundarias, con la mejora consiguiente de la calidad de vida de estas personas.

Es decir, se hace necesario implementar un plan de atención donde se incorpore la educación diabetológica y la orientación sistémica familiar como los elementos centrales catalizadores que permitan fortalecer el manejo de la diabetes, la calidad de vida de las personas y sus familias así como mejorar la efectividad de las acciones.

La necesidad de alcanzar estos resultados nos lleva a enfocarnos en los aspectos menos estudiados de la diabetes, los aspectos psicosociales, y su relación con la enfermedad. Estos nos mostrarán cómo potenciar las conductas que mantengan apego al tratamiento por parte del paciente, y cómo lograr que la familia se convierta en el principal apoyo del enfermo para el cuidado de su enfermedad.

Por lo tanto, es importante comprobar si al modificar el estilo de atención dirigido a las personas DM tipo 2 se logra mejorar el control metabólico de estas, para lo cual se implementará un programa de atención que cumple con las características señaladas y se comparará sus resultados con los del manejo tradicional. El área de estudio se emplazará en el nivel primario de atención, en el Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton el que se ubica en la zona Sur - Oriente del Área Metropolitana, en la comuna de Puente Alto, y es uno de los cinco centros de salud con que cuenta esta comuna.

Este Centro dispone de un Programa de Atención dirigido a pacientes que presentan alguna patología crónica dentro de los cuales se encuentra la población de diabéticos, los que se caracterizan por tener un alto nivel de descompensación e inasistencia. Presentando en el último corte estadístico de Septiembre del 2003 un 60% de descompensación y un 40% de inasistencia. El programa actual tiene un enfoque biomédico, que no involucra a la familia y con actividades educativas aisladas.

Desde el punto de vista del desarrollo e implementación de este proyecto es importante destacar que existe la disposición por parte del equipo de salud del centro para desarrollar y participar de una intervención que modifique la modalidad de atención existente, y logre mejorar el control metabólico de estos pacientes.

HIPOTESIS

Como consecuencia de la implementación de un Programa de Atención dirigido a los diabéticos bajo control en el CESFAM Bernardo Leighton, se espera el cumplimiento de la siguiente hipótesis:

Al mejorar la calidad de atención de las personas diabéticas desde dos perspectivas, la primera incorporando el enfoque Sistémico Familiar y la segunda introduciendo programas de educación diabetológica en forma sistemática, se lograra generar mayores competencias

en los diabéticos y sus familias para el manejo de esta patología, trayendo como resultado un mejor control metabólico.

MARCO TEORICO

SITUACIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 EN CHILE

Como se señaló en la introducción, la prevalencia de diabetes tipo II se estima en un 4.2% de la población general (4,8% en hombres y 3,8% en mujeres), la cual se eleva en mayores de 44 años y en mujeres mas pobres (6). Cabe mencionar que la población diabética bajo control es sólo un 39% de la población diabética estimada. (6)

En Chile la mortalidad por diabetes muestra una tenencia ascendente, llegando a una tasa de 15,8 por 100 mil habitantes en 2002. (7)

En Chile en el año 1996 se suscribe la declaración de diabetes de Las Américas (DOTA) mediante la cual los estados miembros de la OPS reconocen a la Diabetes Mellitus como un problema de salud cada vez más importante en la región. Y en este contexto en el año 1998 en los meses de agosto y septiembre se aplica el instrumento Diabe Care cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de atención de las personas diabéticas mediante la obtención de información que permite dimensionar el problema de la diabetes en este país en lo referente a la calidad de atención prestada por los servicios de salud como así también evaluar las conductas de autocontrol de las personas en relación con su condición de diabético, obteniéndose los siguientes resultados(18).

Se encuestó a una muestra representativa de los diabéticos bajo control en el sistema público de atención; el 85% de los encuestados provenían del nivel primario de atención y el 15% restante, de establecimientos de mayor complejidad. En relación al nivel de atención y su distribución por sexo se consigna que hay una mayor proporción de mujeres en los establecimientos del nivel primario de atención; sin embargo en los hospitales y consultorios de especialidad la proporción de hombres es mayor.

Al hecho de tener diabetes se agregan, en algunos pacientes, factores de riesgo cardiovascular que se distribuyen de la siguiente manera:

- ◆ Tabaquismo 12%; aproximadamente 2/3 de ellos lo hacía a diario; mas del 10% fumaba 20 o más cigarrillos al día.
- ◆ Sedentarismo: 57,5% no cumplía con realizar actividad física programada con un mínimo de 1/2 hora tres veces por semana.

- ◆ Estado Nutritivo: 40.9% de las pacientes era obeso y 33% sobre peso, siendo las mujeres el grupo predominante en los estados nutricionales de obesidad y sobrepeso.
- ◆ Hipertensión: 58,6% La proporción de hipertensos en el grupo de los DM tipo 2 es siempre mayor que en los diabéticos tipo 1
- ◆ Colesterol: Sólo el 43,8% de los pacientes tenía un perfil lipídico completo, por lo que no es posible extrapolar esta situación a la del universo de los pacientes diabéticos en programa.

En relación con el desarrollo de habilidades de autocontrol: sólo el 4.1% de los DM tipo II realizaba algún examen de autocontrol, y el 13,1% era miembro de alguna organización para pacientes diabéticos. Otro elemento que tiene que ver con el desarrollo de medidas de autocontrol es la Educación Grupal; en el estudio se definió “educación suficiente”, si tenía el antecedente de haber recibido al menos 45 minutos de instrucción en los últimos 12 meses en cada uno de los temas señalados, encontrándose la siguiente distribución:

Alimentación	57,9%
Hipoglicemia	34,2%
Cuidado de los Pies	55,4%
Autocontrol	13,7%
Complicaciones Secundaria	46,1%

En este ítem no aparece consignado el tema de la calidad de las intervenciones educativas y tampoco el nivel de aprendizaje obtenido.

Otros resultados obtenidos en este estudio fueron: 82,2% de los pacientes tenía registro de glicemia en ayunas. De éstos un 70% de los pacientes tenían glicemias elevadas y sólo un 14% dentro de lo considerado normal.

En relación a la hemoglobina glicosilada (HbA1c), sólo un 12,1% de las personas encuestadas tenían un examen de (HbA1c); de estas personas el 80% tenía niveles dentro de un rango considerado bueno o aceptable. A pesar que este examen es un muy buen predictor del control metabólico de las personas con diabetes este resultado no nos permite evaluar el nivel de compensación de las personas encuestadas ya que la cobertura de este examen es baja, tanto en el estudio como a nivel nacional (19,1%).

Se definieron como criterios óptimos de compensación los siguientes: paciente asintomático, en relación con el estado metabólico, normo peso, Glicemia en ayunas <130 mg/dl, Hemoglobina Glicosilada A1c ≤7%, Col-total <200, Col-HDL >40, Col-LDL <100 y TGC <150)(9)

La Creatinina, Microalbuminuria y Examen de los Ojos también presentan una baja cobertura.

Frecuencia de Complicaciones: La frecuencia más alta de complicaciones se observa para amputación de algún segmento de extremidad inferior, seguido por enfermedad cerebrovascular, ceguera, infarto agudo al miocardio e insuficiencia renal crónica. También se obtuvieron datos sobre la frecuencia de síntomas en la población diabética siendo la neuropatía periférica que tenía mayor sintomatología

Se hizo además una estimación de la cobertura del examen de los pies arrojando en el ámbito nacional que 7 de cada 10 diabéticos tenía examen de pie pese a la alta cobertura de

este examen, la mayoría estaba incompleto, especialmente en lo que se refiere a la exploración de la sensibilidad vibratoria.

A partir de los datos obtenidos en el estudio antes mencionados; podemos afirmar que el perfil del paciente diabético se caracteriza por Obesidad exógena, Hipertensión Arterial, Sedentarismo y malos hábitos alimentarios los que también generan trastornos en el control metabólico de la glucosa y de los lípidos séricos constituyéndose así la DM tipo 2 en un factor de riesgo cardiovascular per se, no se observan conductas de autocontrol por parte de las personas diabéticas y el enfoque de atención no prioriza los elementos de prevención secundaria de la enfermedad existiendo bajas coberturas de exámenes (Perfil Lipídico y HbA1c) y el uso de técnicas educativas no siempre se ve fortalecido.

Por todo esto, el abordaje de la DM tipo II desde el nivel primario de atención debe modificarse, es importante introducir cambios que mejoren el efectividad de las acciones, que se logre entender las características multicausales que tiene esta patología y a partir de esto se desarrollen iniciativas integrales de atención. (19 – 20)

Siguiendo a Alberto Barceló, Silvy Robles, et al (17) la combinación de un programa de educación en diabetes y la automonitorización domiciliaria de la glicemia consiguió mejorar el control metabólico, gracias al aumento de los conocimientos del paciente acerca de la enfermedad y un mejor cumplimiento de las indicaciones dietéticas. Por lo que este tipo de intervenciones, son las claves para desplazar la visión asistencial y proponer en su lugar un accionar preventivo que ponga como pilar la educación en salud.

La estrategia para llevar a cabo esta propuesta, es diversificar los ámbitos con relación al manejo de estos pacientes, realizando acciones que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las practicas de los pacientes frente a su enfermedad (21). Estos

elementos se traducen en necesidades de información y de apoyo en el cambio de conductas, convirtiendo los procesos educativos como claves en las intervenciones preventivas del manejo de la DM tipo 2 y la incorporación activa de la familia para lograr un impacto positivo en el manejo de estos pacientes (21). Consecuentemente con lo anterior podemos afirmar que "la educación sobre diabetes es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familias para controlar, prevenir o retardar las complicaciones individuales y en el seno de la familia"(22)

EDUCACIÓN EN SALUD

La educación para la salud es un proceso que se entiende como un elemento fundamental para mejorar la efectividad de las acciones que se realizan en el nivel primario de atención (23). Su propósito es informar y motivar a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludable, además de propiciar cambios ambientales (24), es decir su objetivo es generar cambios en las conductas de las personas y promover la salud (25).

Esta metodología de intervención considera al paciente de manera integral, o sea, coloca a la persona al centro de la atención, como objeto de la misma y como sujeto responsable de su propio cuidado, en su contexto familiar, cultural y valórico, fortaleciendo el cuidado de su salud (26).

La Educación en Salud no es un elemento secundario, y esto lo confirma la definición de la OMS, la cual considera la educación sanitaria como una parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única solución eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones (27).

LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA propiamente tal no es más que educación para la salud y se debe entender como un proceso dirigido a la adquisición de CONOCIMIENTOS, TÉCNICAS y HABILIDADES que, modificando actitudes y hábitos, mejoran la calidad de vida de las personas que tienen diabetes (23).

En la diabetes el tratamiento no puede ser efectivo si el paciente no conoce las medidas preventivas (control glicémico, dieta adecuada, ejercicio etc.), de lo anterior se desprende que ninguno de los objetivos que se proponen para llevar con éxito el tratamiento podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación y estos fundamentalmente en el nivel primario de atención (28).

