



Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

TRABAJO DE DIPLOMA

“Estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el Centro de Atención al paciente Diabético de Villa Clara”

Autor: Liset Nodarse Santos

Tutoras: MsC. Yaima Castillo Figueroa.

Dr. C Osana Moleiro Pérez.

Santa Clara

2013



Exergo

Tú eres el resultado de ti mismo.

No culpes a nadie, nunca te quejes de nadie ni de nada.

Porque, fundamentalmente, tú has hecho lo que querías con tu vida.

*Acepta la dificultad de edificarte a ti mismo y el valor de cuidarte del fracaso
para volver e empezar corrigiéndote...*

*Recuerda que cualquier momento es bueno para comenzar
y que ninguno es bueno para claudicar...*

*No olvides que la causa de tu presente es tu pasado, así como la causa de tu futuro es tu
presente...*

*Aprende a nacer desde el dolor y a ser más grande, que el más grande de tus obstáculos
mírate en el espejo de ti mismo, comienza a ser sincero contigo, reconociéndote a ti mismo...*

*Tú eres parte de la fuerza de tu vida ahora, despiértate, lucha, camina decídete y triunfarás
en la vida...*

Pablo Neruda



Dedicatoria

DEDICATORIA

A toda mi familia, que es lo más importante que tengo en la vida, porque cada una de las personas que la conforman ha aportado algo especial en mi formación como ser humano y a ellos le debo todo lo que soy:

A mi madre adorada, por traerme al mundo con muchísimo amor, por su constante protección, educación dedicada y cariñosa; por ser el sol que ilumina mis días, siempre indicándome el camino correcto y aun cuando cometo errores me brinda su apoyo incondicional. Por ser única.

A mi padre querido, por darme la vida junto a mi mamá, por tratar de forjar en mí sus mejores valores y principios, por cuidarme tanto y desear con fervor que sea siempre su niña pequeña. Por ser mi ideal de hombre, mi eterno guardián y por quererme tanto.

A mi tata, mi hermanita del alma, que a pesar de la distancia que nos separa está siempre conmigo. Por sus grandes cualidades que la hacen tan especial, por preocuparse y ocuparse de todos y en especial de mí, esforzándose tanto para que tenga una vida mejor, por ser mi segunda mamá, de la que me siento plenamente orgullosa.

A mis abuelos, que han sido fuertes pilares en mi crianza

A mimi, mima, pipo y abuelo puli, por ser los abuelitos que toda nieta desea tener en su infancia, porque contribuyeron en gran medida a que tuviese una linda niñez y por acompañarme todo este tiempo incondicionalmente.

A mis tías, tíos, primos, primas y primos que quiero muchísimo, por ser luceritos que iluminan y alegran mi vida con su existencia.

A mi cuñi Carlitos que me ha asumido como su hija adoptiva, por ser tan delicado conmigo, por escribirme siempre, brindarme su comprensión y apoyo cada vez que lo necesito y quererme tanto a pesar de no tener lazos sanguíneos.

A mis amigas Yeny, Yudi y Marciña, las mejores del mundo, por considerarlas mis hermanas y ser por tanto, parte de mi familia.

Los Quiero Mucho

A large, stylized blue graphic element on the right side of the page, resembling a thick, curved line or a stylized letter 'L' that tapers towards the bottom.

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A la Dra.C Osana que al asumirme como tesiante tuvo que hacer un gran esfuerzo por sus tantas responsabilidades y por estar atravesando una etapa difícil de su vida. Por su gran experiencia, sabiduría y admirable capacidad de trabajo que nos permitió terminar a tiempo esta investigación.

A la profe Yaima porque a pesar de la distancia sus palabras de aliento fueron un gran consuelo para mí en los momentos de desesperación y se convirtieron en un motor impulsor para sacar adelante esta investigación

A Tania por su oportuna asesoría, su constante dulzura, apoyo y comprensión. Por su grata paciencia, sencillez, inteligencia y dedicación.

A todos los trabajadores del CAD de Villa Clara, en especial a Gilda, Iris y la doctora Elba, que con su apoyo contribuyeron al desarrollo de este proyecto.

A todos los pacientes del CAD que participaron voluntariamente en esta investigación.

A mis padres que han estado conmigo apoyándome incondicionalmente en esta difícil tarea.

A mi hermana y a mi cuñado que tanto me han ayudado. Gracias por esforzarse tanto, por apoyarme siempre y por quererme mucho.

Al resto de mi familia que de un modo u otro han contribuido a este proyecto. Gracias por estar ahí para consolarme, brindarme aliento y motivarme a seguir luchando, por contribuir a que no me rindiera o al menos por hacerme sonreír en esos días nublados por tanta presión y por confiar en mí.

A mi tío Orelvis por facilitarme los medios tecnológicos en aquellos momentos en que más lo necesité, por estar pendiente de mí, preocupándose incluso por encontrarme un novio.

A mi tía Idania y toda su bella familia, que además de adoptar a mí hermana son super especial conmigo. Les agradezco a todos, pues gracias a ustedes podré materializar este gran sueño.

A mis mejores amigas, con las que he compartido durante cinco años, en una convivencia armónica, rodeada de cariño. A ellas les agradezco por ser unos seres maravillosos, por aceptarme y quererme tal como soy con todos mis defectos y virtudes. Por su eterna comprensión y apoyo y por haber vivido juntas momentos inolvidables en esta universidad.

A personitas especiales de mi cuarto, de mi año, de mi lista de amistades... a las que también debo agradecerles lindos momentos vividos en esta universidad, que permitirán que siempre permanezcan en mi corazón. Gracias a Yennis, Yisbe y Migdre por su cariño. A Rafa, Gerardo, Landy, Yoandy, Morffi, Andrés y Rafelito. A todos aquellos que aunque no nombre han significado algo importante para mí durante esta etapa.

A mis estupendas amigas de Calabazar. Con ellas he aprendido en los últimos años a ver la vida de otro modo, disfrutando juntas todos los buenos momentos que nos da la juventud, riendo mucho, compartiendo dudas, alegrías, temores, esperanzas o tristezas. Gracias por aceptarme tal como soy, permitirme entrar en sus vidas nuevamente y por ser cada una de ustedes una criatura especial. A todas gracias por ser buenas amigas, apoyarme y alentarme en este período estresante de mi vida.

A las maravillosas amigas de mi madre que son como mis tías. A Silvia por sus sabios y oportunos consejos y por su cariño. A Inesita por ser una criatura adorable, por su paciencia y amor. A Sonia por su gran ayuda. En fin a todo ese querido colectivo de trabajo.

A la vida por darme la oportunidad de convertirme en la persona que hoy soy, por llegar hasta aquí y hacer realidad este sueño.

Muchas Gracias

Resumen

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de potenciar la labor psicoeducativa del Centro de Atención al Diabético de Villa Clara. Se llevó a cabo en el período comprendido entre febrero y mayo del 2013. La muestra quedó conformada por 10 especialistas vinculados al centro así como 40 pacientes distribuidos en cuatro grupos que recibieron atención en esa etapa. Se asumió un enfoque mixto cuanti-cualitativo, con un estudio de tipo exploratorio-descriptivo que quedó estructurado en tres etapas. Se utilizó un sistema de métodos y técnicas que incluyen la observación, entrevista y revisión de documentos; así como cuatro instrumentos que fueron diseñados a los efectos de la investigación y aplicados como parte de su validación preliminar. Ellos fueron: Cuestionario para la evaluación de la Adherencia terapéutica y el Cuestionario de percepción de riesgo, en ambos casos para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, así como la Encuesta dirigida a identificar expectativas y la de Satisfacción de los usuarios. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS Versión 11.0, complementándose con la interpretación cualitativa de los mismos. Los resultados obtenidos a partir del diagnóstico de necesidades evidenciaron la pertinencia de potenciar la psicoeducación en este centro para fomentar una mayor adherencia terapéutica en dichos pacientes. Como principal aporte de la investigación se elaboró una Estrategia con diferentes acciones a nivel organizativo, metodológico y propiamente psioeducativas que responden a las sugerencias y necesidades identificadas. Finalmente se ofrecen conclusiones y recomendaciones válidas para los profesionales encargados de la atención de estos pacientes.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus tipo 2, Adherencia terapéutica, Estrategia,

Psicoeducación.

An abstract graphic on the right side of the page, consisting of a solid blue vertical bar and a curved, translucent blue shape that overlaps it, creating a layered effect.

Abstract

ABSTRACT

The research was conducted with the objective of promoting the psychoeducational work of the Diabetes Care Center of Villa Clara. Was conducted in the period between February and May 2013. The sample consisted of 10 specialists linked to the center as well as 40 patients divided into four groups that received at that stage. It assumed a mixed quantitative-qualitative approach, with a study of exploratory-descriptive was structured in three stages. Was used method system and techniques including observation, interview and document review, as well as four instruments that were designed to the effects of research and applied as part of its preliminary validation. They were: a questionnaire for the evaluation of therapeutic adherence and risk perception questionnaire, both for patients with Type 2 Diabetes Mellitus as well as survey aims to identify expectations and Satisfaction of users. Data were analyzed with SPSS version 11.0, complemented by qualitative interpretation thereof. The results obtained from the needs diagnosis demonstrated the pertinence of promoting psychoeducation in this center to encourage greater adherence in such patients. The main contribution of the research was drew up a strategy with different actions at the organizational, methodological and properly psioeducativas levels responding to suggestions and needs identified. Finally, we offer conclusions and recommendations valid for the professionals responsible for the care of these patients.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, therapeutic adherence, Strategy, Psychoeducation.

Índice

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1...FUNADAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
..Epígrafe 1 La Diabetes Mellitus como problema De salud.....	5
1.1 Epidemiología de la Diabetes Mellitus	5
1.2 Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico y tipología.....	6
1.3 Diabetes Mellitus Tipo2 : Características esenciales y criterios diagnósticos.....	7
1.4 Complicaciones asociadas y pronóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2	8
1.5 Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.....	11
Epígrafe2 Adherencia terapéutica	12
2.1 Definición conceptual de adherencia terapéutica.....	12
2.2 Factores determinantes en la adherencia terapéutica	16
2.2.1 Características demográficas y socioeconómicas.....	17
2.2.2 Factores relacionados con el paciente.....	18
2.2.3 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento	23
2.2.4 Factores relacionados con la institución sanitaria y el equipo de salud.....	23
Epígrafe Importancia de la psicoeducación para fomentar la adherencia terapéutica de pacientes con Diabetes Mellitus tipo2.....	24
3.1 El diseño de programas y estrategias de intervención.....	24
3.2 La Psicoeducación como alternativa viable para fomentar la adherencia terapéutica en paciente con Diabetes Mellitus tipo2.....	27
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	29
2.1 Diseño de la investigación.....	29
2.2 Concepción metodológica: etapas, objetivos, fases y técnicas empleadas	29

2.3 Concepción metodológica de la Etapa I.....	32
2.4 Concepción metodológica de la Etapa II.....	36
2.5. Concepción metodológica de la Etapa III.....	44
2.6 Principios éticos que rigen la investigación.....	46
 CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	47
3.1 Resultados de la Etapa I: Diagnóstico de Necesidades.....	47
3.1.1 Análisis de resultados de las técnicas aplicadas en la Etapa I.....	47
3.1.2 Análisis Integrador de la Etapa I.....	53
3.2 Resultados de la Etapa II: Diseño y validación preliminar de instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo concebido en el CAD de Villa Clara.....	53
3.2.1 Análisis de resultados de las técnicas aplicadas en la Etapa II.....	54
3.1.2 Análisis Integrador de la Etapa II.....	59
3.3 Resultados de la Etapa III: Diseño de la Estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el CAD para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo2	60
3.3.1 Evaluación de la estrategia diseñada.....	77
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
Conclusiones	79
Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	II
ANEXOS	III



Introducción

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se han alcanzado avances significativos en las ciencias médicas que posibilitan prolongar notablemente la vida, sin embargo constituye una realidad la existencia e incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles para las cuales no existe cura, sólo tratamiento. Según el informe de las Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2011, estas enfermedades figuran en la lista de las diez principales causas de muerte que aquejan a la población mundial, especialmente en países de medianos y altos ingresos. En este sentido, esta organización alerta sobre la importancia y necesidad de prever y comprender su relevancia y de intervenir inminentemente en ellas.

Tal es el caso de la Diabetes Mellitus, enfermedad que se ha convertido en un importante problema de salud pública. La OMS (2011) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030. Desde el punto de vista epidemiológico, se describe un notable incremento de esta enfermedad a nivel mundial. Según la OMS (2011) este padecimiento se encuentra entre las principales causas de muerte en los países de altos y medianos ingresos. En Colombia se ubica entre las diez primeras, en México, hoy día, ocupa el primer puesto y en Cuba, el octavo lugar.

En nuestro país, se ha estimado la prevalencia de la Diabetes Mellitus en el 6 % de la población. Según el Ministerio de Salud Pública en su Anuario estadístico (2011) aproximadamente, 1 de cada 22 cubanos padecen la enfermedad y es necesario destacar que en estas cifras se incluyen individuos supuestamente sanos, ya que por cada diabético conocido se han diagnosticado entre 1 y 2 que desconocían padecerla.

Aunque esta enfermedad cuente con varias tipologías, específicamente la diabetes mellitus tipo 2 es la de mayor prevalencia y como padecimiento crónico supone en alguna medida un impacto sobre la vida del sujeto y una ruptura en su comportamiento habitual y estilo de vida cotidiano. Dichos cambios suelen ir en detrimento de la calidad de vida del paciente, entendida como la percepción personal de un individuo acerca de su situación de vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Campillo, 2004).