Se ha constatado que la educación en salud no mejora únicamente los conocimientos y la toma de decisiones, sino que además reduce el costo sanitario y social de la enfermedad (30). En resumen es importante enfatizar que la Educación Sanitaria dirigida a personas con condición de diabetes debe garantizar el mejor aprendizaje posible y debe evolucionar de una relación emisor - receptor a una comunicación en que el profesional de la salud comparte sus conocimientos, y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable (30)

Por lo tanto la educación dirigida a las personas diabéticas debe tener las siguientes características, según criterios mencionados por investigadores en educación para la salud (31):

- PROCESO ACTIVIDAD/ EFECTO ADECUADO: Para lograr los objetivos específicos: Cada actividad exige y adiestra capacidades específicas, por lo tanto, debe haber concordancia entre las capacidades que los objetivos específicos aspiran a desarrollar y las actividades que realmente son capaces de activar y desarrollar esas capacidades
- RENDIMIENTO OBJETIVO PROPUESTO/OBJETIVO ALCANZADO ALTO: Para esto es necesario evaluar el grado en que se consiguieron los objetivos específicos, esto equivale a decir, se trata de medir en que medida las actividades tuvieron los efectos esperados en los educandos
- RECURSOS: En cantidad y calidad adecuados para la realización de las actividades
- DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES: Porcentaje de las actividades en que la responsabilidad de enseñar se concentra mayoritariamente en el educando. Un criterio empírico para determinar este punto es que la responsabilidad del docente o monitor no debería exceder el 25% del total del proceso de enseñanza/aprendizaje. Sin embargo, el docente o monitor debe estar siempre acompañando todo el proceso.
- POLIGONALIDAD DE LA INTERVENCIÓN: Las intervenciones aisladas tienden a tener menos efectos que las intervenciones incorporadas en un conjunto de intervenciones que comparten el mismo objetivo final. Este axioma reposa en la creencia de que el éxito de la intervención se hace más probable si los efectos de cada

intervención particular son reforzados por otras intervenciones diferentes en forma, pero dirigidas al mismo fin.

- **ARTICULACIÓN LÓGICA:** La intervención entrena a los participantes en el estilo de deducción específico de los temas tratados. Este estilo de deducción explicita las relaciones que pueden establecerse entre los temas señalados
- **CONGRUENCIA OBJETIVOS/ACTIVIDADES EN LA EVALUACIÓN:** Una vez que los evaluadores tengan la información respecto de cuales fueron los objetivos específicos y cuales fueron las actividades a que estos fueron traducidos, pueden evaluar el grado de adecuación entre ambos conjuntos de elementos.

Con la utilización de estas características en forma adecuada podemos asegurar un buen resultado docente.

Es importante entonces reconocer a la persona diabética también desde los elementos de índole emocional, cognitivo y conductual que actúan y a menudo, sin una aparente lógica que lo sustente. Como describe Borrell: "la conducta humana se compone de resortes condicionados y ciegos que nada tienen que ver con la voluntad de cambio, ni con la racionalidad de algunos argumentos. También se compone de oscuros beneficios contradictorios e incluso absurdos para el espectador ignorante de la realidad profunda del paciente". Cuando identificamos esta lógica nos podemos desplazar desde un modelo educativo centrado prioritariamente en proporcionar información (tanto sobre los peligros de la conducta actual, así como de las ventajas de la propuesta de cambio), y poco flexible, (donde los elementos irracionales de las actitudes del consultante no son considerados), hacia un modelo centrado en las necesidades del paciente (29).

En el primer caso, como frecuentemente ocurre en el modelo tradicional, si no se observan cambios se insiste dando "más de lo mismo" y se obtienen resultados escasos y desproporcionados al esfuerzo invertido, situación que generalmente origina desgaste y frustración tanto en el equipo de salud como en el paciente (29)

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Uno de los objetivos de este trabajo es aplicar un modelo de educación individual basada esencialmente en trabajar la motivación del sujeto para cambiar el hábito o actitud por otro más saludable; y uno de los elementos de esta intervención será **La entrevista**

motivacional que es el instrumento que el profesional de Atención Primaria debe conocer y utilizar en el proceso de educación al paciente. El desarrollo de esta actividad, requiere de un adecuado entrenamiento por parte del sanitario, ya que supone un cambio conceptual con respecto al modelo informativo clásico (32). La Entrevista Motivacional se caracteriza por aplicar una serie de habilidades de comunicación centradas en la experiencia del consultante, bajo un clima de empatía, interés, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones de este. Trata de conseguir que estas decisiones partan del sujeto y que se obtengan tras una correcta información por parte del profesional y después de verificar la necesaria comprensión del paciente acerca de su enfermedad y de las distintas opciones terapéuticas recomendadas (32).

A la hora de informar al paciente, debemos tener en cuenta que el éxito en todo proceso de comunicación viene marcado por la bidireccionalidad. El paciente no es un mero receptor, sino que se deben dar las condiciones para que pueda interrumpir y opinar en cualquier momento, explorando los conocimientos y creencias previas de este, y apoyándonos en ellos para conseguir que los mensajes sean correctamente interpretados (32). En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los equipos de salud, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad (33). Con ello trasladamos el peso del cambio en los hábitos hacia la propia persona diabética, ayudando nosotros en el proceso de toma de decisiones, reestructurando sus creencias y negociando los cambios propuestos.

MODELOS DE CAMBIOS DE CONDUCTA

El referente conceptual usado para la entrevista motivacional es la Teoría de los Estadios o Etapas del Cambio, la que nos permite comprender los elementos que influyen en las

decisiones que la gente toma o no sobre su salud. Postula cinco estadios sucesivos por los que peregrinan las personas respecto a sus hábitos de salud insanos (34):

Precontemplación: el individuo en esta fase no aprecia (o no quiere apreciar) ninguna dificultad en su conducta

Contemplación: en este estadio el individuo comienza a tener ciertas dudas sobre su manera de actuar. Empieza a sopesar pros y contras de un eventual cambio en su hacer

Cambio: el individuo toma una decisión y pone los medios para llevarla a cabo

Mantenimiento: el individuo ha de concentrarse activamente en mantener el cambio logrado. Este puede consolidarse o dar paso a.....

Recaída: se vuelve a conductas anteriores y también a estadios anteriores

La Entrevista Motivacional se basa principalmente en estos principios. Por lo que es de suma importancia para el desarrollo de este trabajo la capacitación del equipo en relación con los elementos antes mencionados para así mejorar el abordaje hacia los pacientes, intentando hacer emerger los elementos emocionales que son cruciales en las decisiones que toman las personas. En el manejo de la diabetes no hay experiencias previas en relación con el uso de estas técnicas, o por lo menos no han sido encontradas en la revisión bibliográfica pero si existe suficiente evidencia científica en el uso de estas técnicas y el consumo de alcohol y drogas(35).

Otras teorías que intentan explicar como los comportamientos de los individuos se relacionan con la salud son el modelo de creencias en salud y la teoría del aprendizaje social, los que se presentan brevemente a continuación

EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El modelo de creencias de salud (34) fue uno de los primeros modelos que adaptó la teoría de las ciencias del comportamiento a los problemas de salud, y sigue siendo uno de los

marcos conceptuales más ampliamente reconocidos del comportamiento relacionado con la salud.

Originalmente fue introducido en los años cincuenta por psicólogos que trabajaban en el Servicio de Salud Pública de los EU (Hochbaum, Rosenstock, Leventhal y Kegeles). Se concentraban en aumentar el uso de los servicios preventivos que estaban disponibles entonces, como radiografías de tórax para la detección de la tuberculosis e inmunizaciones como las vacunas contra la gripe.

El denominado Sistema de las Creencias sobre Salud describe un proceso cognitivo, mediante el cual el individuo evalúa el nivel de amenaza para la salud o vulnerabilidad, su severidad así como los costos y beneficios que supondría realizar una determinada acción y, por tanto, una propuesta de cambio o no cambio. Asimismo, la evaluación que haga de cada uno de los costos y barreras, sobre todo aquellas de tipo emocional (por ejemplo, el placer de llevar a cabo la conducta insana o el displacer en no hacerla) serán a la larga los factores de mayor peso específico.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL O TEORÍA COGNOSITIVA SOCIAL (34)

Esta Teoría sintetiza conceptos y procesos a partir de comprensiones cognitivas, conductuales y emocionales del cambio de comportamiento. Como resultado de ello es muy compleja e incluye muchos elementos claves. El primer concepto, determinismo recíproco, tiene que ver con que el comportamiento y el entorno son sistemas recíprocos y que la influencia tiene lugar en ambas direcciones. Es decir el entorno de forma, mantiene y limita el comportamiento; pero las personas no son pasivas en el proceso, ya que pueden crear y cambiar sus entornos. El concepto de capacidad de comportamiento sostiene que una persona necesita saber qué hacer y cómo hacerlo; por lo tanto pueden necesitarse instrucciones claras o capacitación. Las expectativas son el resultado de lo que una persona

cree que ocurrirá como resultado de una acción. La auto eficacia, se considera el aspecto más importante del sentido de si mismo que determina el esfuerzo propio para cambiar un comportamiento, es la confianza de la capacidad de uno mismo de desempeñarse con éxito un tipo específico de acción. El Aprendizaje por Observación las personas aprenden que esperar por medio de la experiencia de otro. Esto significa que las personas pueden obtener una comprensión concreta de las consecuencias de sus acciones observando a otro y notando si los comportamientos modelados son importantes o no. El refuerzo es una respuesta al comportamiento de una persona que afecta la posibilidad de que el comportamiento se repita o no. Los refuerzos positivos, con frecuencia llamados recompensas, aumentan la posibilidad de que se repitan los comportamientos. Los refuerzos negativos incluyen castigo y falta de respuesta.

En este trabajo se considerará La teoría de Etapas del Cambio como sustento teórico frente al cambio de conducta deseado en la perspectiva del manejo de la Diabetes tipo 2

La educación diabetológica será exitosa siempre y cuando el paciente diabético no sea considerado como un elemento aislado, sino incorporado en un contexto social, familiar y cultural. Es decir, la educación diabetológica debe complementarse con otro elemento que potencia el éxito de las intervenciones y este es la familia

LA FAMILIA.

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, es la célula social básica, ya que en toda sociedad es posible identificar una unidad que se denomina familia; es por lo tanto un componente esencial de la estructura social más amplia (36).

Existen muchas concepciones de familia no es el propósito de este trabajo discutir a cerca de la definición más valida, sino acotar cuales son las funciones que parecen mas relevantes para los propósitos de esta intervención, esto es, contribuir al desarrollo de la persona, satisfacer las necesidades biológicas y psicológicas junto con la socialización del individuo (34)(35). Se puede afirmar que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad para los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes(36), pero es importante reconocer también su función reproductiva desde el punto de vista biológico con patologías genéticas y gineco-obstétricas, pero también desde el punto de vista económico, generando fenómenos de salud y enfermedad relacionados con el consumo familiar, como la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental(36-38).La Familia como grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto(38).

La familia, como subsistema social abierto en constante interacción con el medio va cambiando continuamente. A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación, uno de los acontecimientos vitales estresantes que generan crisis en la familia es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema (39).

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes Mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros de la familia, la tarea psicosocial de la familia, de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca. Esto debido a que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo generar una continuidad suficiente en la mantención de los cambios requeridos, para lo cual moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar el equilibrio perdido (39).

Es importante considerar además que los mecanismos de adaptación ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo (40).

De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación alimentaria contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo en alguna medida, un producto de su cultura y de su grupo social (41). Y es acá, donde la atención primaria debe realizar una labor de fortalecimiento hacia la familia mediante acciones educativas que no sólo involucren la educación individual sino que incorporen de manera clara y decidida la educación hacia la familia en el entendido que es la familia la unidad básica de la atención médica y de la salud y por lo tanto la que más puede prestar apoyo a uno de sus miembros frente al manejo integral de esta compleja patología (41-42).

Se ha detectado también que los pacientes realizan el tratamiento y tienen mejor control metabólico cuando cuentan con una familia que esta preparada y los apoya. Se recomienda orientar acciones de educación para la salud, dirigidas a la familia del diabético (39)

De esto se desprende que el apoyo familiar es de mucha importancia en el éxito del tratamiento de las personas con diabetes, pero este apoyo debe potenciarse mediante la

implementación de programas dirigidos a las familias y esto implica el conocimiento de estas, si bien es cierto la variable dinámica familiar no se abordara en el desarrollo de este trabajo como variable a intervenir ya se han expuesto elementos que describen que mientras más adecuadas son las familias mejor es la respuesta de apoyo hacia la persona diabética por lo que la estrategia será potenciar el conocimiento sobre el manejo y control de la diabetes a todas las familias que se incorporen en el estudio. Lo que si es uno de los objetivos de este estudio es el conocimiento de las familias a partir del concepto de que la atención del paciente diabético debe ser integral, y desde una concepción biopsicosocial y para lograr esto es necesario incorporar elementos que nos permitan identificar primero quien es la persona con la cual nos estamos relacionando, cual es su contexto familiar y conocer el lugar que el paciente ocupa en esta, es decir utilizar Enfoque Familiar y todos los instrumentos que nos permitirán conocer todos aquellos factores familiares que influyen en forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para el control adecuado de estos paciente, uno de estos elementos es el genograma familiar:

El genograma es una forma de representar la estructura y las relaciones de la familia y que facilitara descubrir los elementos que podemos utilizar para fortalecer el apoyo familiar (43).

Además de conocer al paciente en su calidad de integrante de un grupo familiar o de la red de apoyo que la sustituye, debemos conocerlo en profundidad en su dimensión individual.

La persona con diabetes, como sujeto humano que es, tiene las características de único e irrepetible. En un pasado, se creía que toda persona con Diabetes era "igual" a otra que tuviera esta afección, la diferencia se basaba, casi exclusivamente en el tipo de tratamiento farmacológico que se usaba. Hoy, pensamos que no es así, que cada uno de nosotros dependemos de circunstancias históricas, momentos especiales o significativos, desde los

cuales se deben desarrollar cambios con relación al control y tratamiento (44). Como se trata de una enfermedad que no se ve, estas personas pueden sentirse solas y aislados con los consiguientes problemas de integración; por otra parte al ser rotulados con el diagnostico de diabetes pueden sufrir discriminación (33). De esto se desprende que el equipo de atención debe fortalecer las **destrezas de comunicación** dirigidas hacia las personas con diabetes.

Por lo tanto el abordaje de las personas con condición de diabetes debe darse desde una perspectiva biopsicosocial donde se potencie el apoyo familiar y se modifique los tradicionales métodos, donde el objetivo central es informar, hacia la utilización de estrategias que ponen al paciente al centro de la atención incorporando los aspectos emocionales además de los cognitivos como los que potencian el cambio de conducta(21); de este modo se lograra desplazar la responsabilidad del cambio desde el equipo hacia la persona. Junto con esto es responsabilidad del nivel primario de atención, fortalecer este manejo del equipo y el conocimiento del paciente.

PROPOSITO

- Contribuir a mejorar el pronóstico de las personas diabéticas que se controlan en el Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton,

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar el control metabólico de las personas diabéticas que asisten al Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton, mediante la implementación de un modelo de atención que contemple el Enfoque Sistémico Familiar y la Educación Diabetológica de manera permanente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar a los grupos experimental y de casos respecto a un conjunto de variables sociodemográficas y metabólicas
2. Realizar un diagnostico que permita conocer el control metabólico de los pacientes diabéticos antes de ingresar al programa de atención propuesto.
3. Realizar un diagnostico que permita conocer la calidad de atención percibida por los pacientes diabéticos antes de ingresar al programa de atención propuesto
4. Realizar un diagnostico que permita conocer el apoyo familiar que reciben los pacientes diabéticos en el contexto del manejo de su enfermedad
5. Capacitar al equipo de salud para lograr el desarrollo de programas efectivos de Educación diabetológica
6. Capacitar al equipo de salud para lograr el desarrollo de habilidades en la aplicación de Entrevista Motivacional y Genograma
7. Fortalecer la incorporación del Enfoque Sistémico Familiar en la atención de las personas que tienen diabetes
8. Aplicar Entrevista Motivacional a las personas diabéticas que participan de esta intervención
9. Educar, de acuerdo al modelo de atención propuesto en el estudio, tanto individual como grupalmente, a las personas diabéticas que participan de esta intervención
10. Mantener en ambos grupos del estudio las actividades básicas de control de diabetes.
11. Evaluar en ambos grupos del estudio el control metabólico postintervención
12. Evaluar la satisfacción usuaria en el grupo intervenido.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio experimental, en que se evalúa el resultado de una intervención en una muestra de diabéticos tipo 2 que se controlan en el Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton.

Se selecciona al azar una muestra representativa de los pacientes señalados en el párrafo anterior; éstos son asignados aleatoriamente a un grupo experimental y a un grupo control.

La “intervención” consiste en un conjunto de actividades diagnósticas y educativas orientadas al paciente y un familiar, a realizarse en el domicilio y en el consultorio; adicionalmente se realizan actividades de educación grupal.

Tanto al grupo experimental como al grupo control se les somete a las actividades tradicionales de control, consistentes en mediciones de peso, presión arterial y glicemia capilar y en supervisión de medicamentos.

Al final de la intervención se mide glicemia y hemoglobina glicosilada como indicadores de control metabólico tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Se considera un período de 9 a 10 meses para la realización de la intervención, ya que en este tiempo se estima lograr realizar las intervenciones diseñadas para el grupo experimental y al mismo tiempo obtener un número adecuado de actividades en el grupo control.

El grupo control continúa con el esquema básico de atención utilizado en este Centro de Salud; es decir, control individual cada tres meses.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Se definió como universo la población bajo control de personas diabéticas tipo 2 que se atienden en el CESFAM Bernardo Leighton y que pertenecen al grupo etáreo entre 20 y 64 años, que en el corte estadístico de Diciembre del 2003 era de 438 pacientes.

Las unidades de observación fueron cada una de las personas diabéticas que conforman la muestra. La unidad de muestreo fue el paciente diabético.

El tamaño de muestra mínimo estimado fue de 53 personas usando una significación de un 5% y potencia de un 90%, el tamaño muestral fue calculado en el programa nQ.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Bajo control de Diabéticos tipo 2 (menos de 12 meses de inasistencia)
- Que pertenezcan al grupo etáreo de 20 a 64 años
- Que tengan al menos un familiar o persona cercana que lo pueda apoyar
- Que sean autovalentes, es decir que no presente limitaciones en sus capacidades auditivas, visuales (ver con o sin lentes), motoras (se movilice autonomamente) y mentales (no presente problemas de memoria que afecten de manera seria su vida diaria).
- Que el paciente y la familia acepten participar en el estudio

Se obtuvo una muestra representativa del Universo mediante muestreo aleatorio de los pacientes bajo control que cumplían los criterios de selección definidos. De esta forma se selecciono a 53 pacientes. Luego, se asignó aleatoriamente a estos pacientes a 2 grupos: 28 a grupo experimental y 25 a grupo control.

VARIABLES O TOPICOS DE ESTUDIO

1.- Variable Dependiente: Control Metabólico

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE CONTROL	INDICADORES DE RESULTADO
<p>METABÓLICO</p> <p>Conjunto de parámetros bioquímicos que nos permiten conocer el nivel de compensación de las personas diabéticas tipo II, compuesto por mediciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina glicosilada: su valor normal es menor a 7%. Refleja de forma integrada y retrospectiva el grado de control de la glicemia, mantenido en los 2 a 4 meses previos a su determinación, siendo considerado el mejor parámetro para valorar el nivel de compensación del paciente. Se tomarán dos mediciones a los integrantes de los dos grupos, al inicio y al finalizar la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas que presenta una reducción, al final de la intervención, de los niveles de HbA1c en el grupo experimental, comparada con la tasa correspondiente del grupo control. • Reducción del valor promedio de Hemoglobina glicosilada entre los experimentales comparada con los controles • Proporción de personas que presenta Hb glicosilada menor que 7g% al final de la intervención comparada con la tasa correspondiente en el grupo control
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas que presenta una

<p>◆ Glicemia capilar en ayunas: su valor normal es menor a 130 mg/dl. Permite la inmediata determinación de la glicemia, reflejando la situación aguda del paciente. Se medirá en todos los controles que se planifiquen en el contexto de esta intervención y también en todas las actividades que recibirá el grupo control</p>	<p>reducción, al final de la intervención, de los niveles de glicemia en el grupo experimental, comparada con la tasa correspondiente del grupo control.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del valor promedio de glicemia en el grupo experimental comparada con los controles • Proporción de personas que presenta glicemia menor de 130mg/dl al final de la intervención comparada con la tasa correspondiente en el grupo control
--	--

2 Variable Independiente: Intervención

DEFINICION OPERACIONAL DE INTERVENCION	INDICADORES DE PROCESO
<p>Conjunto de acciones destinadas a modificar la efectividad de la atención prestada a los pacientes diabéticos bajo control, dirigidas al paciente y su familiar de apoyo. Consta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Intervenciones Familiares/Individuales: <ul style="list-style-type: none"> a) Genograma b) Visita Domiciliaria c) Entrevista Motivacional d) Educación Individual ◆ Educación Grupal/Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ● % de Genograma realizados sobre los programados ● % de visitas realizadas sobre las programadas ● % de Entrevistas Motivacionales realizadas sobre los programadas ● % de Educaciones Individuales realizadas sobre los programados ● N° de pacientes asistentes a Educaciones grupales Familiares ● N° de acompañantes asistentes a educaciones grupales familiares ● % de sesiones realizadas sobre las programadas

3.- VARIABLES DE DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Nombre y tipo de variable	Descripción y Definiciones operacionales
Sexo: Tipo: Dicotómica	Sexo del encuestado
Edad: Tipo: Continua	Edad del encuestado en años cumplidos
Estado Civil: Tipo: Nominal	Estado Civil Actual: Soltero; Casado; Conviviente; Separado o Anulado; Viudo
Educación: Tipo: Discreta	Nivel educacional: Ed. Básica incompleta, Ed. Básica completa, Ed. Media incompleta, Ed. Media completa, Ed. Superior incompleta, Ed. Superior completa
Situación Laboral: Tipo: Nominal	Situación Laboral: No trabaja; Estudiante; Trabajador Dependiente; Trabajador Independiente; Cesante; Pensionado o jubilado; dueña de casa
Fecha de Ingreso al Programa: Tipo: Continua	Año que ingreso al programa en el consultorio
Año de diagnóstico de diabetes: Tipo: Continua	Año en que fue diagnosticada la enfermedad
Peso: Tipo: Continua	Peso del paciente al inicio de la intervención
Talla: Tipo Continua	Talla del paciente al inicio de la intervención
I.M.C: Indicador para evaluar el estado nutricional en adultos Tipo: Continua	Peso dividido por la talla al cuadrado (P/T^2)
Perfil Lipídico: Tipo: Continua	Colesterol total, Colesterol HDL y Triglicéridos.

Se usarán medidas de resumen y tendencia central para cada variable, con el fin de caracterizar y comparar al grupo experimental y control.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El diseño de la intervención consideró las siguientes actividades de trabajo en terreno, ordenadas cronológicamente:

1. **Diseño de instrumentos para recolección de información:**

- Instrumento para identificar las características generales de los participantes en el estudio (edad, sexo, años de diagnóstico de la enfermedad etc.)
- Instrumento para identificar características y conocimientos de las familias, de los participantes en el estudio, en el cuidado de la diabetes pre intervención.
- Instrumento para detectar necesidades de capacitación del equipo
- Instrumento para detectar necesidades de capacitación de los diabéticos tipo 2 que participaran en el estudio

2. **Formación del equipo y diagnóstico de sus necesidades educativas:**

Este equipo estuvo conformado por 1 enfermera, 2 nutricionistas y 1 médico; y fue encuestado con el fin de conocer cuáles eran sus necesidades de capacitación y conjuntamente evaluar los conocimientos que estos tienen en relación al tema.