El paciente diabético debe enfrentar serias dificultades para llevar a cabo su tratamiento, lograr el control metabólico y prevenir múltiples complicaciones. Además de la ingestión de medicamentos, se requieren otras medidas de control, que incluyen modificaciones en el estilo de vida, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso corporal, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies, el cuidado de los dientes, así como un afrontamiento positivo desde el punto de vista psicológico (Mérez, 2005). Por ello uno de los retos fundamentales de la intervención psicológica en pacientes diabéticos está enfocado no sólo en la investigación de aquellos factores que modulan el control metabólico, sino también de aquellos que tienen repercusión en la adherencia terapéutica. El término adherencia ha sido definido como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982).

Diversos estudios demuestran los efectos positivos de la correcta adhesión al tratamiento, lo que se corresponde con investigaciones realizadas en pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, en las cuales se constató que adecuados niveles de adherencia al tratamiento, incluidas las modificaciones higiénicas y dietéticas y las medidas de autocuidado, reducen las complicaciones y la discapacidad, a la par que mejoran la calidad y esperanza de vida de estos pacientes (Rodríguez, 2009).

En función de estas particularidades del paciente diabético y debido a su creciente incremento en nuestro país en el año 2000 se elaboró el Programa Nacional de Diabetes definiéndose un plan de medidas para los diferentes niveles de atención y específicamente se propone instituir Centros de Atención a Diabéticos (CAD) en las provincias que no disponían de tal servicio, como un elemento importante para el desarrollo del Programa. Es así que se crea el CAD en la provincia de Villa Clara, el mismo posee la misión de dirigir y ejecutar acciones para alcanzar un desempeño de excelencia en la atención integral a la salud del diabético, con un enfoque dirigido al entrenamiento, educación y motivación, se ha priorizado la satisfacción de los pacientes y la excelencia en los servicios de salud. Sin embargo, a pesar de la ardua y profesional labor que se ha venido desarrollando en él, investigaciones recientes como la de Pérez y Rodríguez (2012) demuestran que aún persisten dificultades en la adherencia terapéutica en gran parte de los pacientes que asisten a la institución.

Tanto en el ámbito nacional como internacional se han implementado programas dirigidos a la Educación diabetológica y se han realizado intervenciones psicológicas dirigidas a este tipo de pacientes. Sin embargo, no existen muchas evidencias de investigaciones donde se fusionen ambas perspectivas interventivas, por lo que se considera que la psicoeducación sería una alternativa viable. Mientras la educación diabetológica puede quedarse a un nivel informativo la psicoeducación, se enfoca hacia la modificación de conductas, basándose en los recursos, habilidades y fortalezas propias de los pacientes para el logro de una mejor convivencia con la enfermedad, en función de sus particularidades psicológicas y su contexto de vida. La teoría que sustenta esta modalidad interventiva enfatiza en que mientras mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Desde esta perspectiva se enfoca la presente investigación, la cual persigue como propósito contribuir al perfeccionamiento de la labor que realiza el CAD de Villa Clara. Por tanto se propone como *problema de investigación*:

- ¿Cómo potenciar la labor psicoeducativa del Centro de Atención al Diabético (CAD) de Villa Clara, para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2?

Objetivo General:

- Proponer una estrategia que potencie la labor psicoeducativa en el CAD de Villa Clara, para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Objetivos específicos:

- Explorar la concepción educativa que sustenta la labor del CAD de Villa Clara.
- Diseñar instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados como parte del sistema de trabajo concebido en el CAD de Villa Clara.
- Concebir una estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa que desarrolla el CAD para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que son atendidos en dicha institución.
- Evaluar la estrategia propuesta a través del juicio de especialistas en el tema.

Hasta el momento se han elaborado diferentes programas, guías e incluso estrategias en función del paciente diabético, pero la mayoría no han trascendido el plano de la educación diabetológica. Precisamente, la novedad de la presente investigación radica en que la misma trasciende los marcos propiamente educativos y se dirige a potenciar la psicoeducación en el CAD de Villa Clara en aras de lograr mayores niveles de adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Por su parte, la profundización en temas como la adherencia terapéutica y la psicoeducación en la diabetes mellitus, que son poco abordados por su nivel de complejidad, le otorga un valor teórico importante al estudio.

Desde el punto de vista metodológico se aportan diversos instrumentos de evaluación psicológica que han sido elaborados para ser incorporados al sistema de trabajo concebido en el CAD. En el orden práctico-asistencial se propone una estrategia que incluye acciones de nivel organizativo, metodológico y propiamente psicoeducativo que tributan a un mejor funcionamiento interno del CAD de Villa Clara. De este modo, podrá beneficiarse tanto el personal del centro que contará con recursos que han sido elaborados para la prestación de sus servicios de manera contextualizada y con rigor científico, así como los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que recibirán una atención de mayor calidad. Como resultado se espera propiciar una mayor eficacia y efectividad de los servicios que ofrece el CAD expresado en el incremento de los niveles de adherencia terapéutica y de control de la enfermedad, así como de la satisfacción de sus usuarios.

El informe de investigación consta de tres capítulos. En el primero se abordan los fundamentos teóricos, profundizando en la Diabetes Mellitus tipo 2 como problema de salud y la problemática de la adherencia terapéutica y sus determinantes, así como la importancia de la psicoeducación. En el segundo se describe el diseño metodológico de cada una de las tres etapas de la investigación. En el tercer capítulo, se exponen los resultados alcanzados a partir de los cuales se derivan las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación. Por último, se plasman las referencias bibliográficas y los anexos que complementan los resultados.

Capítulo I

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Epígrafe 1. La Diabetes Mellitus como problema de salud.

1.1 Epidemiología de la Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia, al hecho de que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, clase social y área geográfica, a su elevada morbilidad, mortalidad y coste sanitario.

Según la OMS (2011) este padecimiento ocupa el octavo lugar entre las principales causas de muerte en los países de altos ingresos y el noveno en los de medianos ingresos. En la 5ª edición del Atlas de Diabetes que realiza estimaciones sobre sus datos actuales y publica previsiones futuras, se estima que en el año 2011, había 366 millones de personas con DM en el mundo y esta cifra se incrementará hasta 552 millones en el año 2030 siendo los países de bajos y medios ingresos los que se enfrentan al mayor crecimiento de la misma.

Esta enfermedad se ha convertido en un padecimiento muy temido debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias asociadas a su tratamiento y a las propias complicaciones degenerativas que atentan contra la calidad de vida de estas personas, así como por ser responsable de un alto porcentaje de muertes. Además su carácter irreversible, complejiza su abordaje tanto para los pacientes como para el profesional implicado y su familia, debido a que a sus efectos sobre el organismo se agregan condicionantes psíquicas, que pueden generar estrés y conductas atípicas, pues se supone se deben realizar constantes esfuerzos durante el resto de su vida.

En América Latina, el país que tiene más personas con este padecimiento es México. Sin embargo, Cuba no queda exenta de esta realidad, la población diabética en nuestro país constituye aproximadamente del 3-6% del total. En un documento emitido por las Direcciones Nacionales de Epidemiología y Asistencia Médica (2012), perteneciente al Ministerio de Salud Pública, se refiere a que la diabetes continúa siendo la octava causa de muerte en nuestro país, con tendencia ascendente y cobrando cada vez más muertes prematuras; constituye una gran carga social, sanitaria y económica, igualmente repercute sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores (Proceso de Implementación del Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en la Atención Primaria de Salud, 2012).

Específicamente en la provincia de Villa Clara, donde tiene lugar la presente investigación se registró hasta el año 2011 un valor total de 34 407 pacientes, con este padecimiento, de ellos 29957, sufren diabetes tipo 2 (Citado en Pérez, 2012).

1.2 Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico y tipología.

La Diabetes Mellitus es un padecimiento cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo de un sujeto la definen como una enfermedad endocrina y metabólica, crónico-degenerativa de origen multifactorial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia). La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos (Herrera, 2007).

Por su parte la Sociedad Venezolana de Endocrinología (2008), define la DM como: “Una enfermedad que incapacita al cuerpo para metabolizar o usar eficazmente los carbohidratos, las proteínas y las grasas”. Cuando comemos, los alimentos (especialmente carbohidratos y frutas) se convierten en glucosa. Todas las células del cuerpo necesitan glucosa para vivir, pero la glucosa no puede penetrar en las células sin la intervención de la insulina. La insulina se produce con las células betas, que están ubicadas en el extremo del páncreas.

El cuadro clínico se caracteriza por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados o insuficientes. Se produce una disminución o absoluta falta de secreción de insulina por las células pancreáticas, junto a un exceso en la producción de las hormonas circulantes.

En dichas hormonas el componente estresante (catecolamina, cortisol y glucagón) determina la elevación patológica de la glucemia presentándose la hiperglucemia, que es el elevado nivel de glucosa en sangre. Esta alteración provoca glucosemia que es la presencia de cantidades anormales de azúcar en la orina, la que por su parte provoca la poliuria (incremento del nivel de orina), y genera polidipsia (incremento de sed). Por tales razones resultan frecuentes las

manifestaciones de cansancio, astenia, fatigabilidad, polifagia (hambre constante), cicatrizaciones lentas, prurito en el cuerpo, crisis de sudoración, calambres en los dedos, avidez por los dulces, así como cambios en la visión (Rodríguez, 2010).

La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de DM: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional, cada una con diferentes causas, con distintas incidencias. Varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de los distintos tipos de diabetes: le confieren un carácter autoinmune, característico de la DM tipo 1; hereditario y de resistencia del cuerpo a la acción de la insulina, como ocurre en la DM tipo 2. Por último, durante el embarazo, que constituye un período de gran esfuerzo metabólico para el cuerpo de la madre, existe una mayor posibilidad de presentar una deficiencia de la hormona insulina, o las propias hormonas por la gestación pueden crear insulinoresistencia en una mujer predispuesta genéticamente a este padecimiento. Además se mencionan en la literatura la existencia de otro tipo de diabetes ocasionada por defectos genéticos, enfermedades del páncreas, del sistema endocrino, inducida por fármacos, sustancias químicas o infecciones.

1.3 Diabetes Mellitus tipo 2: Características esenciales y criterios diagnósticos

La DM tipo 2 es la más común, comprende entre 85% y 90% de los pacientes diabéticos. Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de la glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la insulina a la propia célula están dañados.

Se desarrolla generalmente en la adultez, aunque puede aparecer en otras etapas del desarrollo. Los factores epigenéticos del individuo reconocidos como sus determinantes son el sobrepeso y la obesidad relacionados con el sedentarismo, así como el estrés emocional, la alimentación rica en fructosa y ácidos grasos saturados, el tabaquismo, alcoholismo y la falta de control de enfermedades concomitantes (Castillo, 2008).

A diferencia de la DM tipo 1 los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 no precisan insulina para mantener la vida, pero pueden requerirla para conseguir el control glucémico. Aunque se sabe que tiene una fuerte predisposición genética, tal factor no está claramente

definido. Esta forma de diabetes corresponde a lo que anteriormente se denominaba Diabetes Mellitus no insulino dependiente o del adulto (por encima de los 40 años), su etiología es desconocida y ha sido más difícil de delimitar en sus componentes genéticos que la tipo 1.

De acuerdo con la propuesta del *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*, el diagnóstico se establece cuando se cumple cualquiera de los siguientes requisitos:

- Cuando se sospeche diabetes mellitus tipo II y se confirme a través de la prueba.
- de detección en un individuo aparentemente sano.
- Cuando se presenten los síntomas clásicos de diabetes como: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida injustificada de peso, acetonuria (en algunos casos) y se registre glucosa plasmática casual >200 mg/dL (glucemia determinada en cualquier momento sin ayuno previo).
- Elevación de la concentración plasmática de glucosa en ayuno 126 mg/dL, en más de una ocasión.
- Glucemia en ayuno menor al valor diagnóstico de diabetes, pero con una concentración de glucosa 200 mg/dL en plasma venoso, 2 horas después de la carga oral de 75g de glucosa, en más de una ocasión.

Para el diagnóstico de intolerancia a la glucosa deben cumplirse las dos condiciones siguientes:

- Glucosa plasmática de ayuno: > 110 mg/d; pero < 126 mg/dL.
- Glucemia a las 2 horas poscarga oral de glucosa: > 140; pero < 200 mg/dL en plasma venoso.

Al interpretar los criterios de diagnóstico de la Diabetes Mellitus 2 deben identificarse y evaluarse ciertos factores que elevan los niveles de glucosa en plasma y que pueden alterar el resultado de la prueba en ausencia de la enfermedad, tales como: administración de algunos medicamentos antihipertensivos, betabloqueadores, diuréticos tiazídicos, glucocorticoides, preparados que contienen estrógenos, los cuales para no afectar los resultados deben suspenderse un mes previo a la prueba.

1.4 Complicaciones asociadas y pronóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2

Las complicaciones que pueden surgir como consecuencia de padecer diabetes pueden ser agudas y crónicas o a largo plazo (American Diabetes Association, 2002). Las mismas guardan estrecha

relación con el descontrol de los niveles de glucosa en sangre: hipoglucemia, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar no cetósico y acidosis láctica (Torres, 2009). Las complicaciones agudas son:

- *La hipoglucemia:* ocurre cuando hay muy poca glucosa en la sangre, lo cual puede deberse al exceso de insulina, insuficiente comida o ejercicio excesivo. Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardíacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos. Algunos síntomas asociados a la respuesta del cerebro, a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo. Si no se trata con rapidez, la hipoglucemia puede ocasionar un estado de inconsciencia (Chavey y Dávila, citado en Castillo, 2008).
- *La hiperglucemia:* es una complicación común, causada por falta de insulina y/o ingestión excesiva de alimentos. Algunos síntomas de hiperglucemia son letargo, sed, poliuria y visión borrosa. La hiperglucemia crónica puede incurrir en cetoacidosis diabética, la complicación aguda más seria (Chavey y Dávila, citado en Castillo, 2008).
- *La cetoacidosis diabética* se puede definir como un trastorno metabólico agudo que consiste en tres irregularidades concomitantes: elevado nivel de glucosa en sangre (hiperglucemia), elevado nivel de cuerpos cetónicos (hipercetonemia) y acidosis metabólica. Causa náuseas, vómitos y dolor abdominal y puede progresar a edema cerebral, coma y muerte (Merck, 2007).