3. **Capacitación del Equipo:** Fueron capacitados en los siguientes temas

- Técnicas de educación para el Paciente diabético
- Entrevista Motivacional
- Genograma

El número de sesiones no se definió a priori ya que se esperaba contar con el diagnóstico de las necesidades educativas del equipo.

4. **Visita Domiciliaria:**

Se programo una visita domiciliaria a cada uno de los pacientes que conforman el grupo experimental, al inicio de la intervención con el fin de obtener los siguientes resultados:

- Conocimiento del entorno socio - familiar del paciente
 - Motivación del paciente para la participación en la intervención
 - Diagnóstico de competencias familiares
 - Identificación de las necesidades de conocimiento que tiene el paciente sobre el manejo de su enfermedad
5. **Diseño de Programa Educativo:** El equipo debió desarrollar un programa educativo basándose en la información obtenida en las visitas domiciliarias, además de los resultados obtenidos en exámenes bioquímicos, y aplicando técnicas adquiridas en el proceso de capacitación
 6. **Control de Salud modificado para pacientes diabéticos:** Esta actividad esta destinada al paciente diabético del grupo experimental, más un acompañante. En ella se desarrollan las acciones contempladas en el modelo de enfoque familiar como Genograma, además de la aplicación de la Entrevista Motivacional en conjunto con las acciones habituales del control de los pacientes diabéticos como es: control de presión arterial, control de peso y de glicemia (mediante Hemoglucoest). Se programaron 3 controles , pudiendo aumentarse de acuerdo a las necesidades y motivaciones del paciente.
 7. **Educación Grupal:** en el grupo experimental se forman subgrupos de 5 pacientes más sus acompañantes a los que se aplica un programa educativo con los siguientes contenidos:

- Aspectos generales del tratamiento de la diabetes: alimentación, control metabólico, estado nutricional.
- Medidas de autocontrol; cuidado de los pies, monitorización de la glicemia
- Prevención de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes
- Otros, de acuerdo a la información que se obtenga en las visitas domiciliarias.

El número de sesiones se estimó en 8 para cada grupo, pudiendo modificarse al momento de diseñar el programa educativo.

CRONOGRAMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1- 2	Xxxx											
3		xx										
4 - 8		xxxx										
5			Xx									
6			Xx	Xxxx	Xx							
7					Xx	xxxx	xx					
8								Xxx				
9-10-11								X	Xxx	xx		

X corresponde a una semana

l primer mes de ejecución de la tesis

1. Diseño de instrumentos de recolección de información
2. Formación del equipo y diagnostico de sus necesidades educativas
3. Capacitación del Equipo que trabajara con los diabéticos
4. Visitas Domiciliarias al paciente
5. Diseño de Programa Educativo
6. Control de Salud Modificado a pacientes Diabéticos
7. Aplicación de programa educativo
8. Evaluación de los conocimientos adquiridos por parte de las familias (aplicación de encuesta)
9. Análisis de los Resultados
10. Elaboración de informes
11. Entrega de informe final

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS

Los datos personales y familiares se obtuvieron mediante la aplicación de cuestionarios diseñados para el estudio, que fueron administrados por el equipo en las Visitas Domiciliarias y al inicio de las Entrevistas Motivacionales; estos instrumentos se presentan en anexo 2.1 y 7

La información referente al control metabólico, peso y talla se obtuvo de fichas clínicas y tarjeteros. Se realizaron además exámenes de laboratorio para las mediciones finales de hemoglobina glicosilada y glicemia en ambos grupos de estudio.

La información se llevo a una base de datos mediante la cual se caracterizó a cada uno de los pacientes.

Los cuestionarios se desarrollaron con el fin de lograr los siguientes objetivos:

- Determinar conocimiento de las familias en relación al manejo de la diabetes
- Determinar el conocimiento de las personas diabéticas en relación al manejo de su enfermedad
- Determinar el apoyo familiar que reciben las personas en el control de su enfermedad

Instrumentos:

Se elaboro un instrumento para registrar las características generales de los participantes del estudio (edad, sexo, estado civil, actividad laboral etc.) y la evaluación del control metabólico de estos. En otro instrumento se recopilo información relacionada con el apoyo familiar Anexo 6.1.

PLAN DE ANALISIS

Se usaron medidas de resumen y tendencia central para cada variable, con el fin de caracterizar y comparar al grupo experimental y control.

Se diseñaron tablas con los datos considerados en las variables en estudio. La información se ingreso en una base de datos y se codifico en el programa Excel.

Para analizar la información se uso Stata versión 7.0 utilizando un test de comparación de medias para muestras pareadas, la prueba Chi cuadrado se utilizo en la evaluación del nivel de asociación de variables nominales, en tanto que la prueba T de studen se utilizo para comparar promedio de variables continuas en grupos.

Para analizar el impacto de algunas covariables se uso un modelo de regresión múltiple

LIMITACIONES Y FORMAS DE ATENUACIÓN POSIBLES

A continuación se señalan limitaciones previstas en el proyecto y las formas que se diseñaron para enfrentarlas.

- Poca adherencia de las personas que tiene diabetes para asistir al programa. Se espera motivar a los pacientes, durante la visita domiciliaria, mediante una explicación de los beneficios personales y familiares que se asocian a su participación en el proyecto.
- Equipos con alta rotación en el nivel primario de atención. Se contará con la participación en el proyecto de un Médico de Salud Familiar que permanecerá en el consultorio contratado por lo menos tres años; además, de ocurrir rotación en el resto del equipo, los nuevos integrantes serán capacitados en forma especial.
- La concepción que tiene el equipo de salud respecto del paciente diabético dificulta el desarrollo de programas innovadores para el manejo de la diabetes. Se desarrollará un

programa de capacitación para el equipo basado en necesidades detectadas en relación al manejo del paciente diabético y beneficios de actividades complementarias.

- Los niveles de participación de la comunidad en relación a los problemas de salud obstaculizan el desarrollo del programa de atención. En la medida que los pacientes y su grupo familiar participen del proyecto y perciban sus beneficios debería ocurrir un traspaso de esta percepción a la comunidad

ASPECTOS ETICOS

Es un proyecto éticamente seguro ya que sólo se intentará fortalecer las capacidades de autocuidado de los pacientes.

Dado que se trata de un estudio experimental se ha establecido que tanto el grupo control como el experimental recibirán las intervenciones tradicionales en uso en el consultorio. En el grupo control se mantendrán las intervenciones hasta ahora realizadas manteniendo sus controles habituales y el acceso a medicamentos y atenciones de urgencia. El grupo experimental recibirá las mismas atenciones descritas para el grupo control y se agregaran las intervenciones orientadas a fomentar su autocuidado.

La participación en el estudio es voluntaria: se solicitará su consentimiento por escrito.

Ambos grupos serán informados respecto de los alcances del estudio precisándose que sus fines son puramente académicos.

RESULTADOS

De los 25 pacientes asignados al grupo control en cinco no se encontró domicilio, de modo que el tamaño final del grupo fue de 20 pacientes. De los 28 pacientes del grupo experimental hubo una pérdida de 8 a lo largo del estudio, por inasistencia a la entrevista motivacional y/o a los talleres grupales. Quedando el grupo constituido por 20 pacientes.

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a estos 40 pacientes

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Antes de iniciar la intervención se compararon estos dos grupos respecto de las variables sexo, estado civil, educación, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), colesterol total, colesterol HDL y Triglicéridos.

En las siguientes tablas se presentan las características de la muestra:

Tabla 1: PROMEDIO DE EDAD DE LA MUESTRA

Características	Grupo Experimental N = 20 X s	Grupo Control N = 20 X s	P
Edad (años)	47 7,3	48,1 8,9	0,05

TABLA 2: CARACTERISTICAS BASALES DE LA MUESTRA

Características	Grupo Experimental N = 20 %	Grupo Control N = 20 %	P
Sexo			
Masculino	20	45	0,091
Femenino	80	55	
Escolaridad			
Básica Incompleta	30	45	0,616
Básica Completa	10		
Media Incompleta	25	25	
Media Completa	35	20	
Superior Completa		10	
Estado Civil			
Soltero	10	15	0,519
Casado	75	70	
Convive	15	5	
Separado		5	
Viudo		5	

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

El promedio de edad en el grupo experimental fue de 47 años y en el grupo control de 48,1.

Los mayores de 45 años representan el 67,5% del total de ambos grupos.

En cuanto a la distribución por sexo se observa una importante diferencia, aun cuando no es estadísticamente significativa: la proporción de mujeres entre los casos es mayor que en el grupo control.

En cuanto a escolaridad más de la mitad de los sujetos cuenta con educación básica completa en ambos grupos.

Para estado civil la categoría casados representa un 72,5% del total de la muestra.

En la tabla 3 se muestran los resultados del perfil lipídico y estado nutricional representado por índice de masa corporal.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE PERFIL LIPIDICO Y ESTADO NUTRICIONAL

Características	Grupo Experimental N = 20 %	Grupo Control N = 20 %	P
Perfil Lipídico*			
Colesterol total < 200 mg/dl	35	30	0,67
Triglicéridos < 150 mg/dl	25	50	0,82
Colest. HDL :			
Hombres >40 mg/dl	5	10	0,84
Mujeres > 50 mg/dl	15	20	
Estado Nutricional**			
Enflaquecido			
Normal	5	10	
Sobre Peso	25	20	0,59
Obesidad	70	70	

* Niveles óptimos de Lípidos

** Clasificación del Estado Nutricional del Adulto usando El IMC (Indice de Masa Corporal)

	IMC= P(Kg)/ T ² (m)
Enflaquecido	<20
Normal	20.0 - 24.9
Sobrepeso	25.0 - 28.0
Obesidad	>28

Solo un tercio en ambos grupos presenta niveles adecuados de colesterol y solo un 7,5% presenta un estado nutricional normal .

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio lo cual confirma que se trata de grupos comparables.

Como se señaló en el capítulo de metodología, el grupo de casos fue sometido a la intervención descrita, en tanto que el grupo control mantuvo su tratamiento tradicional. El proceso de intervención se desarrolló de acuerdo a lo planificado y su implementación se describe en detalle en Anexo 1.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En las tablas siguientes se muestran las características del control metabólico en ambos grupos de pacientes, antes y después de la intervención.

TABLA 4:

DISTRIBUCION DE PACIENTES DIABETICOS SEGÚN NIVEL DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO PRE Y POST INTERVENCIÓN

HbA1c g%	Grupo Experimental		Grupo Control		p
	Línea Basal Nº = 20 %	Post Intervención Nº = 20 %	Línea Basal Nº = 20 %	Control Nº = 20 %	
7g%**	15	20	30	10	0,0062
7,1-8g%	20	25	25	20	
Mayor 8g%	65	55	45	70	

**Niveles de Hemoglobina Glicosilada A1c menores a 7g% sugeridos por la ADA como objetivo del control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 que retardarían el desarrollo de las complicaciones crónicas de esta enfermedad.

TABLA 5:

DISTRIBUCION DE PACIENTES DIABETICOS SEGÚN NIVELES DE GLICEMIA EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO PRE Y POST INTERVENCIÓN

Glicemia	Grupo Experimental		Grupo Control		p
	Línea Basal Nº = 20 %	Post Intervención Nº = 20 %	Línea Basal Nº = 20 %	Control Nº = 20 %	
90 – 130 mg/dl**	20	50	20	30	0,001
Mayor 130 mg/dl	80	50	80	70	

**Niveles de glicemia menores de 130mg/dl sugeridos por la ADA como objetivo del control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 que retardarían el desarrollo de las complicaciones crónicas de esta enfermedad.