Por su parte, las complicaciones crónicas son secundarias al efecto de la hiperglucemia crónica en la producción de complicaciones a largo plazo, lo cual se correlaciona con el daño oxidativo de los tejidos, que pierden propiedades físicas y químicas necesarias para el adecuado desempeño de sus funciones y todo ello secundario a los niveles de azúcar elevados por mucho tiempo y agravados por otros factores. La hiperglucemia está notoriamente implicada en la causa de la enfermedad de los grandes y pequeños vasos sanguíneos y de los nervios (Torres, 2009).

Dentro de estas complicaciones se encuentran las vasculares, las cuales se clasifican en dos grupos:

1. Las macrovasculares dentro de las cuales se encuentran las coronarias (angina, infarto miocárdico); las carótidas y cerebrales (accidente vascular encefálico como infarto, hemorragia, etc.) y las periféricas (claudicación intermitente, ulceración, gangrena).
2. Las microvasculares, las cuales están compuestas por las oculares (retinopatía, catarata, parálisis de nervios craneales, glaucoma); las renales (microalbuminuria, nefropatía incipiente o macroproteinuria, síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica terminal, pielonefritis crónica); sistema nervioso periférico autónomo (neuropatía periférica, amiotrofia, neuropatía autónoma visceral). (Matarama, 2005 citado en Castillo, 2008).
3. Las complicaciones a largo plazo aumentan en severidad dependiendo del nivel de control de glucosa que la persona ha mantenido a través de su enfermedad. Las más comunes son: la retinopatía, la nefropatía y las enfermedades cardiovasculares. De igual modo las amputaciones, las enfermedades dentales, las complicaciones en el embarazo y la disfunción sexual son relacionadas al diagnóstico de diabetes. (Chavey y Dávila, 2007).

El pronóstico de la DM tipo 2 depende de los factores de riesgo, la evolución de la enfermedad, el grado de control metabólico y la ausencia o presencia de infecciones recurrentes, hipertensión arterial y nefropatía. El embarazo es un factor de riesgo para la progresión de la retinopatía y un componente genético que favorece la presencia de complicaciones a largo plazo.

En el campo de la insuficiencia renal terminal por DM continúa aumentando el número de pacientes que precisan tratamiento renal sustitutivo, como consecuencia de la mayor prevalencia de la DM2. Los individuos con proteinuria y diagnóstico de este tipo de diabetes anterior a los 30 años de edad tienen una supervivencia de 3 a 12 años, pero en presencia del síndrome nefrótico sólo del 30 al 50% sobrevive después de 2 a 4 años. El número de amputaciones de extremidades inferiores por pie diabético y la ceguera asociada a la DM han disminuido, mientras las tasas brutas de eventos por cardiopatía isquémica asociada a la DM han aumentado debido al incremento de la prevalencia de DM y, aunque ha mejorado la mortalidad cardiovascular, el beneficio ha sido inferior al observado en la población general. Un estudio de la Universidad de Rotterdam concluía que un hombre de 50 años con DM vivirá un promedio de 7,5 años menos que una persona de la misma edad sin DM y una mujer vivirá 8,2 años menos que otra sin esta enfermedad.

1.5 Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2

Se plantea en la literatura que el tratamiento de la DM se apoya en cinco pilares fundamentales: educación, nutrición, actividad física, medicamentos y automonitoreo de la glucemia, siendo la educación el pilar fundamental del tratamiento farmacológico y no farmacológico, por lo que esta es una herramienta sumamente eficaz y necesaria (Alaiz, 2008).

Pero la realidad de la diabetes ha demostrado que el tratamiento debe partir de la realización de una evaluación médica completa, ya que la enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga al diseño de un plan de manejo individual con base en la edad, presencia de otras enfermedades, estilo de vida, restricciones económicas, habilidades aprendidas de automonitorización, nivel de motivación del paciente y la participación de la familia en la atención de la enfermedad.

El inicio del tratamiento lo constituye la educación diabetológica (individual, familiar y grupal) y la motivación. El enfoque tradicional para el control de la diabetes comienza con dieta y ejercicio físico, a la cual se suma una medicación simple si la persona con esta enfermedad no está bien controlada. Después se aumenta la dosis de esta medicación y, finalmente, se orienta una terapia combinada si el paciente no alcanza los objetivos glucémicos recomendados. Este enfoque “paso a paso” suele generar retrasos inaceptables en la búsqueda del control glucémico. El reiterado fracaso de esta estrategia puede llevar a los pacientes a pensar que los tratamientos existentes son ineficaces, lo cual afecta considerablemente las tasas de adherencia terapéutica. Sin embargo, suele ser más frecuente que los tratamientos se estén utilizando de modo inapropiado (Rodríguez, A. 2010).

El bienestar biológico, psicológico y social de las personas portadoras de DM constituye una de las premisas fundamentales de nuestro sistema de salud, en la que participan activamente un equipo multidisciplinario de salud compuesto por: médicos, diabetólogos, enfermeras, dietistas, psicólogos, angiólogos, cardiólogos, nefrólogos, odontólogos, dermatólogos; entre otros.

En el caso de Cuba el Programa Nacional de Diabetes se traza como objetivos fundamentales del tratamiento:

- Mantener al paciente libre de síntomas y signos que le permita desarrollar normalmente su actividad física, mental, normalmente laboral y social.
- Conseguir un control metabólico lo más cercano al normal.

- Controlar los factores que facilitan la aparición de las complicaciones (obesidad, hábito de fumar, hiperlipoproteinemia, hipertensión arterial e hiperinsulinismo).
- Disminuir la frecuencia, postergar el inicio y reducir la gravedad de las complicaciones agudas y degenerativas.
- Rehabilitar a los casos con secuelas de las complicaciones.
- Defender la reserva funcional pancreática de insulina.

Para lograr esto, el equipo de salud tendrá en cuenta siete elementos claves:

1. Educación diabetológica continuada.
2. Práctica sistemática de ejercicio físico.
3. Conocimiento y práctica de una nutrición adecuada.
4. Estilo de vida nuevo, con autocontrol y chequeos periódicos.
5. Tratamiento específico (compuestos orales e insulina).
6. Tratamiento de los factores de riesgo y complicaciones asociadas.
7. Establecimiento de una permanente y comprensiva (aunque no tolerante) relación médico- paciente.

El seguimiento para los pacientes diabéticos está basado en la evaluación de aspectos referidos a la adaptación psicológica y social, el cumplimiento de la dieta indicada, la práctica sistemática de ejercicios físicos, comprobar los métodos y monitoreo sistemático de la glucosuria (o glicemia), la preparación de la inyección de insulina, así como la forma de conservación de esta sustancia. También resulta necesario evaluar los conocimientos alcanzados por parte del paciente y su familia acerca de todos estos aspectos señalados teniendo en cuenta además la conducta que asumen ante la hiperglucemia, hipoglucemia, los cuidados higiénicos y la ausencia de hábitos tóxicos.

Epígrafe 2. Adherencia terapéutica

2.1 Definición conceptual de adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que ha sido abordado por diversos investigadores, sin llegar a un consenso en cuanto a su definición. La diversidad de conceptualizaciones encierra incluso confusión e incomprensión sobre el tema. En la bibliografía suelen emplearse diversos términos para referirse a un mismo fenómeno, algunos de los cuales

aportan matices diferentes, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por los investigadores y profesionales interesados en el tema. Los más utilizados son el de “cumplimiento” (*compliance*) y “adherencia” (*adherence*), aunque se han propuesto otros, como: cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia (Basterra, 1999).

El término “cumplimiento” es uno de los más empleados. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001), se define como: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”. Desde esta perspectiva las personas son “cumplidoras” o “no cumplidoras”, pese a las múltiples posibilidades que puede haber en relación con dicho cumplimiento.

Al respecto, la definición que tiene mayor aceptación es la propuesta por Haynes (1979): “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. En la práctica médica, este concepto suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos de una forma determinada por parte del paciente (Basterra, 1999), sin incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regulares, evitar el estrés, llevar a cabo visitas médicas periódicas o cumplir con las programadas para el seguimiento.

Se señala que esta definición cuenta con importantes deficiencias (Karoly, 1993), pues tiende a ser unidimensional y está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento. Además, es reduccionista, pues sólo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aspectos subjetivos de otro orden, como por ejemplo, las creencias y motivaciones del paciente.

Dicho término ha generado grandes polémicas, por su alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar, pues se considera que suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, con lo que asume el paciente un rol pasivo y sumiso; así, el enfermo sería incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen (Ferrer, 1995).

Con el fin de superar esas limitaciones, se han introducido otros términos, como “adherencia” o “alianza terapéutica”, para expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente (Basterra, 1999). De este modo, se tendría en cuenta no sólo la propia responsabilidad del paciente, sino también las acciones efectuadas por el médico en cuanto a la claridad de las indicaciones y el uso adecuado de los recursos de la comunicación.

El término “*adherence*” se define entonces como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982), representando un significativo avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido. Los vocablos “alianza”, “colaboración”, “cooperación” y “adherencia” parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir, o al menos que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. De ese modo, implicaría un papel activo de la persona.

En la actualidad este término es el más ampliamente referido en las publicaciones sobre el tema, y está acuñado por la OMS y por la Red Mundial Interdisciplinaria de adherencia a los tratamientos de larga duración en sus documentos y directrices de trabajo (Martín, 2009). Al respecto, Zaldívar plantea que la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgos e incorporar al estilo de vida conductas saludables. (Zaldívar, 2003). Estas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto de los componentes de las conductas mencionadas ni sobre las condiciones que las explican (Amigó, Fernández y Pérez, 1998). Por otro lado, es importante para el médico conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés, 2000).

Las consideraciones anteriores de Zaldívar, Amigó y Bayés refuerzan el carácter bilateral de este proceso al hacer énfasis en el papel del paciente y el profesional de salud y la relación interactiva

que ha de existir entre ellos, pues sin dudas, la adhesión al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario.

La OMS plantea una definición de adherencia al tratamiento prolongado que hace hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente y el acuerdo respecto a las recomendaciones de un profesional de salud, las cuales incluyen además del consumo de medicamentos, las modificaciones comportamentales y la define como “el grado en que el comportamiento de la persona (como tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” además considera la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia (OMS, 2004).

Hoy día, a pesar de no existir aún un consenso, las aportaciones científicas han evidenciado que la adherencia terapéutica es más que una conducta de cumplimiento. Ello nos sitúa ante un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, lo cual constituye un reto para su estudio. Puede suponerse entonces, que debe ser abordada a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno familiar y social, hasta el papel de la organización de los servicios de salud.

Desde esta perspectiva, se considera pertinente a los efectos de la presente investigación la conceptualización aportada por Libertad de los A. Martín Alfonso quien define: “la adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente y un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud”. Esta concepción enfatiza el sentido psicológico del proceso estudiado, al sugerir la participación activa del paciente y la necesaria relación de comunicación, colaboración y acuerdo entre este y su médico para lograr una adecuada adhesión al tratamiento. De modo que los componentes fundamentales del proceso serían:

- Implicación personal (participación activa): se refiere al componente personal que se materializa en la búsqueda activa por parte del paciente de estrategias que permitan garantizar el cumplimiento, con la ejecución de los esfuerzos personales necesarios que requieren las acciones involucradas en este proceso.
- Relación transaccional entre paciente y profesional (aceptación convenida del comportamiento): se refiere al componente relacional que se manifiesta en la colaboración y acuerdo establecidos entre el paciente y su médico para organizar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantiza el cumplimiento y la aceptación de estos por ambos.
- Cumplimiento del tratamiento (ejecución de las indicaciones): se refiere al componente comportamental propiamente dicho, resultante de la intervención de los demás componentes, a través del cual la persona ejecuta las indicaciones médicas prescriptas relacionadas tanto con el tratamiento medicamentoso como con las modificaciones en su estilo de vida.

2.2- Factores determinantes en la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (Martín, 2004). Al respecto, la OMS ha propuesto un esquema teórico orientador para el estudio de estos factores, compuesto por cinco grupos: los socioeconómicos y demográficos, los del sistema de salud y el equipo de salud, las características de la enfermedad y el tratamiento, los de la red familiar y social y los del paciente.

Por su parte, la literatura especializada recoge numerosos factores que pueden estar relacionados con la adherencia al tratamiento, denominados teóricamente como determinantes de adherencia. Dentro de estos se destacan: características demográficas, socio-conductuales de los enfermos, aspectos de la interacción profesional de la salud-enfermo, rasgos de la enfermedad, regímenes terapéuticos o el esquema terapéutico, características de la institución que presta el servicio, entre otros (Rodríguez, 2012).

Otras investigaciones destacan como determinantes para el logro de la adherencia terapéutica: los factores psicológicos y sociales vinculados a la enfermedad y al tratamiento, el sistema o

equipo de asistencia sanitaria, la relación médico-paciente y el apoyo social y familiar (Amigó, 1998; Barra, 2003; Basterra, 1999; Duque y Ortiz, 2002; Ferrer, 1995; Macía y Méndez, 1999; Sarró y Pomarol, 2003 & Zaldívar, 2003).

Reconocer tal diversidad de factores presupone tenerlos en cuenta al explicar por qué las personas siguen o no una conducta de cumplimiento. Sin embargo, su incidencia no ocurre de manera lineal; entre ellos se deben producir complejas interacciones e integraciones que hacen muy difícil la interpretación de los resultados de una investigación. De modo que la existencia de una amplia gama de factores, definidos de múltiples maneras por diversos autores, pero que en mayor o menor medida van a estar determinando la dinámica de la adherencia terapéutica, complejiza la elección de una postura teórica- metodológica a la cual circunscribirse. Por ello en la presente investigación se decide trabajar con cuatro grupos de factores:

1. Características demográficas y socioeconómicas.
2. Factores relacionados con el paciente.
3. Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento.
4. Factores relacionados con la institución sanitaria y el equipo de salud.

Resulta pertinente aclarar que esta postura se encuentra en correspondencia con la mayoría de los autores que abordan el tema, solo que se han realizado algunas modificaciones, en función de una visión integradora contextualizada al ámbito de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

2.2.1 Características demográficas y socioeconómicas

Según un Informe emitido por la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento pero de manera irregular y su deficiencia puede afectar a todos los grupos etéreos. La adherencia en niños y adolescentes se presenta en un rango de 48 a 100 %, con un promedio de 58 % en los países desarrollados. También se reporta que los adolescentes se adhieren menos que los niños pequeños; en estos depende de la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir el tratamiento recomendado y a medida que la edad aumenta, se incrementa la capacidad de llevar las tareas del tratamiento, pero siguen necesitando supervisión de los padres (OMS, 2004).

En los ancianos se presentan múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamiento complejo y prolongado, además son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. La adherencia en los pacientes ancianos es un componente muy importante de la atención médica, pues de no lograrse aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, las complicaciones innecesarias, la discapacidad y la muerte. De otra parte, los trastornos relacionados con la edad hacen a esta población más vulnerable a los problemas secundarios, a la falta de adherencia (OMS, 2004). Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres (Martín, Sairo y Bayarre, 2003) y otras no.

También resulta necesario analizar la zona de residencia del paciente, pues los niveles de adhesión en las zonas rurales se distinguen de los de las zonas urbanas, las particularidades de la accesibilidad o no a los servicios de salud, el tiempo de espera, la frecuencia de las consultas y el costo de los medicamentos que en algunos casos es elevado en relación con el nivel de ingreso personal, puede estar moviendo la dinámica del proceso de adhesión al tratamiento.

La OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Al respecto, aparecen resultados donde los niveles socioeconómicos bajos, y de instrucción baja tienden a relacionarse con un peor cumplimiento. A algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica (OMS, 2004). El gasto del paciente se puede traducir además en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad adquisitiva disponible para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y a la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar gastos de recursos monetarios.

2.2.2 Factores relacionados con el paciente

En este grupo de determinantes se encuentran los factores psicosociales, relacionados en primer lugar con las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida (Becker, 1974; Rosenstock, 1985; Rosenstock y Kirscht, 1982); en segundo término, con la creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia percibida) (Bandura, 1989), y, por último, con la

creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida). El apoyo social y familiar también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico o de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlo en aquellas ocasiones en que el paciente asuma una actitud negativista. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario ese refuerzo de los allegados para iniciar y mantener los cambios (Barra, 2003; Ferrer, 1995; Rodríguez-Marín, 1995).

El apoyo social es la ayuda emocional e instrumental que para el individuo se deriva de un entramado o red social. Por su parte, las redes sociales indican las características estructurales (dimensión o cantidad de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad, etc.) de las relaciones mantenidas por una persona (Fernández-Ballesteros, 1992). En enfermedades crónicas como la diabetes, pueden contribuir a perpetuar la dependencia o rol del enfermo; así como ciertas pautas de salud o tratamiento innecesarias, esto sucede cuando el apoyo social interfiere en la adherencia, si las prescripciones van contra valores, conductas o pautas de conducta de la familia.

Es importante que las personas próximas al diabético conozcan la enfermedad y el tratamiento, tanto para facilitar la adhesión del paciente al mismo como para ayudarlo siempre que este lo necesite (Meraz, 2005, citado por Castillo, 2010). El paciente diabético exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilia en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

Las características de personalidad pueden estar determinando también la calidad de la adherencia terapéutica. Existen diferentes factores individuales que matizan la adscripción al tratamiento, la estabilidad emocional, niveles motivacionales elevados, una adecuada autovaloración y autoestima, estilos de afrontamiento efectivos y otros como el nivel intelectual y cultural van a estar mediando positivamente en la adherencia. Sin embargo, otros factores personales como la inestabilidad emocional, la dependencia, poca tolerancia a las frustraciones, inadaptación, desintegración social y el hecho de verse a sí mismos como potencialmente vulnerables, influyen de modo negativo en la adhesión al tratamiento.

Capítulo I. Fundamentación Teórica.

Entre estos factores psicológicos y sociales analizados podemos encontrar también las creencias del paciente, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad, así como los estilos de afrontamiento y las propias características de personalidad ya mencionadas que forman parte de su individualidad de cada paciente.

Definimos las creencias como ciertas proposiciones emocionalmente aceptadas, y que suponen una referencia explicativa. Cada ser humano tiene creencias acerca de la realidad, de sí mismo y de los demás. Ellas se conforman desde tres núcleos de determinación: sociohistórico o cultural, grupales y comunitarios, e individual (Calviño, 2001). Las creencias forman parte de las bases de las actitudes y en relación con una enfermedad particular son factores moduladores importantes de la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas y/o de salud.

Las actitudes o convicciones constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas o grupos. Estas tienen en sí tres componentes: el afectivo, que le da el carácter emocional, el cognoscitivo que son los conocimientos que se poseen del objeto de la actitud y el conativo que constituye lo que el sujeto hace, su forma de actuar, este ayuda si está a favor y arremete si está en contra, pero en esencia son fáciles de modificar.

La representación mental de la enfermedad, concepto desarrollado por Leventhal y colaboradores, (1980), es otro de los factores relacionados con la adherencia terapéutica. Este concepto se refiere a que las personas tienen representaciones o modelos de sentido común sobre enfermedades específicas y en ellos se incluyen creencias expectativas y explicaciones sobre la causa de su enfermedad y su propia responsabilidad en ella; sobre las características, sintomatología, curso, duración de la enfermedad, sobre el tratamiento, su responsabilidad en él, su posible respuesta al mismo y sobre las consecuencias de la enfermedad. Algunas investigaciones sugieren que la representación mental de las medicinas podría ser un factor en el afrontamiento y en la ejecución de conductas promotoras de salud, entre las que se incluye la adherencia o cumplimiento terapéutico (Echevarría, San Juan y Ozoniz, 1992).

Los factores antes mencionados se integran en la configuración de la percepción de riesgo. El riesgo percibido de enfermar es valorado individualmente a partir de factores como: exposición y susceptibilidad a un riesgo, la severidad de sus consecuencias y las posibilidades de controlarlo. También se le ha llamado modelo mental de riesgo debido a que la percepción de riesgo se fundamenta en grupos de creencias que mezclan conocimientos, ignorancia e información

errónea. Los individuos no diagnosticados podrían entender mejor la información sobre sus riesgos si sus modelos mentales concuerdan con ella. Se han encontrado evidencias de que las personas malinterpretan su riesgo personal y familiar de enfermar, así como la severidad de la diabetes. De igual modo se han identificado diferencias en las creencias de complicaciones entre la población en general y personas con DM tipo 2 (Fisher, Walter, Bostrom, Fischhoff, Haire-Joshu y Bennett, 2006).

Asimismo, las actitudes también influyen directamente en la percepción de riesgo, a la vez que está condicionada por ella (Suárez y Campos, 2010). Tal afirmación se devela a través de los mecanismos de negación empleados por las personas ante la presencia de riesgos o amenazas, los cuales actúan conjuntamente con actitudes que muestran un optimismo exagerado, constituyendo finalmente la expresión de una baja percepción de riesgo. Un aspecto a considerar en este punto es el nivel de conocimiento que se posee respecto al tema, de modo que los individuos cuyas actitudes reflejan algún grado de conocimiento sobre el riesgo experimentan menos obstáculos para modificar su ambiente que los que responden con actitudes de defensa (Álvarez, 2012).

La susceptibilidad percibida es la opinión personal de la probabilidad de adquirir un padecimiento. Se esperaría que la susceptibilidad percibida hacia la DM influyera sobre la percepción de riesgo en personas que no han recibido diagnóstico de diabetes y, a su vez, sobre la decisión de acciones dirigidas a la prevención del padecimiento. No obstante, se advierte que la población adulta a pesar de no haber recibido dicho diagnóstico, puede tener diferentes niveles de riesgo para el padecimiento. Se ha estimado que una tercera parte de los individuos con DM 2 no sabe que la padece y dado que no tienen síntomas reconocibles del padecimiento, tampoco realizan acciones apropiadas de detección (Fisher, Walter, Bostrom, Fischhoff, Haire-Joshu y Bennett, 2006).

Sin embargo, las investigaciones realizadas han demostrado que en la mayoría de los casos de DM tipo 2 predominan bajos niveles de adherencia terapéutica y ello podría estar relacionado con la existencia de una baja percepción de riesgo en estos pacientes que no toman conciencia desde el primer momento sobre la complejidad de su enfermedad y la importancia de asumirla con responsabilidad. Si existiese una adecuada percepción de riesgo se elevarían significativamente los niveles de adherencia y esto contribuiría favorablemente a la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2.

En función de los elementos anteriormente expuestos el paciente pondrá en práctica las estrategias de afrontamiento de la enfermedad. Lazarus y Folkman, definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Casals, 2001; Lazarus y Folkman, 1986). Diversos autores señalan en este sentido como estrategias, el afrontamiento dirigido hacia el problema y el afrontamiento dirigido hacia la emoción. Las estrategias dirigidas hacia el problema se centran en la búsqueda de soluciones, y consideran aspectos relativos a la resolución de problemas, como la atención sobre diferentes alternativas, la posibilidad de aplicar las soluciones, que hacen referencia tanto al entorno como al individuo mismo. El afrontamiento dirigido hacia las emociones está centrado en la regulación emocional, a disminuir o aumentar el grado de bienestar, a modificar la forma de vivir la situación (Casals, 2001).

Por otra parte se reconoce el papel de la autoeficacia, como dimensión de la personalidad, que ayuda al individuo a enfrentarse a los eventos estresantes que le demandan un esfuerzo cognitivo y conductual para adaptarse. Actualmente cuando se estudia la percepción de eficacia personal para el afrontamiento de situaciones críticas (autoeficacia) es necesario conocer la percepción que posee el paciente sobre su enfermedad. En el caso particular de la DM tipo 2 es normal que recibir el diagnóstico se convierta en una situación generadora de estrés no solo por su condición crónica, sino además por las implicaciones terapéuticas que genera. La autoeficacia puede verse afectada en personas que enfrentan enfermedades crónicas como la diabetes y que al mismo tiempo posean alteraciones del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión, debido a que las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas que se usaban antes de recibir el diagnóstico pueden ser insuficientes dada la complejidad de la enfermedad y su reconocida morbilidad, sin olvidar las exigencias en el cambio de los estilos de vida que trae consigo el tratamiento (Gaviria, Londoño y Valderrama, 2007).

Todos los factores analizados anteriormente se relacionan e integran en las diversas configuraciones psicológicas individualizadas de los pacientes, constituyéndose en función de la historia de vida de cada sujeto. Del mismo modo la actuación del paciente en función de regular su comportamiento para una implicación en el proceso de adherencia terapéutica depende en gran medida de la influencia particular que pueda tener cada uno de esos factores sobre el individuo.

2.2.3 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento

Respecto a la enfermedad y su tratamiento, las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus a una crónica. Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son invalidantes, tiende a afectar la adherencia terapéutica. Se podría establecer la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica.

Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas, y sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (Amigó y cols., 1998; Friedman y Di Matteo, 1989). Parece resultar más difícil seguir recomendaciones profilácticas que terapéuticas cuando los síntomas están produciendo malestar (Macía y Méndez, 1999). En enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 habría que valorar también el control metabólico, el tiempo de evolución y la historia de la enfermedad, así como la concomitancia con otras enfermedades y las complicaciones asociadas.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente.

2.2.4 Factores relacionados con la institución sanitaria y el equipo de salud

Diversos factores de la estructura sanitaria están relacionados con el incumplimiento: la inaccesibilidad a los cuidados, el tiempo de espera, burocratización asistencial, discontinuidad de los cuidados por el mismo profesional, las citas poco frecuentes, el costo de esa atención y el pago por los medicamentos son barreras que se configuran como influyentes negativos de este proceso (citado por Merino y Gil, 2001).

Anteriormente el incumplimiento o no adherencia era considerado una falla del paciente y el profesional de la salud sólo registraba el hecho como un problema más, que por otra parte, explicaba la eventual mala evolución del problema deslindando así su responsabilidad. Hoy es sabido que la calidad de esta relación es un factor clave que influye en la conducta del paciente pudiendo tomar modos acordes con las conductas del profesional. Este no es un mero observador de la conducta del paciente, sino que es un componente importante en las decisiones que toma el mismo (Rodríguez, A. 2010).

El comportamiento del profesional resulta muy importante para que el paciente siga las instrucciones y se adhiera al tratamiento. Es necesario que el profesional sea competente, empático y transmita seguridad y confianza. La competencia se evidencia en el nivel de preparación y reputación del profesional, la confiabilidad, la pertinencia y claridad de criterios y sugerencias que emita. Por otra parte, la empatía está vinculada con el trato que sea capaz de brindar y el interés que demuestre por comprender y aceptar incondicionalmente al paciente.

Para que exista una buena adherencia terapéutica es necesaria una activa participación del profesional tanto en el plano intelectual como afectivo. Se ha observado que el tono afectivo - negativo en la interacción o relación entre el médico y el paciente, aumenta la probabilidad de que ocurran fallos en la adherencia (Davis, 1968), mientras que la satisfacción del enfermo con esta relación aumenta la probabilidad del cumplimiento (Haynes, 1979; Rosenstock, 1984). Diversos estudios han estimado que el 80% de las dificultades encontradas para que los pacientes sigan los tratamientos prescritos se deben a la forma en que se transmite la información. El éxito o fracaso del tratamiento depende en gran medida de que los pacientes sean capaces de llevar a la práctica las instrucciones dadas por su educador. Por su parte la OMS (2004) plantea que el 60% de los pacientes diabéticos comprenden erróneamente las indicaciones verbales referentes a cómo debían seguir sus tratamientos.