Se comparo la glicemia pre intervención en ambos grupos encontrándose un promedio significativamente superior en el grupo experimental (216.2mg) respecto del grupo control (172.6mg). Las glicemias post intervención resultaron también significativamente diferentes en ambos grupos. En el grupo control la glicemia subió de 172,6 a 202.9 en tanto que en el grupo experimental bajo de 216.2 a 159.8; el análisis estadístico de estas variaciones muestra una diferencia altamente significativa. Esto significa que el descenso en la glicemia es significativamente mayor en el grupo intervenido.

Se comparo la Hemoglobina Glicosilada pre intervención en ambos grupos no encontrándose diferencias significativas en los promedios de los grupos. Al comparar los valores post intervención entre grupo experimental y control se observa que el promedio bajó en los casos y subió en el grupo control; sin embargo las diferencias tampoco son estadísticamente significativas. Pero sí se encuentran diferencias significativas al comparar la variación pre / post intervención entre ambos grupos: en el grupo de casos se observó un descenso de $-0.1705\text{mg}\%$ y en el grupo control se observó un aumento de $1.592\text{ mg}\%$ en el valor promedio de hemoglobina glicosilada; estas diferencias pre y post intervención entre ambos grupos son altamente significativas.

Se analizo la relación entre las covariables edad, peso, escolaridad, índice de masa corporal y estado civil con el nivel de hemoglobina glicosilada mediante regresión múltiple. Solamente se encontró asociación entre estado civil ítem casado y disminución de la hemoglobina glicosilada al final de la intervención en ambos grupos de estudio.

DIAGNOSTICO DE CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE

En la tabla N° 5 se muestra la mejoría en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad como resultado de la intervención.

**TABLA N° 5
EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES RESPECTO DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD**

	Pre - intervención		Post – intervención	
	N°	%	N°	%
N° de preguntas con 90% o más de respuestas correctas	9	56,25	14	87,5
N° de preguntas con 89% o menos de respuestas correctas	7	43,75	2	12,5

Las preguntas relativas a las medidas de control de la enfermedad (preguntas n° 7, 12 y 16) presentan diferencias importante en cuanto al porcentaje de respuestas correctas que obtiene el grupo, post – intervención lo que es atribuible a la información que los pacientes reciben durante el proceso educativo ver instrumento en Anexo 7.

EVALUACION DE LA SATISFACCIÓN USUARIA

Se presenta a continuación los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria la que fue aplicada en dos momentos, antes de la entrevista motivacional y al finalizar la intervención. Frente a todos los ítems consultados se observa un aumento de satisfacción, en particular en lo relativo a calidad de la atención profesional, trato, disminución del tiempo de espera, resolución de sus necesidades de atención y posibilidades de cumplimiento de las indicaciones.

I EVALUACION DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

La Atención profesional que recibe cuando acude a su control de crónicos es:	Pre – intervención		Post – intervención	
	N°	%	N°	%
Muy Buena y Buena	13		19	55
Regular Mala y Muy Mala	7		1	

El trato que recibió en su control de crónicos es	Pre – intervención		Post – intervención	
	N°	%	N°	%
Muy Buena y Buena	15		20	
Regular Mala y muy mala	5			

El tiempo de espera en ser atendido lo encuentra	Pre – intervención		Post – intervención	
	N°	%	N°	%
Mucho	16	80	1	5
Adecuado	4	20	19	95
Poco	0	0	0	0

II NIVEL DE SATISFACCION CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

¿Quedo conforme con la atención recibida?	Pre – intervención		Post – intervención	
	N°	%	N°	%
Muy Conforme y Conforme	3		20	
Regular, Inconforme y muy inconforme	17			

III NIVEL DE RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCION

¿Se resolvió su necesidad de atención?	Pre – intervención		Post – intervención	
	N°	%	N°	%

Totalmente	2	10	18	90
Parcialmente	18	90	2	10

IV POSIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES

¿Dentro de sus posibilidades, considera que puede cumplir las indicaciones dadas?	Pre – intervención		Post – intervención	
	Nº	%	Nº	%
Todas			18	90
Algunas	20	100*	2	10
Ninguna				

*las indicaciones que no pueden cumplir las asocian con las que tienen que ver con “la alimentación”

V AUTOPERCEPCIÓN DEL NIVEL DE COMPRESIÓN DE LAS INDICACIONES

Comprendió las indicaciones	Pre – intervención		Post – intervención	
	Nº	%	Nº	%
Sí	18	90	20	100
Regularmente	1	5		
No	1	5		

Debido a que el tamaño de la muestra es muy reducido (n=20) no se realizó análisis estadístico de diferencias.

EVALUACIÓN DEL APOYO FAMILIAR

A continuación se presentan los resultados de la encuesta aplicada para evaluar apoyo familiar en el grupo experimental; actividad que se realiza en la primera etapa de ejecución de este proyecto con el fin de obtener información para diseñar las actividades siguientes.

I CONOCIMIENTO DE LAS FAMILIAS SOBRE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Se presenta a continuación distribución porcentual de las respuestas correctas (n: 20)

PREGUNTAS	% DE RESPUESTAS CORRECTAS
El diabético debe controlar en su casa los niveles de glucosa en sangre	60
Para mantener el control el enfermo diabético debe tomar sus medicinas	60
Considera necesario que el paciente diabético controle su alimentación en cuanto a horarios y tipos de alimentos a consumir	30
Considera necesario que el paciente diabético realice ejercicios físicos	75
Considera necesario que el paciente diabético periódicamente acuda a un control específico para evaluar el estado de sus pies	35

II EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS FAMILIAS SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

PREGUNTAS	% DE RESPUESTAS CORRECTAS
Son comunes las infecciones en los diabéticos	25
Una persona diabética puede tener una enfermedad al corazón	55
El diabético descontrolado puede tener alguna enfermedad asociada a la diabetes	100
El diabético que se ha mantenido controlado puede tener alguna enfermedad asociada a la diabetes	35

III ACTITUDES DEL FAMILIAR HACIA EL ENFERMO

PREGUNTAS	% DE RESPUESTAS CORRECTAS
Colabora en la preparación de los alimentos de su familiar	15
Cuando su familiar come más alimentos de los indicados, ud. le recuerda el riesgo	40
Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones dadas en sus controles	15
Acompaña a su familiar a los controles de salud	15
Conoce las dosis de medicamentos que debe tomar su familiar	15
Se da ud cuenta cuando su familiar se olvida de tomar sus medicamentos	10

El nivel de conocimiento sobre las medidas de control de la enfermedad es regular y deficiente respecto de las complicaciones de la misma, como así también es bajo el nivel de actitudes de apoyo del familiar hacia el enfermo. Esto justifica mejorar las intervenciones educativas a nivel familiar.

DISCUSIÓN

Durante el periodo que duro la intervención se cumplió el objetivo general de implementar un modelo de atención innovador, y como consecuencia de éste, mejorar el control metabólico de los pacientes, a través de cambios en las conductas de las personas diabéticas y el fortalecimiento del apoyo familiar en lo que se refiere al control de esta enfermedad.

No es posible realizar comparaciones de los resultados de este estudio con otros, dado que no existe información disponible sobre experiencias que consideren una intervención conformada por el mismo conjunto de actividades que las incluidas en el presente trabajo.

Uno de los principales retos de este proyecto fue lograr un nivel de motivación por parte de los pacientes, de tal forma que estos se involucraran de manera activa en el manejo de su enfermedad (32); y conjuntamente modificar los esquemas educativos tradicionales por parte del equipo de salud hacia una modalidad más participativa. En este sentido se vio la necesidad de generar un diagnóstico o una línea basal de información la que consideró el control metabólico de los pacientes que conforman la muestra como también obtener información específica del grupo de casos en lo relacionado con la percepción de la calidad de atención además del conocimiento de estos en relación al cuidado de la enfermedad.

Se pudo constatar que ambos grupos de estudio son similares respecto de la variables sociodemográficas y metabólicas. Esta información fue de suma importancia para el desarrollo e implementación de las actividades de educación y como parte del proceso de diagnóstico y evaluación de esta intervención.

La capacitación del equipo se orienta a desarrollar habilidades comunicacionales dirigidas a facilitar la implementación y aplicación de la entrevista motivacional, como así también

a adquirir las competencias que permitan desarrollar un proceso educativo facilitador para contribuir a modificar el comportamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 en lo que dice relación con el manejo de su enfermedad.

Al evaluar retrospectivamente la participación en las actividades de capacitación por parte de los cuatro profesionales involucrados en el proyecto, se encuentra que todos asistieron al total de actividades programadas. Sin embargo el nivel de participación fue descendiendo a lo largo del periodo de ejecución de la tesis, de modo que el último taller contó con la participación de un solo profesional. La situación descrita puede responder a que estas actividades eran adicionales a la carga de trabajo habitual, no estaban reconocidas institucionalmente como parte de las obligaciones y no contaban con una retribución o incentivo. Estas son variables que deberían ser consideradas para una implementación futura de esta propuesta, recomendándose llevarla a la práctica con apoyo y reconocimiento institucional y haciendo énfasis en fortalecer las acciones educativas dirigidas hacia los equipos de salud para que estos lleven a cabo procesos de educación basados en las necesidades de los educandos y en un clima de reflexión acción.

No es objetivo de esta tesis dimensionar los costos de la intervención ni compararlos con los del modelo de atención tradicional. En una eventual replicación del estudio se recomienda incluirlos como objetivos, dado que la carga adicional de trabajo para el equipo de salud debería ser retribuida.

La diabetes como enfermedad crónica requiere de un manejo cotidiano e independiente del equipo de salud, donde es esencial la modificación del comportamiento del paciente(19) y la educación, la motivación y el apoyo familiar. La conjugación de estos elementos logra mejorar el control metabólico de los pacientes que participan de esta actividad

La aplicación de un plan educativo basado en las necesidades de capacitación de los pacientes y luego de haber trabajado en el ámbito motivacional y familiar permitió al paciente y al equipo reconocer los beneficios de la educación sobre la diabetes, lo que garantizó la participación activa del grupo y su familia y mejoró el nivel de conocimientos que el grupo tenía antes de la intervención.

El apoyo familiar es indispensable para que el paciente enfrente los problemas diarios de su enfermedad(41), por lo que en este trabajo se consideró de suma importancia integrar a las familias, en este sentido las visitas domiciliarias fueron claves para que las familias vieran que el apoyo que pueden prestar a su familiar es de mucha importancia para el cumplimiento exitoso del tratamiento. El diagnóstico de apoyo familiar mostró familias bastante informadas, pero que no presentan actitudes de apoyo hacia el familiar enfermo; durante la intervención se observa que las familias acompañan al paciente a todas las actividades a que son citados mostrando un nivel de participación importante; por lo tanto es factible integrar a las familias en todas las acciones que se planifiquen en el contexto de la atención a los pacientes diabéticos.

Las metas del proyecto fueron cumplidas, se observó una reducción significativa de los niveles de hemoglobina glicosilada y glicemia en el grupo intervenido; en cambio en el grupo control se observó un deterioro del control metabólico. Por otra parte, de acuerdo al análisis de regresión múltiple el estado civil casado aparece como factor protector respecto del control metabólico; se podría plantear que el familiar más sensible a esta intervención sería el (o la) cónyuge.

En cuanto al nivel de satisfacción usuaria este mejoró ostensiblemente después de la intervención.

Se logró poner en práctica una modalidad de atención integral que considera el elemento motivacional como eje central de las intervenciones, entendiendo al paciente en su contexto familiar el cual se puede convertir en un importante apoyo en el manejo de esta enfermedad

La participación en el proceso educativo del paciente como la participación activa de un familiar no habría sido posible si estos no hubieran sido abordados desde una perspectiva motivacional centrada en las necesidades del consultante (31). El abordaje mediante este tipo de entrevista permitió mejorar la asistencia de los pacientes a los controles programados (situación que no se manifiesta en la modalidad tradicional de atención), aumentar la participación de los pacientes durante los controles y generar un espacio de comunicación en el que el paciente logra exponer sus sentimientos frente a la enfermedad (temores, rabia, inseguridad etc.).