Epígrafe 3. Importancia de la psicoeducación para fomentar la adherencia terapéutica de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

3.1 El diseño de programas y estrategias de intervención

Debido al creciente incremento de la diabetes mellitus se han diseñado a nivel mundial disímiles programas de salud en función de disminuir los efectos de esta enfermedad sobre la población. Con este propósito en nuestro país se redacta el Programa Nacional de Diabetes, en el año 2000,

documento preparado por el Dr. Oscar Díaz Díaz, Secretario de la Comisión Nacional de Diabetes (CND) y Vice Director de Investigaciones del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). En él se plantean los siguientes objetivos:

- Disminuir la morbilidad por Diabetes Mellitus (DM).
- Disminuir la mortalidad prematura por DM.
- Reducir la frecuencia y severidad de las complicaciones agudas y crónicas de la DM.
- Mejorar la calidad de la vida de las personas con diabetes.
- Mejorar el conocimiento de la magnitud del problema DM en Cuba.
- Desarrollar metodologías educativas apropiadas para las personas con diabetes, familiares, población y proveedores de salud.
- Disminuir los costos de la DM en la sociedad.
- Apoyar investigaciones destinadas a la prevención y control de la DM.
- Establecer colaboración internacional para el fortalecimiento mutuo.

En aras del cumplimiento de estos objetivos fue trazado un plan de medidas para los diferentes niveles de atención y específicamente en el nivel secundario se propone instituir Centros de Atención a Diabéticos (CAD) en las provincias que no disponían de tal servicio, como un elemento importante para el desarrollo del Programa. Es así que en el año 2007 se crea el CAD en la provincia de Villa Clara, el mismo posee la misión de dirigir y ejecutar acciones para alcanzar un desempeño de excelencia en la atención integral a la salud del diabético, con un enfoque dirigido al entrenamiento, educación y motivación, priorizando la satisfacción de los pacientes y la excelencia en los servicios de salud.

La educación diabetológica constituye por tanto un pilar fundamental en esta institución. Educar a un paciente diabético es ofrecerle la oportunidad de adquirir una mejor calidad de vida y sentirse libre, aun frente a las limitaciones que el tratamiento supone en su actividad cotidiana, mediante la educación y el autocontrol debe enfrentarse al crónico desafío que representa su dolencia (López, 2008).

Pero el paciente diabético debe sentir que los conocimientos impartidos son necesarios para su vida, para que los asimilen y queden convencidos de que les serán útiles. Para que esto ocurra, no basta con las buenas intenciones, se debe no solo transmitir conocimientos, sino modificar actitudes y cambiar estilos de vida. Además se precisa la implicación de los familiares y

pacientes. La psicoeducación constituye una herramienta fundamental para el logro de estos propósitos. Mientras la educación puede quedarse a un nivel informativo, la psicoeducación por su parte se enfoca hacia la modificación de conductas, se apoya en los recursos, habilidades y fortalezas propias de los pacientes para el logro de una mejor convivencia con la enfermedad.

La estrategia tiene como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde un estado real hasta un estado deseado. Es más general y menos preciso que el método, a la vez que toma en consideración las condiciones contextuales que inciden en la toma de decisiones que acompañan su aplicación. Frente a los métodos y técnicas que siguen procesos más o menos estandarizados, las estrategias se consideran de entrada, como propuestas abiertas que se concretan en la práctica, sin que ello haya de suponer la inexistencia de orientaciones o secuencias que sirvan para ordenar la actividad.

Las definiciones de estrategias se podría decir que son tantas como los autores que las han formulado (Besseyre, 1989:27). Soslayando el problema terminológico se coincide con Joaquín Gairín Sallán en considerarla como “el conjunto de decisiones y acciones fundamentadas, relativas a la elección de medios y acciones, así como a la articulación de recursos con miras a lograr un objetivo” (1996). Ellas implican la existencia de una finalidad; se constituyen a partir de un proceso organizado, de elaboración y aplicación, donde es necesario considerar tanto de factores externos como internos, tomar decisiones y desarrollar acciones que incluyen procesos de participación.

Asumir las vinculaciones que las estrategias mantienen con el proceso de planificación supone admitir su carácter instrumental. De hecho, es a través de ellas como se vinculan las opciones que el proceso de reflexión, va generando. Una intervención cuidadosa precisa de un esfuerzo constante para diagnosticar, seleccionar claves, organizar evidencias y tomar decisiones.

Las estrategias pueden ser globales, estructurales u operativas. Las globales inciden en toda la organización y afectan a todos sus componentes. Suponen o conllevan la modificación de los objetivos institucionales, un cambio de estructuras y una alteración de los procesos organizativos, al mismo tiempo que una modificación de las dinámicas relacionales. Las estructurales, son de carácter fundamentalmente estático e inciden en los elementos de la organización (planteamientos institucionales, estructuras). Mientras que las estrategias

operativas encienden en su funcionamiento y permiten hacer realidad una determinada filosofía (participación, colaboración, etc.) o posibilitan la eficacia práctica de estrategias más generales.

En cualquier caso coincidimos con la postura de Gairín (1992) quien señala que toda estrategia ha de sustentarse en principios o supuestos que se ajusten a la realidad investigativa garantizándose su coherencia, factibilidad, utilidad y progresividad de manera holística, reflexiva, innovadora y contextualizada. Ello garantizará su eficacia, efectividad e impacto.

3.2 La Psicoeducación como alternativa viable para fomentar la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

El concepto “Psicoeducación” fue comentado por primera vez en 1911, en la literatura médica, por John E. Donley en “Psychotherapy and re-education”, apareciendo más tarde en 1941 en el título del libro “The Psychoeducational Clinic”, escrito por Brian E. Tomlinson (Cádena, 2011). En la actualidad su desarrollo se atribuye al investigador norteamericano C.M. Anderson (1980) en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia; desde la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad (Treto, 2009, citado por Castillo, 2009).

Según la terapia del comportamiento, la psicoeducación tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del re-aprendizaje del paciente. En los últimos tiempos, el trabajo con los grupos se ha hecho de manera sistemática, pues se ha comprobado que así los conocimientos se hacen más entendibles (Cádena, 2011). Esta categoría ha sido objeto de evolución y desarrollo en los últimos años, no solo se amplió su definición, sino el campo en el cual se aplica y las personas a las que va dirigida. De modo que se pueden encontrar conceptos diferentes en relación a ella.

En este sentido, Barter (1984) (citado en Pérez, y Pérez, 2009) la define como el empleo de técnicas, métodos y enfoques educativos cuyo objetivo es la superación de los efectos discapacitantes de la enfermedad o el constituir un complemento al tratamiento del enfermo mental, normalmente sin ser incluido en un tratamiento continuo o formando parte de un programa de investigación (Cádena, 2011). Por su parte, Almendras (2002) expresa que la Psicoeducación consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad

se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud mental, convirtiéndose en protagonistas del proceso de salud (citado en Gallego, 2010).

La tarea psicoeducativa, por tanto, promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida; que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital (Treto, 2009). Tales afirmaciones sustentan que la psicoeducación no solo se utilice en el tratamiento de trastornos psicopatológicos como la esquizofrenia, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, entre otros; sino que también se incluya en el entrenamiento al paciente dentro del contexto del tratamiento de una enfermedad física (Pérez y Pérez, 2009)(citado en Álvarez, 2012).

En el caso de la Diabetes mellitus tipo 2 se han desarrollado disímiles proyectos en función de la educación diabetológica, considerándola una herramienta esencial para optimizar su control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas. Sin embargo, Bustos, (2006) plantea que a pesar de los exitosos resultados obtenidos y publicados en este campo, la implementación de programas de educación en el continente latinoamericano no ha alcanzado el desarrollo deseable. Tras revisar el modo de comportamiento del paciente diabético ante su enfermedad se puede concluir que, en un alto porcentaje carecen de habilidades para un manejo efectivo del tratamiento, o cuando lo poseen, no lo realizan de forma apropiada.

Las instituciones de la salud deberían de contar con programas bien establecidos dirigidos a la prevención, detección, manejo y control del paciente diabético. No se ha obtenido el éxito esperado, principalmente porque la gran mayoría de las actividades educativas para los pacientes se circunscriben a transmitir información, bajo el supuesto de que con ello se lograrán cambios en el estilo de vida, mejoría en el estado de salud y disminución de las complicaciones. (Bustos, 2007)

El profesional que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la calidad de vida. Por ello la psicoeducación se enfoca en reforzar las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, porque entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Capítulo II

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 Diseño de la investigación

La presente investigación se sustenta en el enfoque mixto asumiendo una perspectiva cuantitativa. Este enfoque permite lograr una perspectiva más precisa del fenómeno en estudio, brindando una percepción holística y completa de este, al combinar datos cuantitativos y cualitativos. Por todas estas características este enfoque se traduce en “mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento” (Hernández et al, 2006, p.756).

Desde esta alternativa se diseña un estudio exploratorio descriptivo, pues las diferentes etapas de la investigación contienen elementos de ambos tipos. Los estudios exploratorios sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y establecer prioridades para investigaciones posteriores (Dankhe, 1986). Por su parte, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidad o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Madrigal, 2006, citado en Balsa & Barreira, 2008). Se centran en medir con la mayor precisión posible. Contemplan de manera independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver, aunque pueden integrar las mediciones de cada una para describir cómo se manifiesta un fenómeno de interés (citado en Álvarez, 2012).

2.2 Concepción metodológica: etapas, objetivos, fases y técnicas empleadas

Tomando en consideración los propósitos de la investigación se determinó la estructuración de la misma en cuatro etapas:

- Etapa I: Diagnóstico de necesidades.
- Etapa II: Diseño y validación preliminar de instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo del CAD de Villa Clara.
- Etapa III: Diseño de la Estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el CAD de Villa Clara para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que son atendidos en dicha institución.

Tabla 1. Descripción de las Etapas. Fases y Técnicas empleadas en la investigación

Etapas	Objetivos	Fases	Técnicas empleadas
Etapa I	- Penetrar en la dinámica del CAD. - Explorar la estructura y funcionamiento del CAD. - Evaluar la concepción educativa que sustenta la labor del centro.	Fase1: Aproximación inicial al CAD de Villa Clara.	- Entrevista Semi- estructurada. - Observación abierta. - Revisión de documentos oficiales
		Fase2: Exploración de la concepción educativa que sustenta la labor del CAD.	- Observación participante. - Entrevista estructurada
Etapa II	- Diseñar instrumentos de evaluación psicológica. - Aplicar los instrumentos para una validación preliminar.	Fase1: Diseño de instrumentos de evaluación psicológica.	- Encuesta para identificar expectativas. - Cuestionario para evaluar la Adherencia Terapéutica. - Encuesta a expertos. - Cuestionario sobre percepción de riesgo. - Encuesta para evaluar la satisfacción de los pacientes.
		Fase2: Aplicación de instrumentos para una validación preliminar.	
Etapa III	- Elaborar la estrategia. - Evaluar la estrategia propuesta a través del juicio de especialistas en el tema.	Fase 1: Elaboración de la estrategia.	- Análisis documental.
		Fase 2: Evaluación preliminar de la estrategia diseñada.	- Encuesta del Juicio de especialistas.

2.3 Concepción metodológica de la Etapa 1

2.3.1 Tipo de estudio

Esta etapa perseguía como propósito fundamental lograr una aproximación inicial al funcionamiento, estructura y la labor educativa del CAD de Villa Clara, por ello se concibió un estudio exploratorio.

2.3.2 Selección y descripción de la muestra

En esta primera etapa la muestra quedó conformada por los trabajadores del CAD y el grupo de pacientes # 258 que asistió al centro en la semana del 25 al 29 de marzo. Para su selección se establecieron los siguientes criterios:

Trabajadores

Criterios de inclusión:

- Trabajadores del CAD con disposición a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Trabajadores del CAD que no desearan participar en la investigación.

El CAD de Villa Clara cuenta con un total de 10 trabajadores en plantilla: doctora, psicóloga, enfermera, dietista, dos técnicas de laboratorio, administradora, cocinera, mensajero, auxiliar de limpieza. Se vinculan al mismo en calidad de prestación de servicios 8 doctores de diferentes especialidades: Medicina interna, Cardiología, Oftalmología, Nefrología, Dermatología, Angiología, Podología y Endocrinología. Además laboran en calidad de custodios otros cuatro trabajadores.

Pacientes

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Disposición a participar en la investigación.
- Edad comprendida entre 35 y 80 años.
- Escolaridad mínima de 6to grado para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas empleadas.

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que acudían a este centro; pero que no cumplieran con los criterios antes definidos.

Este primer grupo de pacientes objeto de estudio (Grupo # 258) estuvo integrado por 15 personas, en su mayoría del sexo femenino (11), dos de ellas pertenecientes a municipios de la provincia (Cifuentes y Placetas) y el resto a diferentes zonas de la ciudad de Santa Clara. La edad de los mismos osciló entre 45 y 80 años, pero es necesario destacar que más del 50 % eran mayores de 60 años, con varios años de evolución de la enfermedad

2.3.3 Procedimientos de la Etapa I

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, esta etapa quedó dividida en dos fases. En la primera de aproximación al centro se realizó una entrevista a la directora del mismo, una observación abierta y revisión de documentos oficiales que permitió penetrar en la dinámica del CAD, explorando las particularidades de su estructura y funcionamiento interno. En una segunda fase se desarrolló una observación participante y una entrevista a la psicóloga, técnicas que posibilitaron indagar sobre la concepción educativa en dicha institución.

2.3.4 Descripción de las técnicas empleadas en la Etapa 1

➤ Fase 1: Aproximación inicial al Centro de Atención al Diabético de Villa Clara.

- *Entrevista semiestructurada dirigida a la directora del CAD.*

Objetivos:

- Tramitar el consentimiento para el desarrollo del estudio.
- Presentar los objetivos de la investigación.
- Indagar sobre la normas de funcionamiento del CAD.
- Solicitar documentos oficiales del CAD para su posterior revisión.

Descripción:

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

Según Ibarra (2001) la entrevista semiestructurada combina las preguntas previamente elaboradas y estandarizadas, con la forma no estandarizada de abordar un tema o aspecto de interés, se le da libertad y flexibilidad para que el entrevistado lo desarrolle y, a la vez, en el transcurso de la entrevista se realizan las preguntas que el entrevistador entienda sean necesarias hacer para buscar, ampliar o profundizar en la información buscada; además le permite al entrevistado expresar sus criterios de manera no tan rígida y pueda profundizar en el tema de forma autorreflexiva.

En este caso fue entrevistada la Dra. Elba Rodríguez Valcárcel, Directora del CAD de Villa Clara. El desarrollo de la misma tuvo lugar en su local de trabajo y para su realización se elaboró un protocolo con los principales indicadores a explorar (Ver Anexo 2).

Calificación: Se realiza una valoración cualitativa de las informaciones obtenidas.

- *Observación abierta no participante*

Objetivo:

- Explorar las particularidades de la estructura y funcionamiento del CAD.

Descripción:

La observación es un método a través del cual se conoce el proceder de las conductas de personas y grupos sociales. Nos permite obtener información del comportamiento de nuestro objeto de investigación tal y como este se da en la realidad, es decir, esta es una forma de obtener información directa e inmediata sobre el fenómeno u objeto que está siendo investigado. Es útil para desentrañar las características del fenómeno que estemos estudiando.

Durante tres semanas del 4 al 22 de marzo la investigadora estuvo realizando este tipo de investigación abierta en el CAD, para un acercamiento y familiarización con el mismo; así como una exploración de su funcionamiento interno. Fueron respetadas las normas éticas en todo momento. Previamente se precisaron los indicadores a observar (Ver Anexo 3).

Formato de registro de la información: Descriptivo.

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

- *Revisión de Documentos Oficiales:*

Objetivos:

- Conocer la visión y misión del CAD.
- Evaluar el programa por el cual se concibe la educación diabetológica en el centro.
- Valorar la pertinencia del programa de trabajo y guía para la educación al paciente diabético no insulina dependiente en la atención primaria de salud.
- Corroborar información obtenida.

Descripción:

La revisión y el análisis de documentos es importante en cualquier investigación para obtener una información inicial que permita la elaboración del diseño investigativo. Este procedimiento se emplea para analizar todo material normativo o de difusión concebido formalmente a nivel organizacional en sus diversos formatos y soportes para luego enfrentarlos con la práctica. También puede ser fuente complementaria o de comprobación de datos obtenidos por otros métodos y/o instrumentos.

En este caso los documentos revisados fueron: Guía para la educación al paciente diabético no insulino dependiente en la atención primaria de salud, el Programa de trabajo de los CAD y un documento que refleja la misión y visión del centro.

Formato de registro de la información: Descriptivo.

➤ Fase 2: Exploración de la concepción educativa que sustenta la labor del centro.

- *Observación participante semiestructurada.*

Objetivos:

- Explorar las particularidades de la estrategia educativa que se implementa durante la semana de estancia de los pacientes en el CAD.
- Identificar fortalezas y debilidades en la estrategia que se implementa en el CAD.

Descripción:

Esta es la principal técnica de recogida de datos en la metodología cualitativa. Supone la interacción social entre el investigador y grupos sociales. Su objetivo es recoger datos, de modo sistemático, a través de un contacto directo en contextos y situaciones específicas. Su

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

mayor peculiaridad estriba en que no responde a un diseño rígido de investigación en el que se tienen delimitadas y planteadas las cuestiones que se vayan a responder. Su carácter flexible y abierto permite al investigador partir de algunas interrogantes generales como base para la recogida de datos, como tarea inicial para generar hipótesis de trabajo. La naturaleza y el grado de participación pueden variar de acuerdo con los objetivos, la temática y el objeto de la investigación.

En este caso el objeto de investigación fue la estrategia educativa que se implementa en el CAD durante la semana de estancia de los pacientes en el mismo, por lo cual la investigadora observó las diferentes actividades de esta índole efectuadas durante la semana. Se precisaron previamente los indicadores a observar (Anexo 4).

Formato de registro de la información: Descriptivo.

- *Entrevista estructurada dirigida a la psicóloga:*

Objetivos:

- Precisar las funciones de la psicóloga en el CAD.
- Indagar sobre la realización de actividades psicoeducativas incorporadas a labor educativa del CAD.
- Explorar su consideración sobre las acciones educativas que se realizan para fomentar la adherencia terapéutica, así como los instrumentos de evaluación y recursos psicoeducativos que se emplean.

Descripción:

Este tipo de entrevista tiene objetivos definidos y supone la creación de un clima psicológico que permita intercambio de afecto e información, cambiar de actitudes, tomar decisiones y esclarecer problemas. Su desarrollo tuvo lugar en su local de trabajo. Para su realización se elaboró un protocolo de entrevista (Ver Anexo 5).

Formato de registro de la información: Descriptivo.

2.4 Concepción metodológica de la Etapa II

2.4.1 Tipo de estudio

Esta etapa tuvo como objetivo diseñar instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo concebido en el CAD de Villa Clara, para lo cual se procedió también a la aplicación de estas técnicas como parte de un pilotaje. En correspondencia con ello se desarrolló un estudio exploratorio- descriptivo.

2.4.2 Selección y descripción de la muestra

Con el objetivo de obtener una valoración inicial del cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, fueron encuestados 10 profesionales. La descripción de los mismos se presenta a continuación:

- Experiencia en el tema: El 100 % de los especialistas consultados tenía experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes diabéticos.
- Perfil profesional: 2 especialistas en Medicina General Integral, 2 especialistas en Medicina Interna, 1 en Psicología, Dermatología, Podología, Angiología, Nutrición y Enfermería; respectivamente.
- Experiencia profesional: Un 20% tenía entre 5 y 10 años de experiencia, otro 20% entre 10 y 20 años y un 50% poseía más de 20 años de experiencia.

Por su parte, para llevar a cabo el proceso de validación preliminar de los instrumentos diseñados, los mismos fueron aplicados a un total de 40 pacientes con diabetes mellitus que formaron parte de tres grupos (259, 260 y 262) que asistieron al CAD durante la etapa de investigación.

El grupo # 259 que ingresó en la semana del 1 al 5 de abril, estuvo integrado por 15 pacientes, 9 del sexo femenino y 6 del masculino, uno de ellos perteneciente a un municipio de la provincia y el resto a diferentes zonas de Santa Clara. El promedio de edad osciló entre 42 y 70 años, pero es necesario destacar que la mayoría contaba con menos de 60 años, altos niveles de escolaridad y se encontraba en etapa de debut de la enfermedad.

Por su parte, el grupo # 260 que ingresó del 8 al 12 de abril, estuvo conformado por 10 pacientes, 7 del sexo femenino y 3 del masculino, todos residentes de Santa Clara. El promedio de edad fue

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

de entre 50 y 70 años, enmarcándose la mayoría en el rango de 50 a 60 años, con niveles medios de escolaridad y con varios años de evolución de la enfermedad.

Por último, el grupo # 262 del 22 al 26 de abril, estuvo integrado por 15 pacientes; 12 del sexo femenino y 3 del masculino, todos del municipio de Santa Clara. El promedio de edad osciló entre 42 y 75 años, la mayoría menores de 60 años, con altos niveles de escolaridad, algunos en etapa de debut de la enfermedad y otros con varios años de evolución de la enfermedad.

La descripción general de la muestra de pacientes se precisa en la siguiente tabla:

Tabla 2. Distribución de las variables sociodemográficas de la muestra.

		Frecuencia	Percent %
Género	Femenino	28	70,0
	Masculino	12	30,0
Edad	40 - 50 años	11	27,5
	51 - 60 años	18	45
	61 - 80 años	11	27,5
Escolaridad	6to	3	7,5
	9no	10	25,0
	12mo	15	37,5
	Superior	12	30,0
Estado Civil	Solteros	8	20,0
	Casados	28	70,0
	Divorciados	1	2,5
	Viudos	3	7,5
Procedencia	Santa Clara	39	97,5
	Municipio	1	2,5
Total		40	100

2.4.3 Procedimientos de la Etapa II

En base a los resultados de la etapa anterior fueron elaborados cinco instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo del CAD en una primera fase.

- Encuesta dirigida a identificar las expectativas de los pacientes que asisten al Centro de Atención al Diabético.
- Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Encuesta a expertos para la evaluación del cuestionario de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Cuestionario sobre percepción de riesgo de la diabetes.
- Encuesta dirigida a evaluar la satisfacción de los pacientes que asisten al CAD.

Es necesario precisar que en el caso del cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica, dada su significación y complejidad se decidió someterlo previamente a la valoración de los especialistas del CAD, cuyas recomendaciones fueron tomadas en consideración.

Por su parte, en la segunda fase con el propósito de una validación preliminar se llevó a cabo la aplicación de todos los instrumentos a la muestra de pacientes seleccionados. Los resultados obtenidos fueron procesados por el paquete estadístico SPSS. Además se complementó la aplicación con una observación que tuvo como propósito esencial explorar el funcionamiento de cada uno de los grupos durante esta fase de la investigación e identificar sus particularidades.

- Fase 1: Diseño y validación preliminar de instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo concebido en el CAD de Villa Clara.

2.4.4 Descripción de los instrumentos de la Etapa II.

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

- *Encuesta dirigida a identificar las expectativas de los pacientes que asisten al Centro de Atención al Diabético.(CAD)*

Objetivo:

- Identificar las expectativas con que ingresan los pacientes al CAD.

Descripción:

En la experiencia del CAD las expectativas de los pacientes son exploradas en una dinámica grupal. Por ello, se consideró pertinente elaborar una encuesta para ser aplicada en el momento del ingreso, de manera que desde la primera sesión se trabaje en el reajuste de las mismas en correspondencia con los objetivos y alcance del centro.

La encuesta fue elaborada por Castillo, Molerio y Nodarse y consta de ocho ítems mediante los cuales se indaga sobre el nivel de conocimiento que tienen los mismos sobre el CAD; la vía mediante la cual accedió; el nivel de motivación con que ha llegado, las aspiraciones conformadas en torno a lo que espera encontrar y a lo que desea aprender, así como las vías y personas que preferiría le hicieran llegar la información.

Instrucciones: Se solicita al paciente que responda sinceramente las preguntas que se le presentan según la forma en que se le precise. Se ofrecen garantías de la confidencialidad de sus respuestas.

Material: Encuesta de dos hojas contentivo del protocolo de la técnica (Ver Anexo 7).

Calificación: Su evaluación se realiza de manera cualitativa.

- *Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.*

Objetivo:

- Evaluar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, particularizando en sus determinantes, dimensiones y manifestaciones.

Descripción:

El cuestionario ha sido diseñado por Castillo, Molerio, Nodarse, Oropesa y Estrada a los efectos de la presente investigación. El mismo fue construido a partir de una propuesta teórica - metodológica elaborada por Castillo y Molerio que parte de la consideración de que

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

adherencia terapéutica como un proceso multidimensional que se configura como resultado de la interacción de diversos determinantes entre los que se destacan: las particularidades de la enfermedad y su tratamiento, la relación médico-paciente y una serie de factores psicosociales que se configuran determinando el nivel de adherencia terapéutica de cada paciente en particular.

El cuestionario consta de 16 ítems de diversos formatos (preguntas cerradas, reopciones múltiples y preguntas abiertas, dirigidas a explorar diversas dimensiones, factores o determinantes de la adherencia terapéutica.

Tabla 3. Dimensiones que explora el cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Preguntas	Factores o determinantes que exploran
1	Autoevaluación del nivel de adherencia terapéutica.
2	Impacto psicológico ante el debut de la enfermedad.
3	Valoración general de la enfermedad.
4	Valoración general del tratamiento.
5	Indicaciones médicas recibidas.
6	Grado de comprensión de las indicaciones médicas.
7	Autoeficacia percibida
8	Condiciones para la adherencia terapéutica.
9	Dimensiones de expresión de la adherencia terapéutica.
10	Factores que obstaculizan el cumplimiento farmacológico.
11	Factores que obstaculizan las modificaciones en el estilo de vida.
12	Apoyo social y familiar percibido.
13	Calidad de la atención médica.
14	Grado de satisfacción con la atención médica que recibe.
15	Autoevaluación del nivel de adherencia terapéutica
16	Necesidades psicoeducativas del paciente

Construcción y validación del cuestionario:

Como punto de referencia para el diseño del instrumentos se tomaron en consideración los resultados obtenidos en diversas investigaciones realizadas en calidad de Trabajo de Diploma

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

y Tesis de Maestría en la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, en las cuales se hizo evidente la necesidad de construir un instrumento que tomara en consideración la complejidad de la adherencia terapéutica como proceso multidimensional.

- De manera particular, el diseño del instrumento partió de una exhaustiva revisión de los instrumentos existentes en el ámbito nacional e internacional para la evaluación de la adherencia terapéutica en sentido general y de manera particular en relación con la adherencia terapéutica. Del análisis de sus particularidades y limitaciones se procedió a la elaboración de una versión preliminar del cuestionario.
- Como parte del proceso de validación la versión preliminar del cuestionario inicialmente fue sometida al juicio de 10 especialistas con experticia en el tema, quienes ofrecieron una valoración favorable sobre el mismo y aportaron algunas sugerencias que fueron tomadas en consideración al conformar la segunda versión.
- Es de significar que como garantía de la validez interna del instrumento se incorporan dos preguntas que exploran la autoevaluación por parte del paciente, una al inicio y otra al final del cuestionario.
- De igual manera, considerando la complejidad de la adherencia terapéutica y la tendencia descrita a que los pacientes autorreporten mayores niveles de adherencia que los que realmente poseen se decidió evaluar la validez concurrente del instrumento contrastando las valoraciones aportadas por los pacientes en las preguntas 1 y 15, con las valoraciones emitidas por el médico encargado de su atención y la de un familiar conviviente; las cuales fueron exploradas a partir de cuestionarios elaborados para tales efectos.
- Este instrumento fue sometido a un análisis de confiabilidad, contando con un alfa de Crombach de .703

Instrucciones: Se solicita al paciente que responda sinceramente las preguntas que se le presentan según la forma en que se le precise. Se ofrecen garantías de la confidencialidad de sus respuestas. Dada la diversidad de formato de los ítems incorporados al cuestionario en cada uno se ofrecen indicaciones precisas.