Esta fase de la intervención no debe estar acotada a un número determinado de sesiones sino que debe fluir según los niveles de motivación de cada uno de los pacientes.

Fue posible realizar toda la variedad de actividades programadas dirigidas a los pacientes diabéticos y con la concentración esperada y al mismo tiempo mantener las actividades utilizadas en el enfoque tradicional

CONCLUSIONES

Existe suficiente documentación que confirma que el control adecuado de la glicemia retarda la aparición de complicaciones secundarias asociadas a la diabetes(21). Varios estudios han revelado que las intervenciones a nivel familiar en conjunto con la educación diabetológica son eficaces para mejorar el control de la glicemia(40). El presente trabajo demuestra que el nivel primario de atención es adecuado para realizar programas educativos dirigidos a personas diabéticas y sus familias logrando con esto disminuir la concentración media de hemoglobina glicosilada.

El modelo desarrollado y su implementación representan un acercamiento novedoso en el abordaje de la diabetes ya que se incorporan elementos motivacionales en conjunto con la integración de la familia en los programas educativos contribuyendo a generar mayor conciencia en la familia del riesgo de padecer diabetes como así mismo a reconocer las medidas de control de esta enfermedad. En síntesis, este estudio reveló que al aplicar estrategias motivacionales dirigidas a los pacientes y sus familias, en conjunto con un programa educativo, se logró disminuir significativamente la concentración de hemoglobina glicosilada HbA1c en el grupo intervenido.

A futuro se sugiere replicar la experiencia en un grupo de pacientes mas numeroso y contando con apoyo institucional en la totalidad del proyecto

BIBLIOGRAFÍA

1. J.F. Cano Pérez, P. Tomás Santos
Diabetes Mellitus cap. 37 pag. 785 - 84
En: Atención Primaria
Conceptos, organización y práctica clínica
A. Martín Zurro J.F. Cano Pérez
2. Barceló A, and Rajpathak S.
Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas
Revista Panamericana de Salud Pública Nov. 2001
Vol. 10, N°. 5 pag . 300 - 316
3. King H, Aubert RE, Herman WH.
Global burden of diabetes 1995 - 2025. Diabetes Care 1998; 21: 1414 - 1431
4. La actividad de la OPS en el Campo de las Enfermedades No Transmisibles
Rev. Panamericana de Salud Pública/ Pan AM. J Public Health 1997;2; 420-427
5. Jadue L, Vega J, Escobar M C, Delgado I, Garrido C, Lastra , et al.
Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: metodología y resultados
globales de la encuesta de base del programa CARMEN
Rev. Medica de Chile 1999; 127:1004-1013
6. Encuesta de Salud Chile 2003
Ministerio de Salud
7. Estadísticas de Mortalidad y Natalidad Chile 2002
Defunciones por Diabetes en Chile Tabla 11 Clasificación Internacional CIE10
(E10 - E14)
8. Gagliardino J. J, Olivera EM, Barragáu HL, Hernandez RE.
Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial: Aspectos Clínicos y epidemiológicos en la
población de La Plata. Medicina (B. Aires); 1995; 55: 421:430
9. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes 2002, Programa de Salud
del Adulto Ministerio de Salud Chile Pag. 20
10. Gagliardino J J, Olivera EM, Etchegoyen GS, Gonzalez C, Guidi ML
Evaluación y costos del proceso de atención de pacientes diabeticos
Medicina (B. Aires) 2000, 60: 880 –
11. Vijam S, Hofer TP, Hayward RA.
Estimated benefits of glicemic control in microvascular complications in tipo 2

- Diabetes Selby JV, Ray GT, Zhang D, Colby CJ
Ann Internal Med 1997; 127:788 – 795
- 12 Selby JV, Ray GT, Zhang D, Colby CJ
Excess costs of medical care for patients with diabetes in a managed care population
Diabetes Care 1998; 21 (supl 3): C19-C21
 13. Herman W H, Eastman R C
The effects of treatment on the direct costs of diabetes
Diabetes Care 1998; 21 (supl 3): C19 - C21
 14. The World Bank. World Development Report 1993:
Investing in Health Cambridge: Oxford University Press; 1993
 15. Gagliardino J J, De la Hera Marcelo, Siri Fernando y Grupo de Investigación de la Red Qualidiab: Evaluación de la Calidad de la Asistencia al paciente diabético en América Latina; Rev Panam. Salud Pública/ Pan. Am. J Public Health 2001 10 (5) 309 – 316
 16. Olivera EM, Requeiro F, Gagliardino J J, Tognoni G. Análisis metodológico de un estudio epidemiológico a partir del PRAMUDIA
Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes 1992; 26: 41 – 52
 17. Barceló A. Robles S. White F. Jadue L. Vega J
Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile
Rev Panam. Salud Pública/ Pan. Am. J Public Health 2001 10 (5) 328 – 333
 18. Escobar M C, Delgado I
Diabetes y Calidad de Atención en el Sistema Nacional de Serv. De Salud
Octubre 1999
Ministerio de Salud Chile
 19. Hiss R The activation patient: a force for change in diabetes health care and education
Diabetes Educ. 1986; 12 (Suppl):225 – 231
 20. The Diabetes Control and Complication Trial Research Group The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus .
N Engl J Med 1993;329:977-986
 21. Aráuz A, Sanchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M y Guzman S
Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención

- Primaria
Rev. Panamericana de Salud Pública vol 9 n°3 Marzo 2001
22. Manual de educación sanitaria para equipos de atención primaria
Diabetes Mellitus tipo 2 Novo Nordik Pharma; 1995
 23. Greene WH, Simons- Morton BG. Educación para la salud:
Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. 1988
 24. Salleras - San Martín L. Educación Santaria Madrid: Diaz de Santos 1990; 20 - 26
 25. Feste C, Anderson R.
Empowerment: from philosophy to practice.
Patient Educ. Couns 1995; 26: 139 - 144
 - 26 Modelo de Atención en salud Familiar
Una Propuesta para contribuir al cambio
Santiago Abril 2001
 27. Organización Mundial de la Salud.
Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus
Ginebra OMS, 1995, informe WHO/DBO/DM/ 97 - 102
 28. Trilla Soler M, Espulga Capdevila A.
Educación diabetológica. Atención Primaria 1989; 6: 13 - 8
 29. Isla P, López C, Valls R.
Diabetes Mellitus Expectativas de futuro en la educación sanitaria
Revista ROL de Enfermería 1997; 224:51 - 5
 30. García R, Suárez R
La educación de la diabetes en Cuba, retrospectiva de las tres últimas decadas
Rev. Cubana d Endocrinología 1999; 10 (suplemento): 9-12
 31. Salazar D
Manual de Ciencias Sociales
Diploma en Educación y Promoción para la Salud
Escuela de Salud Pública , Universidad de Chile
 32. Borrell i Carrió F.
Manual de Entrevista Clínica para la Atención Primaria de Salud

Ediciones DOYMA S.A. Barcelona 1989

33. Johnson SB. Methodological issues in diabetes research.
Diabetes Care 1992; 15(11): 1658 -1667
34. Modelos y Teorías de Comunicación en Salud
Organización Panamericana de la Salud
Abril 1996
35. Seijas Buschiazzo
Tratamiento De Las Dependencias De Sustancias
Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 119- 124
36. Hidalgo G. Carmen, Carrasco B Eduardo
Salud Familiar un modelo de Atención Integral en la AP.
37. Anderson M. La Familia, el hogar y la revolución industrial.
En Anderson M. Comp. Sociología de la familia
Mexico: Fondo de Cultura Economica , 1980 : 16 - 17
38. Pérez U, Almonte VM
La familia como sistema, consideraciones del rol de padre y madre.
Rev Chilena de Pediat 1981: 56(6): 480 - 486
39. De la Revilla L.
Conceptos e instrumentos de la Atención familiar
Barcelona Doyma, 1994.
40. Valdez- Figueroa I A. Alderete -Rodriguez MG
Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II
Salud Publica Mex 1993; 35: 464 - 470
41. Rodriguez - Moran M; Guerrero Romero JF
Importance of family support in the control of glycemia
Salud Pública Mex 1997; 39:44 – 47
- 42 Quiroz Pérez J. et al.
Diabetes tipo 2
Salud Competencias de las familias
Rev. Med. IMSS 2002; 40 (3): 213- 220

43. Monica McGldrick y Randy Gerson
Genogramas en la evaluación familiar
Gedisa editorial

44.-Educación Médica Continua Copyright© 2000 Diabetes Care Center

45.- Valdez Figueroa I. Alfaro Alfaro N
Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabética tipo 2
Investigación en Salud 2003 Volumen V/ Número 3

ANEXO 1: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCION

Durante el mes de Abril 2004 se diseñó el instrumento que permitiría registrar antecedentes al momento de realizar la visita domiciliaria. Las visitas domiciliarias fueron realizadas en su totalidad por la autora de la tesis, entre Mayo y Julio 2004. En forma paralela, entre Junio y Julio 2004 se desarrolló la primera capacitación del equipo profesional. Al finalizar el período de capacitación, se diseñaron en conjunto con el equipo, el Protocolo Paciente Diabético Entrevista Motivacional y el Test de Diagnóstico para evaluación del conocimiento de los pacientes diabéticos tipo 2 sobre las medidas de control de la enfermedad, además se diseñó la Encuesta para evaluar satisfacción usuaria. Desde mediados del mes de Agosto hasta Noviembre 2004 se realizaron las Entrevistas Motivacionales. Paralelamente, se desarrolló la segunda capacitación del equipo profesional orientada al aprendizaje de Técnicas de Educación para el paciente diabético. Durante el mes de Diciembre se inició la Educación Grupal, la que finalizó en Enero 2005 con la aplicación de la Encuesta de Satisfacción Usuaría.

A continuación se describen en detalle las actividades realizadas.

ANEXO 2: DESCRIPCIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA

Las Visitas Domiciliarias son actividades utilizadas para reconocer el entorno sociofamiliar del paciente; en el contexto de este trabajo, la actividad se orientó a motivar al paciente a participar del proyecto y a identificar las competencias familiares relacionadas con el cuidado de la diabetes. En el proceso de programación de esta actividad se identificó las medidas de autocontrol y necesidades de conocimiento de los pacientes que participaron de esta intervención.

Es importante identificar dos variables que influyen en el desarrollo de esta actividad: los recursos necesarios para realizar una visita domiciliaria y el contar con la presencia del paciente en el domicilio. Los recursos corresponden a horas profesionales y medio de movilización. Esta actividad es la que más tiempo toma dentro de todas las actividades que se planifican dentro de este proyecto tanto por la dificultad para transportarse como por que no siempre se encuentra la persona en el domicilio y se debe volver hasta encontrar al paciente o lograr entrevistar a algún integrante de la familia; el medio de transporte se identifica como un obstaculizador ya que no siempre se cuenta con él cuando se requiere.

En alrededor de la mitad de las veces hubo que repetir la visita porque el paciente estaba trabajando o porque no se encontraba en la casa familiar que pudiera responder la encuesta para evaluar apoyo familiar a pesar de esto esta actividad fue cumplida en un 100%.

Las V.D. son el primer contacto que se concreta con las personas que integran el grupo experimental; esta actividad es bastante enriquecedora desde el punto de vista del conocimiento de la realidad socio familiar del paciente y la recepción por parte de los pacientes es muy acogedora.

En la entrevista se informó al paciente o acompañante sobre la finalidad que tiene esta actividad y se le invitó a participar de las actividades contempladas en este proyecto.