Material: Cuestionario de seis hojas contentivo del protocolo de la técnica. (Ver anexo 7)

Calificación: Su evaluación se realiza de manera cualitativa, identificando aquellos aspectos en los cuales se identifican dificultades dando la posibilidad de comprender la dinámica de la

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

configuración de la adherencia terapéutica de cada paciente. A nivel grupal es posible realizar un análisis de tendencias. En cualquier caso se considera que el análisis de los resultados puede ser enriquecido a partir de una entrevista de re-test y por la contrastación de las informaciones con la opinión de su médico y algún familiar que conviva con él.

- . *Encuesta a especialistas para la valoración del cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.*

Objetivo:

- Evaluar la pertinencia y suficiencia del cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, a partir del juicio de especialistas con la experiencia aportada por el trabajo con este tipo de pacientes.

Instrucciones: Se le sugiere al especialista que primero realice una lectura total del cuestionario y en un segundo momento proceda a la evaluación ítem por ítem reflejando su criterio sobre la pertinencia y calidad del mismo en una escala donde 1 se considera la evaluación más desfavorable y 7 la evaluación más favorable; formulando además sugerencias para mejorar cada ítem.

Material: Encuesta de tres hojas contentivo del protocolo de la técnica (Ver Anexo 8).

Calificación: Su evaluación se realiza de manera cualitativa.

- *Cuestionario sobre percepción de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2.*

Objetivo:

- Evaluar la percepción de riesgo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, permitiendo una comprensión de la configuración dinámica de sus componentes fundamentales.

Descripción:

El cuestionario ha sido diseñado por Molerio, Castillo, Nodarse, Oropesa y Estrada a los efectos de la presente investigación. El mismo fue construido a partir de una propuesta teórica - metodológica elaborada por Molerio, Pedraza y Castillo que parte de la consideración de que la percepción de riesgo integra tres componentes fundamentales: el componente informativo-valorativo, el componente afectivo motivacional y el componente conductual. Es por ello que

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

en su construcción se incorporan una serie de indicadores de expresión para cada uno de los componentes antes mencionados, la cual se detalla a continuación:

- Componente valorativo- informativo: proposiciones de la 1 a la 18.
- Componente afectivo- motivacional: proposiciones de la 19 a la 34.
- Componente conductual: proposiciones de la 35 a la 59.

Construcción y validación del cuestionario:

El diseño del instrumento partió de una exhaustiva revisión de los instrumentos existentes en el ámbito nacional e internacional para la evaluación de la percepción de riesgo. Del análisis de sus particularidades y limitaciones se procedió a la elaboración de una versión preliminar del cuestionario. Este instrumento fue sometido a un análisis de confiabilidad, contando con un alfa de Crombach de .727.

Instrucciones: Se solicita al paciente que revise las proposiciones que aparecen en el protocolo del cuestionario y evalúe con sinceridad la frecuencia o grado de acuerdo según corresponda en una escala de 1 a 5 donde 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y, 5 es siempre o totalmente de acuerdo.

Material: Cuestionario de dos hojas contentivo del protocolo de la técnica (Ver Anexo 9).

Calificación: Su evaluación se realiza de manera cualitativa, identificando aquellos aspectos en los cuales se identifican dificultades, dando la posibilidad de comprender la dinámica de la configuración de la percepción de riesgo de cada paciente. A nivel grupal es posible realizar un análisis de tendencias. En cualquier caso se considera que el análisis de los resultados puede ser enriquecido a partir de una entrevista de re-test.

- *Encuesta dirigida a evaluar la satisfacción de los pacientes que asisten al CAD.*

Objetivo:

- Evaluar la satisfacción de los pacientes que asisten al CAD, una vez concluida su estancia en dicho centro.

Descripción:

Esta encuesta fue elaborada por Castillo, Molerio y Nodarse con el propósito de evaluar la satisfacción con la experiencia educativa que experimentan los pacientes en el CAD al

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

finalizar la semana. Se explora el nivel de satisfacción general particularizando en aspectos como: el funcionamiento del centro, los conocimientos adquiridos, actividades realizadas, con el trato del personal asistencial. Nos permite valorar también si se cumplen o no las expectativas con que los pacientes ingresan e incluso constituye un medio propicio para recoger sus inquietudes y recomendaciones.

Instrucciones: Se solicita al paciente que responda sinceramente las preguntas que se le presentan según la forma en que se le precise. Se ofrecen garantías de la confidencialidad de sus respuestas.

Material: Encuesta de cuatro hojas contentivo del protocolo de la técnica (Ver Anexo 10)

Calificación: Su evaluación se realiza de manera cualitativa.

➤ *Fase 2:* Aplicación de los instrumentos diseñados.

En esta fase fueron aplicados los instrumentos anteriormente descritos a la muestra seleccionada, con el propósito de identificar las expectativas de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al CAD, realizar una evaluación de la adherencia terapéutica y la percepción de riesgo; así como evaluar la satisfacción de los mismos al culminar la experiencia.

2.5. Concepción metodológica de la Etapa III

2.5.1 Tipo de estudio

El objetivo de esta etapa fue elaborar la estrategia concebida para potenciar la labor psicoeducativa del CAD en aras del logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, así como desarrollar su evaluación preliminar a partir de los criterios de los especialistas vinculados a este centro. Por ello el tipo de estudio asumido fue exploratorio-descriptivo.

2.5.2 Selección y descripción de la muestra de la Etapa III

La muestra de especialistas encuestados coincide con la ya descrita en la Etapa I (Véase pág 32)

2.5.3 Procedimientos de la Etapa III

Para llevar a cabo el diseño de la estrategia fueron consultadas diversas investigaciones y publicaciones sobre el tema. De igual manera fue necesario seleccionar diversas técnicas y recursos psicoeducativos que serían incorporados a la estrategia en correspondencia con los objetivos que la misma persigue. Una vez concluido el diseño fue sometida a la valoración del colectivo de especialistas del CAD de Villa Clara.

➤ *Fase I:* Elaboración de la estrategia.

La estrategia ha sido concebida como la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos. La determinación de metas y objetivos a largo, mediano y corto plazo y la adaptación de acciones y recursos necesarios para alcanzarlos son los elementos claves para llevar a cabo la estrategia. (De Armas; Lorences y Perdomo, 2003)

El propósito de la estrategia a diseñar en la presente investigación es potenciar la labor psicoeducativa en el CAD de Villa Clara para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En este caso se diseñó una estrategia de tipo operativa. Las estrategias operativas inciden en el funcionamiento de la institución. Estas permiten hacer realidad una determinada filosofía (participación, colaboración, etc.) o posibilitan la eficacia práctica de estrategias más generales.

Para su diseño se hizo necesario precisar y elaborar los elementos fundamentales contenidos en la misma:

- Justificación.
- Planteamiento de objetivos e impacto esperado.
- Descripción de los beneficiarios, límites y recursos con los que se cuenta.
- Diseño lógico- metodológico.
- Definición de acciones que respondan a los objetivos trazados.
- Prever la evaluación de los resultados.

- Fase 2: Evaluación de la estrategia propuesta según el criterio de expertos.

Una vez concluido el diseño de la estrategia se procedió a su socialización a partir de un encuentro grupal con los especialistas del CAD, a los cuales se les presentó la misma y posteriormente se procedió a solicitar su valoración al respecto.

2.5.4 Técnica empleada en la Etapa III

- *Técnica de la Matriz DAFO:*

Objetivo:

- Persiguió como objetivo obtener una valoración de la estrategia diseñada por parte de los profesionales del CAD, que serían los usuarios fundamentales del mismo.

Descripción:

Esta técnica ha sido muy empleada en el área de la Gerencia y la Epidemiología, entre otros campos. Luego de la presentación general de la estrategia psicoeducativa diseñada por parte de la investigadora, se solicitó a los participantes que aportaran sus criterios identificando las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades (Anexo 11).

Calificación: Su análisis se realizó valorando cualitativamente el contenido de los criterios ofrecidos, y cuantitativamente mediante el análisis porcentual de la frecuencia de los mismos.

2.6 Principios éticos que rigen la investigación

Durante toda la investigación se tuvieron en consideración los principios éticos de la ciencia psicológica. Como preámbulo de la investigación se solicitó la autorización institucional a los directivos del Centro de Atención al Diabético de Villa Clara para desarrollar la investigación. De igual manera, a cada uno de los participantes en la experiencia investigativa se les explicaron los objetivos e intenciones de la misma; solicitándose su consentimiento informado. En todos los casos se garantizó la confidencialidad en la aplicación de los instrumentos. Es de significar que los resultados valorativos obtenidos en la primera etapa, así como la propuesta de la estrategia fueron presentados al equipo de trabajo del CAD de manera respetuosa y constructiva.

Capítulo III

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los principales resultados investigativos, los cuales quedan estructurados de la siguiente manera:

- Análisis de resultados por técnicas para cada etapa.
- Análisis integral de los resultados por etapa.

3.1 Resultados de la Etapa I: Diagnóstico de Necesidades

3.1.1 Análisis de resultados de las técnicas aplicadas en la Etapa I

- *Entrevista semiestructurada dirigida a la directora del CAD.*

A través de una primera entrevista semiestructurada dirigida a la directora del CAD se obtuvo la aprobación para el desarrollo de la investigación y fueron presentados los objetivos de la misma. Se pudo conocer que el CAD de Villa Clara fue fundado en el año 2007, siendo nombrada como directora desde esta fecha. Se indagó sobre la normas de funcionamiento general del CAD, quedando conciliados los aspectos fundamentales para el desarrollo de la investigación. Se logró obtener también el consentimiento institucional para una posterior revisión de documentos oficiales.

- *Entrevista estructurada dirigida a la psicóloga.*

La Psicóloga del CAD cuenta con 30 años de experiencia y lleva 6 años trabajando en el centro desde su fundación. Ha recibido capacitación sobre el tema en que centra su labor. A través de esta entrevista se precisaron sus funciones. Esta debe brindar entrenamiento psicológico a los pacientes diabéticos, transmitir a médicos y especialistas conocimientos y habilidades sobre estos pacientes y su manejo. También debe realizar actividades grupales, evaluación cara a cara de todos los pacientes y acompañantes, actividades de evaluación integral antes y después del egreso, así como actividades docentes. Tiene interacción diaria con los pacientes, aunque sus encuentros programados con ellos son básicamente los lunes, miércoles y viernes.

En relación con la primera entrevista considera que los indicadores que no deben faltar son: conciencia de la enfermedad, soporte social con que cuenta y expectativas para una mejor

calidad de vida. En esa entrevista se logra identificar la etapa de la enfermedad por la que se encuentran atravesando los pacientes y el impacto emocional que ha provocado. Se aborda el tema de la percepción de riesgo y los modos de afrontamiento del paciente ante la enfermedad. Refiere además que se explora el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes, aunque no cuenta con un instrumento estructurado en función de ello.

Según su criterio solo algunas veces se reúne el equipo de especialistas al inicio de los encuentros para compartir sus consideraciones profesionales sobre los pacientes que conformarán el grupo y precisar objetivos educativos a trabajar a nivel individual. Del mismo modo señaló que en algunos casos comparte con el equipo de especialistas los hallazgos más significativos de su encuentro con los pacientes para que sean considerados durante la implementación de la estrategia educativa en esa semana. La cantidad de encuentros propiamente interventivos depende de las características del grupo y en ellos los mediatizadores psicológicos más empleados son: las técnicas participativas, de divulgación y propaganda y la orientación familiar.

A su juicio este sistema de trabajo le permite lograr los objetivos que se propone como miembro del equipo multidisciplinario; pero considera que las condiciones de los locales donde lleva a cabo su labor no son adecuadas, pues no existe privacidad, el local es muy pequeño y no permite realizar otro tipo de intervención, como la relajación. Además no cuenta con los recursos psicoeducativos necesarios para desarrollar eficientemente su labor, al respecto manifiesta: “se necesita un DVD y una impresora para poder repartir plegables etc.”

Por último, describió que en la sesión de cierre se explora el nivel de satisfacción de los pacientes a través de técnicas participativas, por tanto consideró oportuno contar con un instrumento estructurado que le permita explorarlo.

- *Revisión de documentos oficiales:*

A través de la revisión de documentos oficiales se pudo identificar la misión y visión del CAD de Villa Clara y el programa de trabajo por el cual se rige. El CAD de Santa Clara, dirige y ejecuta las acciones para alcanzar un desempeño de excelencia en la atención integral a la

salud del diabético, con un enfoque dirigido al entrenamiento, educación y motivación, priorizando la satisfacción de los pacientes y la excelencia en los servicios de salud. Con esta misión cuentan con un programa de trabajo estructurado en función de ello (Anexo 12). El mismo pudiera ser objeto de algunas reestructuraciones en función de una mayor organización y planificación para un mejor servicio.

De igual modo fue revisada la guía para la educación al paciente diabético no insulina dependiente en la atención primaria de salud, que incluye un programa educativo elaborado en 1996 y el Programa Nacional de Diabetes aprobado por el MINSAP en el año 2010. Ambos documentos contienen orientaciones metodológicas sobre el abordaje asistencial de estos pacientes.