Esta actividad contextualizada en este proyecto resultó ser un elemento bastante productivo ya que permitió conocer la realidad sociocultural del paciente como así también motivar a los pacientes a participar de las actividades posteriores (Entrevista Motivacional, Talleres). Al ser la patología crónica (DM tipo 2) el elemento que genera esta actividad se le da un nivel de importancia y esto comienza a generar cuestionamiento dentro de la familia y del propio paciente en relación a lo que significa la enfermedad y mayormente a las medidas de control que se practican.

Como esta es una actividad de un costo bastante alto se recomienda destinarla a aquellos pacientes que ingresan al programa como así también a los que puedan presentar alto riesgo de descompensación o falta de apoyo familiar. Desde el momento que se realizan las VD no debe pasar mucho tiempo hasta que se desarrollen las siguientes actividades ya que esta latencia puede generar desmotivación en cuanto a la participación en el programa.

Un aprendizaje que se desprende de esta actividad como también de las otras actividades programadas es que para el éxito de las mismas se debe considerar la flexibilidad horaria de los programas de atención y que la continuidad de estos se fije en conjunto con el paciente sin dejar de evaluar el nivel motivación al en el que se encuentra.

ANEXO 2.1

INSTRUMENTO DE APOYO A LA VISITA DOMICILIARIA

I IDENTIFICACIÓN DEL CASO INDICE

Nombre:

Edad:

Sexo:

NºFicha:

Dirección:

Estado Civil:

- 1.- Soltero
- 2.- Casado
- 3.- Conviviente
- 4.- Separado
- 5.- Viudo

Educación:

- 0.- Sin Educación
- 1.- Ed. Básica Completa
- 2.- Ed. Básica Incompleta
- 3.- Ed. Media Completa
- 4.- Ed. Media Incompleta
- 5.- Ed. Superior Completa
- 6.- Ed Superior Incompleta

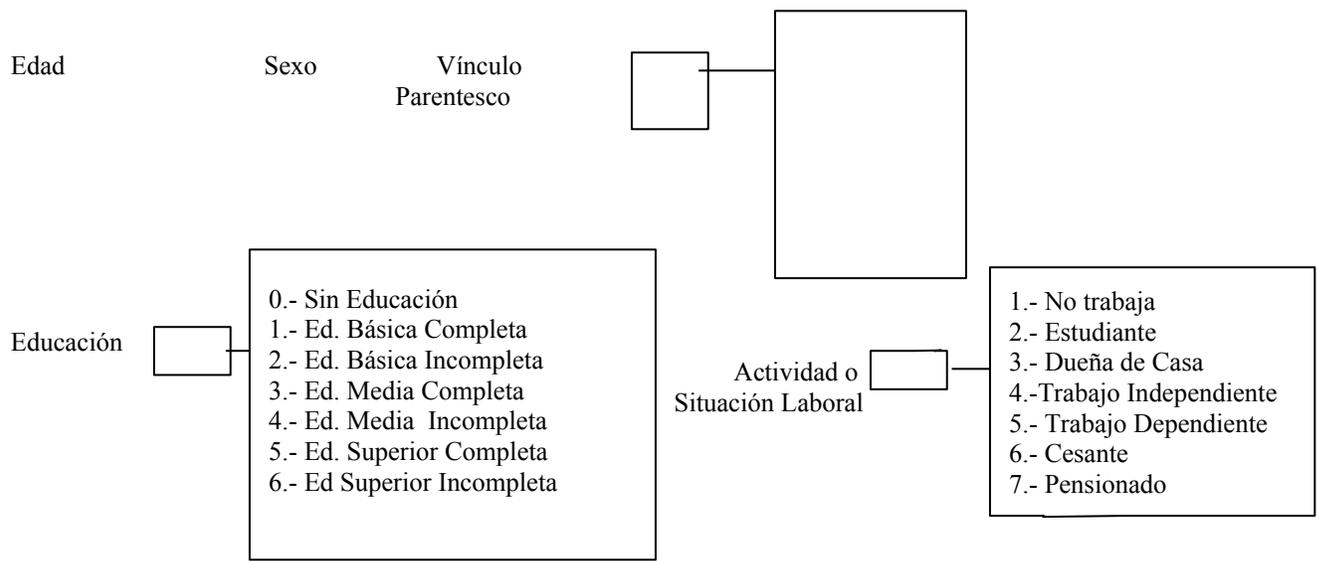
Situación Laboral Actual:

- 1.- No trabaja
- 2.- Estudiante
- 3.- Dueña de Casa
- 4.- Trabajo Independiente
- 5.- Trabajo Dependiente
- 6.- Cesante
- 7.- Pensionado

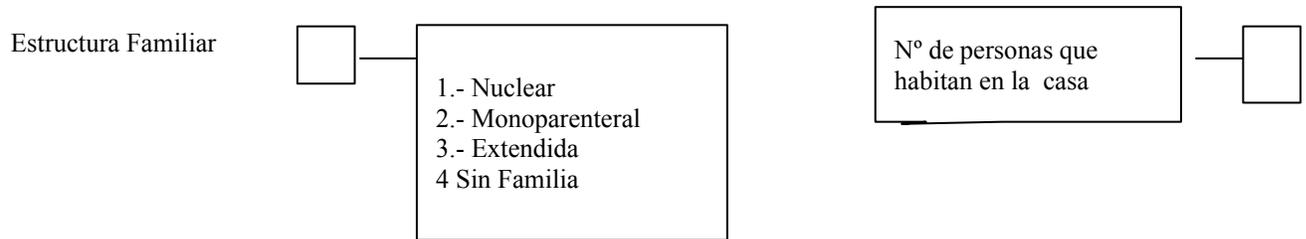
Fecha de Ingreso al Programa:

Año de Diagnostico de la Diabetes

II CARACTERÍSTICAS DE ACOMPAÑANTE:

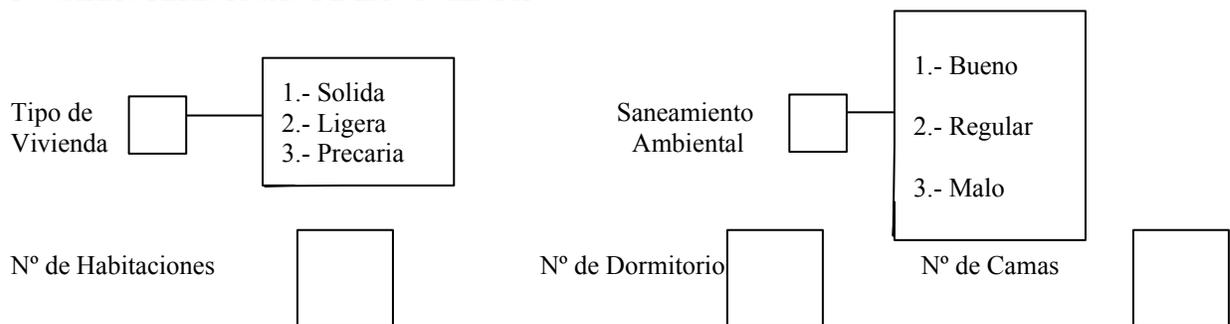


III CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA



Ingreso Familiar Aproximado

IV CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA



ANEXO 3: DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El objetivo de esta entrevista es desarrollar un tipo de atención centrado en las necesidades del paciente para lograr motivarlo en cuanto a tomar protagonismo en el cuidado de su salud.

El desarrollo de esta actividad consta de dos etapas: la primera es capacitar a los integrantes del equipo profesional que participan de este proyecto y que deberán realizar esta actividad en los pacientes asignados, y la segunda el abordaje de los pacientes con esta modalidad de atención.

El propósito de la capacitación del equipo fue generar un tipo de atención centrada en el paciente, es decir lograr que el equipo adquiriera destrezas que le permitan un afrontamiento proactivo en relación a los cuidados de la salud de las personas que tienen diabetes. Se distinguen dos objetivos: confrontar al equipo con esta entrevista que se espera se convierta en un modelo de atención, y además reconocer las singularidades de la entrevista desde una mirada crítica y ampliamente perfectible en la práctica, tanto desde el punto de vista del manejo de pacientes diabéticos como así de otro tipo de pacientes que presenten alguna patología crónica. Como producto de este proceso de construcción colectiva se logró tener un instrumento de apoyo al entrevistador (Anexo 3.1) el que fue realizado por el equipo apoyándose en la propuesta realizada por el Programa del Adulto del Ministerio de Salud para el manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad.

Se realizaron 4 sesiones educativas donde se trabajaron los contenidos teóricos del instrumento EM, luego de lo anterior se realizaron 2 sesiones prácticas entre los integrantes del equipo para ejecutar las técnicas de esta entrevista: escucha activa y generar un clima afectivo etc.

Es importante destacar que este proceso educativo es fundamentalmente de auto instrucción, pues los integrantes del equipo nunca habían trabajado con esta modalidad de atención, para lo cual se diseñaron módulos de auto instrucción los que preferentemente debían ser leídos para ser discutidos en las sesiones. Otro elemento de apoyo a la práctica, fue que la primera entrevista la realizó el entrevistador más un acompañante integrante del equipo que apoyaba al entrevistador y que al final de la entrevista ayudaba a revisar la técnica y corregir posibles errores.

En este estudio la EM se mostró como una actividad útil para plantearse que es lo que se espera del paciente en el cumplimiento de las metas terapéuticas.

En el contexto de este trabajo se programaron tres encuentros individuales donde se aplicaría esta entrevista. La asistencia del grupo experimental a esta actividad fue de 100% y las personas se muestran satisfechas, aunque sorprendidos con la forma de trabajo. Por ejemplo, no se habla de la diabetes como tal ni se ejecuta el cuestionario típico de cómo están, qué han hecho y porqué no han cumplido las indicaciones para controlar su enfermedad sino que se aborda indirectamente estos temas a través de preguntas que generen cuestionamiento en el paciente en lo relacionado a sus estilos de vida y como estos pueden conducir a un control positivo o negativo en el control de su enfermedad. Definitivamente el número de entrevistas que se programen debe ser mayor ya que al enfrentarnos al programa educativo aun se observa falta de motivación y principalmente una baja percepción de auto eficacia por lo que estos elementos fueron tratados en los talleres de educación grupal nuevamente. Es importante destacar que el horario de la entrevista es programado en conjunto con el paciente por lo que la mayoría de las entrevistas se realiza después de las 17 horas y también los días sábados ya que

estos horarios coinciden con el tiempo libre del paciente.

El 92% de las entrevistas fueron realizadas por dos de las cuatro personas que originalmente se capacitaron para esta actividad debido a que sólo ellas lograron cambiar su modalidad de atención y desarrollar el eje central de esta entrevista.

ANEXO 3.1

PROTOCOLO PACIENTE DIABETICO ENTREVISTA MOTIVACIONAL

I PROTOCOLO PARA DEFINIR ETAPA DE CAMBIO

Este protocolo se aplica durante la entrevista motivacional.

OBJETIVO: Definir en que etapa de cambio se encuentra el paciente

1. Saludo Inicial :

2. Identificación del Paciente Nombre:

Otros antecedentes de importancia:

3. Conocer la razón por la cual el paciente asiste a la reunión

Algunas preguntas de apoyo para lograr mayor profundidad en las respuestas:

¿Cree Ud. que es importante venir a estas reuniones?

¿Hay algo que lo inquiete y en lo cual yo lo pueda ayudar?

Si logró definir en que estado con relación al cambio se encuentra el paciente descríballo

Conocimiento del estado de salud integral de paciente

En relación con el estado de salud de las últimas semanas, ¿Qué le parece importante contarme?

Ofrecer información al paciente sobre el programa

Aplicación de Encuesta de Conocimiento

Información sobre elementos relacionados con el cuidado de la diabetes

II PROTOCOLO PARA EL PACIENTE EN ETAPA DE PRECONTEMPLACION

OBJETIVO:

Que el paciente comience a pensar en modificar su estilo de vida en lo que tiene relación con el cuidado de su enfermedad

ACTIVIDADES:

Proporcionar información sobre las ventajas de un comportamiento más saludable

Ayudar al paciente a establecer prioridades y confiar en su capacidad de cambio

Preguntas de apoyo para lograr mayor profundidad en las respuestas

¿Siente Ud. que la Diabetes es un problema?

¿Qué tendría que pasarle a Ud. para reconocer esta enfermedad como un problema?

¿Ha intentado hacer cambios en su forma de alimentarse o en lo que se refiere a los cuidados de su enfermedad?

¿Hay situaciones difíciles que Ud. ha logrado manejar en el pasado?

III PROTOCOLO PARA EL PACIENTE EN ETAPA CONTEMPLACION

OBJETIVO:

Hacer un plan específico relacionados con los pilares básicos del manejo de la diabetes

ACTIVIDADES:

Ofrecer apoyo y orientarle a desarrollar un plan de cambio

Entregar material de apoyo

Preguntas de apoyo para lograr mayor profundidad en las respuestas

¿Qué razones lo hacen decidir un cambio de conducta?

¿Qué espera Ud. de este cambio?

¿Qué cree Ud. que necesita saber acerca del cambio?

¿Qué cosas y personas lo han ayudado antes en esta etapa?

EN ESTA ETAPA EL PACIENTE DEBE SER INCORPORADO A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS

ANEXO 4: DESCRIPCIÓN DE LOS TALLERES DE EDUCACION GRUPAL

Se desarrollaron secuencialmente las etapas de capacitación del equipo profesional, diseño del programa educativo y ejecución del mismo.

En una primera etapa se compartió con el equipo profesional algunos elementos teóricos relacionados con la educación de adultos que desde el punto de vista del sustento teórico de esta tesis era importante tratar. La autora diseñó un programa de capacitación dirigido al equipo en torno al objetivo principal de la educación sanitaria que es facilitar a las personas la adopción voluntaria de comportamientos que le conduzcan a un mayor nivel de salud a través de una combinación de diferentes experiencias de aprendizaje. Para esto se entregaron módulos de auto instrucción donde se trabajan estos contenidos siendo el eje central el que los integrantes del equipo logren desarrollar habilidades que les permitan planificar y ejecutar un programa educativo basado en las necesidades de aprendizaje de los pacientes. Tanto la capacitación del equipo como el desarrollo del programa educativo se trabajó en base a los tres elementos que se consideran esenciales en un proceso de aprendizaje: diseño del proceso de aprendizaje propiamente tal, planificación de las estrategias para lograr el aprendizaje y desarrollo de un proceso de evaluación del aprendizaje.

Es importante mencionar que todas estas etapas se desarrollaron en base a la información obtenidas en las vistas domiciliarias donde se evaluó el apoyo familiar que reciben los pacientes diabéticos en relación a los cuidados de su enfermedad, como así también los conocimientos que tienen las familias y el paciente diabético en cuanto a la enfermedad y medidas de control de ésta. La idea de fondo es rescatar y/o convertir al paciente en un agente reflexivo frente a su estado de salud (proceso que comienza con la entrevista

motivacional), con capacidad de aplicar conocimientos mediante el desarrollo de habilidades y actitudes que los lleven a desempeñarse adecuadamente frente a su enfermedad.

El proceso de capacitación del equipo es bastante complejo ya que cuando se trabajan los módulos se observa una actitud bastante empática pero al momento de definir los contenidos se pone en evidencia el enfoque educativo tradicional: en vez de una construcción del conocimiento centrada en los pacientes aparece la necesidad de imponer conceptos y definiciones de la enfermedad y su manejo. Se agrega a esto la dificultad para compatibilizar horarios con las disponibilidades de los pacientes.

Se planificaron 8 sesiones educativas para los 20 pacientes acompañados cada uno por un familiar. Finalmente se logró cumplir esta meta pero con mucha dificultad; la asistencia fue menor a la esperada y hubo que re-citar y repetir las sesiones en múltiples oportunidades hasta cumplir lo programado.

Se planifico ocho sesiones de una hora cada una con un intermedio de quince minutos en que se realiza una actividad de relajación; las sesiones siguen la siguiente estructura saludo y presentación de cada uno de los participantes, mediante una dinámica de presentación, consiguientemente se realiza una presentación por parte del moderador de los temas a tratar, el desarrollo de estos temas es mediante la realización de trabajos grupales y breves exposiciones por parte del moderador. Se utiliza material de apoyo audiovisual principalmente transparencias en las cuales se exponen brevemente los conceptos tratados, se finaliza cada una de las sesiones con una síntesis de las principales ideas vertidas a modo de plenaria la cual es realizada en su totalidad por los participantes.

ANEXO 5: DESCRIPCIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA

El objetivo de la encuesta es conocer la opinión y nivel de satisfacción de las personas diabéticas que participan de este proyecto respecto de la calidad de atención al inicio y al final de la intervención.

Con el fin de facilitar el análisis se consideraron principalmente preguntas de alternativa, las que fueron extraídas de la Encuesta de Satisfacción Usuaría realizada en el CESFAM Bernardo Leighton durante el año 1998; estas preguntas apuntan principalmente a conocer la evaluación, nivel de satisfacción y nivel de resolutivez de la atención recibida como también la posibilidad de cumplimiento y comprensión de las indicaciones dadas por el profesional que lo atendió.

La encuesta fue aplicada al grupo experimental al inicio de la sesión de entrevista motivacional y al final de los talleres, de modo que permita evaluar las variaciones de percepción respecto de la atención entre antes y después de la intervención.

Es importante señalar que no se pretendió un análisis específico por profesional, si no mas bien conocer la opinión del grupo de participantes de este proyecto en lo que se relaciona con la atención recibieron.

ANEXO 5.1

ENCUESTA

I EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

a) La Atención que ud. Recibe cuando asiste al consultorio a su control de diabetes es:

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

Muy Mala

b) El trato que recibió en su control de crónicos es:

Muy Bueno

Bueno

Regular

Malo

Muy Malo

c) El tiempo de espera par ser atendido lo encuentra:

Mucho

Adecuado

Poco

II NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

a) Quedo conforme con la atención recibida:

Muy Conforme

Conforme

Regular

Inconforme

Muy Inconforme

III NIVEL DE RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCIÓN

a) Se resolvió su necesidad

Totalmente

Parcialmente

IV POSIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES

a) Dentro de sus posibilidades, considera que puede cumplir las indicaciones

Todas

Algunas

Ninguna

V AUTOPERCEPCIÓN DEL NIVEL DE COMPRENSIÓN DE LAS INDICACIONES

a) Comprendió las indicaciones

Sí

Regularmente

NO

ANEXO 6: DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR

Esta actividad tiene por objeto evaluar el apoyo familiar y el nivel de conocimiento de diabetes de la familia. El apoyo familiar que recibe el paciente diabético en lo que dice relación con el manejo de su enfermedad es un elemento clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Por otra parte, para que las familias puedan organizar su contexto de apoyo se requiere de educación acorde con sus necesidades; de acuerdo con esto se investigan los conocimientos que estas tienen en relación al manejo de la enfermedad, información que se utilizara en la realización del programa educativo en los temas que se refieren a apoyo familiar.

La encuesta corresponde a una adaptación de un instrumento desarrollado para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2(45) Se consideraron principalmente preguntas de alternativa incorporadas en dos areas: los conocimientos de las familias relacionadas con las medidas de control y complicaciones de la diabetes y las actitudes familiares hacia el enfermo y las medidas de control.

La encuesta fue aplicada al grupo experimental, en el momento en que se realizan las visitas domiciliarias.

ANEXO 6.1

ENCUESTA DE EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR

I EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS FAMILIAS SOBRE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD

- a) El diabético debe controlar en su casa los niveles de glucosa en sangre
- Todos los días
 - Día por medio
 - Una vez por semana
 - Una vez al mes
 - Nunca
- b) Para mantener el control el enfermo diabético debe tomar sus medicinas
- Todos los días
 - Día por medio
 - Una vez por semana
 - Una vez al mes
 - Nunca
- c) Considera necesario que el paciente diabético controle su alimentación en cuanto a horarios y tipos de alimentos a consumir
- Todos los días
 - Día por medio
 - Una vez por semana
 - Una vez al mes
 - Nunca
- d) Considera necesario que el paciente diabético realice ejercicios físicos
- Tres veces por semana
 - Una vez por semana
 - Una vez al mes
 - Cada tres meses o menos
 - Nunca
- e) Considera necesario que el paciente diabético periódicamente acuda a un control específico para evaluar el estado de sus pies
- Una vez al mes
 - Cada tres meses
 - Cada seis meses
 - Una vez al año o menos
 - Nunca

II EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS FAMILIAS SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

- a) Son comunes la infecciones en los diabéticos
En todos los diabéticos
En algunos
Solo en aquellos que se han mantenido descontrolados
- b) Una persona diabética puede tener una enfermedad al corazón
Todos los diabéticos
Solo aquellos que no mantienen un buen control metabólico
Sólo los que tienen antecedentes genéticos
Nunca
- c) El diabético descontrolado puede tener alguna enfermedad asociada a la diabetes
Sí, si no se controla adecuadamente
Sí, independiente de su control
Nunca
- d) Mencione algunas enfermedades que puede presentar su familiar por el echo de tener diabetes
- e) El diabético que se ha mantenido controlado puede tener alguna enfermedad asociada a la diabetes
- Casi Siempre
Ocasionalmente
Rara Vez
Nunca

III EVALUACION DE LAS ACTITUDES DEL FAMILIAR HACIA EL ENFERMO

- a) Colabora en la preparación de los alimentos de su familiar
Todos los días
Día por medio
Una vez por semana
Una vez al mes
Nunca
- b) Cuando su familiar come más alimentos de los indicados, ud le recuerda el riesgo
Siempre, cada vez que lo hace
Casi Siempre, deja pasar algunas ocasiones
Rara Vez, la mayoría de las veces lo deja y no le dice nada
Nunca
- c) Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones dadas en sus controles
Siempre, en todas las ocasiones que asiste a sus controles
Casi Siempre, dos de las cuatro veces que asiste a sus controles
Nunca
- d) Acompaña a su familiar a los controles de salud
Siempre, a todos los controles
Casi Siempre, dos de las cuatro veces que asiste a sus controles
Ocasionalmente, sólo a uno de sus controles
Nunca
- f) Conoce las dosis de medicamentos que debe tomar su familiar
Sí
No
- g) Se da ud cuenta cuando su familiar se olvida de tomar sus medicamentos
Sí todas las veces
Sí Casi Siempre
Nunca

ANEXO 7

ENCUESTA PARA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SOBRE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Con relación a la siguiente pregunta responda verdadero o falso
Los principales cuidados que el paciente diabético debe tener con su salud son

1. Hacer ejercicios
2. Tomar los medicamentos indicados por el medico
3. Alimentarse según lo indicado en sus controles habituales
4. El consumo de hierbas y otros productos naturales puede reemplazar los medicamentos
5. Mantener un peso adecuado
6. Los diabéticos deben tomarse exámenes sangre, orina en forma anual
7. Puedo comer de todo menos azúcar
8. No estar obeso
9. Evitar el cansancio y las preocupaciones
10. Solo controlarse cuando se sienta enfermo
11. Solo con asistir a sus controles de salud estará compensado
12. El cuidado de los pies no es de mucha importancia
13. Es importante asistir al Podólogo
14. Los cuidados que debe tener con sus pies son: cortar las uñas en forma recta, mantenerlos secos y revisarlos todos los días
15. Relajarse física y mentalmente
16. El tener algunas veces la glicemia alta no constituye daño para la salud