- *Observación abierta no participante*

Con esta observación realizada durante tres semanas transcurridas del 4 al 22 de marzo, se logró explorar profundamente las particularidades de la estructura y funcionamiento del mismo. Esta institución se encuentra ubicada en la zona hospitalaria de la ciudad de Santa Clara y pertenece al policlínico “Chiqui Gómez”. Es un centro pequeño que cuenta con un salón de espera, dos consultas, enfermería, laboratorio clínico, baño y comedor, por ello los locales son bastante pequeños y con poca ventilación, pero a pesar del poco espacio existe una adecuada distribución y organización en el centro, así como higiene y ambientación acorde a su misión.

El CAD cuenta con medios auxiliares para la educación diabetológica como retroproyector, televisor y una computadora que recibió recientemente. Un mayor uso y aprovechamiento de los mismos en las diferentes actividades realizadas contribuiría no solo a aumentar el conocimiento de los pacientes sino también a propiciar cambios de actitudes, y con ello elevar los niveles de adherencia terapéutica.

Además cuentan con una estrategia de comunicación para sustentar su labor, la cual fue elaborada en el año 2012 conjuntamente con la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, en función de la Educación Diabetológica. La misma

incluye una serie de dípticos, trípticos e incluso un video que serían de gran utilidad para la labor educativa. No obstante, no se ha implementado aún por limitaciones materiales.

El ingreso a la institución se realiza a partir de una remisión del área de salud para realizar el preingreso el viernes anterior a la fecha prevista. El horario en el centro es de 8:00am a 4:00 pm aunque el lunes y el miércoles se realizan análisis a partir de las 7:45 am. Durante toda la semana se desarrollan una serie de actividades organizadas y planificadas según el programa de trabajo del CAD (Ver Anexo 12). A partir de este quedan distribuidas todas las tareas y funciones de los miembros del equipo asistencial, las cuales son cumplidas, sólo que no siempre en el orden u horario estipulado, ya sea por las dificultades generadas porque los especialistas no pertenecen al centro, como por otras contingencias que pueden surgir y que provocan cambios repentinos en la dinámica del centro.

Existen adecuadas relaciones interpersonales entre los trabajadores del centro, funcionando como un colectivo unido y a su vez mantienen una adecuada comunicación e intercambio con los pacientes que a él asisten. Suelen ser agradables en el trato, se muestran receptivos ante sus dudas e interesados en su problemática particular. Sin embargo una debilidad radica en que no se realiza un trabajo integrado en equipo multidisciplinario.

- *Observación participante*

Esta observación posibilitó la exploración de las particularidades de la Estrategia educativa que se implementa durante la semana de estancia de los pacientes en el CAD. La misma se desarrolló durante la semana del 25 al 29 de marzo con el grupo # 258 y arrojó los siguientes resultados:

- El primer día que ingresan, comienzan con la conferencia de la dietista: “Propuesta de alimentación sana”. Luego se realiza el recibimiento del grupo, donde se efectúa una presentación a través de técnicas participativas dirigida por la psicóloga, momento en que se propicia el conocimiento entre los miembros del grupo y el establecimiento de un clima de empatía. Se les explica luego a modo de reseña cómo surgieron los centros de atención al paciente diabético, cómo ha ido evolucionando la enfermedad y su tratamiento en la etapa actual, etc. En ese primer intercambio se pautan los horarios, las reglas del centro, las normas educativas y se les informa sobre las actividades del día. También de modo

verbal se recogen algunas impresiones para analizar el último día, en algunas ocasiones relacionadas con las expectativas y en otras con la reacción emocional que tuvieron al ser diagnosticados. Seguidamente la doctora del CAD realiza un pase de visita médico donde se continúa llenando la historia clínica individual y a la 1:00 pm comienza la consulta de Podología.

- El martes de igual modo se realiza un pase de visita médico para analizar los resultados de los análisis del día anterior, saber si están en un adecuado o no control metabólico y establecer el tratamiento. Se efectúa la consulta individual con la dietista y a su vez con Dermatología, el oftalmólogo imparte una conferencia y por la tarde comienza su consulta. En función del tiempo se produce también una charla educativa sobre la diabetes de modo general dirigida por la doctora del CAD.
- El miércoles a primera hora realizan ejercicios físicos, luego tienen consulta con el clínico y con la psicóloga. De igual modo en la tarde reciben la consulta de Nefrología.
- El jueves se desarrolla la consulta de Angiología y Endocrinología. En esta última conjuntamente con la doctora del centro que los ha estado chequeando durante toda la semana se cierra el tratamiento a seguir luego del egreso del CAD. Ese día se realiza otra charla educativa en función del manejo de la enfermedad, dirigida también por la Dra de la institución y se realiza Orientación Familiar con los allegados (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc).
- Por último el viernes luego de su clase de ejercicios físicos se les entrega un resumen de historia clínica y se realiza el cierre de la semana, analizando las impresiones del primer día y las que emergen a la hora de retirarse del CAD, evaluando de un modo breve los niveles de satisfacción de los pacientes.

De modo general esta técnica permitió identificar que se integran escasos determinantes psicológicos al proceso educativo, pues solo se menciona el estrés en una charla educativa. Otros aspectos relevantes como la percepción de riesgo y la adherencia terapéutica no son suficientemente abordados. En la estrategia educativa predominan las acciones en el plano informativo- valorativo, los cuales generalmente no se acompañan de recursos de apoyo por limitaciones de recursos materiales. No cuentan con procedimientos para la evaluación objetiva de resultados. En el CAD los especialistas ofrecen sus servicios y de manera particular cada uno plasma sus impresiones diagnósticas en la historia clínica del paciente pero

no existe un espacio de reunión para el trabajo en equipo; siendo necesario lograr mayores niveles de integración en el trabajo del equipo multidisciplinario. El procedimiento empleado para la derivación a las unidades de atención primaria se basa en la entrega de un resumen de historia clínica y un carné que los acredita como pacientes diabéticos.

3.1.2 Análisis Integrador de la Etapa I

Todas las técnicas empleadas durante esta etapa inicial permitieron penetrar en la dinámica del CAD, explorando las particularidades de su estructura y funcionamiento, e identificando fortalezas y debilidades. Además se pudo evaluar la concepción educativa que sustenta la labor del centro y de modo general se arribó a las siguientes conclusiones:

Se consideran como fortalezas del CAD la cantidad y calidad de los servicios que brinda a los pacientes diabéticos, así como la profesionalidad, compromiso y el excelente trato del personal asistencial que en él labora. Sin embargo existen debilidades como el cumplimiento irregular de los horarios y planificación de las actividades diarias atendiendo al programa de trabajo, ya sea por las dificultades generadas porque los especialistas no pertenezcan al centro, como por otras contingencias que pueden surgir y que provocan cambios repentinos en la dinámica.

El recibimiento del grupo no se realiza a primera hora de la mañana, como debiera ser para darles la bienvenida a los pacientes y nivelar expectativas antes de que comiencen las actividades. Se pudo constatar que las actividades realizadas con los pacientes, fuera de consultas y servicios de salud son de corte educativo. Se imparten conferencias especializadas y se realizan charlas educativas sobre la enfermedad, su manejo y complicaciones asociadas. Con ello se aumentan los niveles de conocimiento sobre la diabetes, lo cual no necesariamente propicia un cambio de actitud en los pacientes, pues la educación se queda a un plano informativo valorativo.

No existe una concepción propiamente psicoeducativa en el centro, en tanto no se integran suficientemente los determinantes psicológicos al proceso educativo que sustenta la labor del mismo. Por otro lado, los propios especialistas refieren que no cuentan con suficientes recursos auxiliares para desarrollar la educación diabetológica (videos, recursos gráficos,

trípticos, folletos, etc.). Sería oportuno mover el sentido psicológico de los pacientes hacia comportamientos responsables y conductas saludables para una mejor convivencia con la enfermedad y esa labor podría desempeñarla la psicóloga con el apoyo del personal restante del CAD.

Tampoco existen instrumentos de evaluación psicológica que faciliten el trabajo de la psicóloga del centro, la cual a nuestro juicio debería tener mayor participación en las actividades educativas que se efectúan, encargarse de integrar acciones psicoeducativas al proceso educativo para lograr fomentar la adherencia terapéutica en los pacientes.

Resulta sumamente necesario que se fortalezca el trabajo en equipo, a partir de una mayor espacios donde los especialistas que ofrecen consultas en el centro compartan sus impresiones con el personal calificado del mismo, intercambien opiniones y tracen el plan terapéutico del paciente de modo conjunto y con sistematicidad.

Por último se pudo comprobar que no existe una metodología o procedimiento para la evaluación de resultados y los niveles de satisfacción de los pacientes. Generalmente se emplean técnicas participativas o de cierre para concluir la experiencia en el CAD, las cuales muestran altos niveles de satisfacción de los mismos. No obstante, se hace necesario disponer de instrumentos de evaluación que permitan evaluar con mayor objetividad en qué medida se logra fomentar la adherencia terapéutica de estos pacientes, así como sus determinantes.

3.2 Resultados de la Etapa II: Diseño y validación preliminar de instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo concebido en el CAD de Villa Clara.

En función de las debilidades instrumentales detectadas en la etapa anterior en esta primera fase de la etapa II se diseñaron una serie de instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo del CAD, los cuales fueron descritos exhaustivamente en el capítulo 2 (páginas 40- 45).

En una segunda fase de esta etapa se llevó a cabo la aplicación de los mismos a la muestra seleccionada para su validación preliminar. Se trabajó en este caso con 40 pacientes pertenecientes a diferentes grupos que fueron atendidos en el CAD.

Los resultados obtenidos a partir de los diferentes instrumentos empleados fueron valorados cualitativamente y cuantitativamente. El procesamiento de los datos se realizó mediante el SPSS/Windows, versión 18.0. Para todas las etapas se realizaron análisis descriptivos y pruebas de hipótesis; así como diversos gráficos mediante este programa. Es necesario aclarar que los valores de $p < .05$ fueron considerados como significativos. Para evaluar la consistencia interna entre los ítems de los distintos cuestionarios se utilizó el valor de Alfa de Cronbach. Para el análisis de las correlaciones fue utilizado el coeficiente de correlación de Kendal. Por último, para evaluar el predominio de un tipo de respuesta específico dentro de las preguntas del Cuestionario de Adherencia con una clasificación dicotómica nominal se utilizó el Test de Cochran para k muestras relacionadas.

3.2.1 Análisis de resultados de las técnicas aplicadas en la Etapa I

De modo general las *Encuestas para identificar expectativas* demuestran, que los pacientes ingresan al CAD con altos niveles de motivación y todos esperan encontrar profesionales competentes que les ofrezcan información sobre su enfermedad, orientaciones precisas que hagan que el tratamiento sea más efectivo y un aprendizaje significativo que les permita aprender a vivir con diabetes para que esta condición no interfiera con sus actividades cotidianas. En sentido general, prefieren obtener este aprendizaje a partir de charlas educativas.

A través de la *Encuesta a expertos* se sometió al juicio de especialistas el cuestionario diseñado para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El mismo comprende cuatro preguntas generales. En la primera pregunta donde se someten a evaluación los 16 ítems del cuestionario se obtuvo en la mayoría de puntuaciones que oscilan entre 5 y 7, lo cual sugiere la existencia de altos niveles de aceptación, así como también se analizaron algunas recomendaciones propuestas para su perfeccionamiento. En la segunda pregunta la totalidad considera que no es pertinente incorporar nuevos ítems,

evaluando de muy buena la calidad del instrumento. Al analizar las fortalezas y debilidades identificadas del instrumento, se recogen apreciaciones generales como: es un instrumento muy completo, tiene un enfoque holístico, se encuentra centrado en el individuo y no en la enfermedad. Como debilidades algunos especialistas señalaron: es muy extenso (3), tiene lenguaje técnico (1), debe profundizar más en aspectos como la motivación y la voluntad de los pacientes (1), etc. Por último en la cuarta pregunta sugirieron la implementación de procedimientos que permitan llevar a los consultorios y consultas multidisciplinarias este tema de la adherencia terapéutica.

Los criterios y recomendaciones obtenidos en la técnica anterior fueron incorporados al ***Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2***. Para evaluar el predominio de un tipo de respuesta específico dentro de los mismos se utilizó el Test de Cochran donde las diferencias fueron significativas

[Q cochrane = 30.555, $p < 0,01$]. (Ver anexo 13)

- Pregunta 1: Estuvo dirigida a la autoevaluación del paciente. Mostró el predominio de respuestas positivas, pues el inciso más marcado fue el a), seguido del b), por lo cual se aprecia que los pacientes se autoevalúan como cumplidores o parcialmente cumplidores del tratamiento.
- Pregunta 2: Enfocada a evaluar el impacto psicológico ante el debut de la enfermedad. La mayor cantidad de respuestas se concentra en el inciso q, seguido del r), n), g), i) y b). Los cuatro primeros responden a estilos de afrontamiento positivos centrados en el problema como la aceptación y búsqueda de información y los dos últimos centrados en las emociones, prevaleciendo el temor y la culpabilidad, aspectos que revelan la necesidad de desarrollar en estos pacientes habilidades para el autocontrol emocional
- Pregunta 3: Se proyecta a explorar la valoración de la enfermedad. Se apreció una concepción acertada sobre la misma, pues en su mayoría la considera una enfermedad peligrosa, crónica y que puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación.
- Pregunta 4: Explora la valoración general sobre el tratamiento. Predominaron las respuestas positivas en los incisos c) y d) lo que se traduce en que este tipo de pacientes ven el tratamiento como una necesidad para sentirse mejor.

- Pregunta 5: Enfocada a identificar las indicaciones recibidas por su médica. No existieron diferencias significativas entre las respuestas, pues los pacientes marcan casi todas las opciones, lo cual indica que han recibido orientaciones adecuadamente.
- Pregunta 6: Dirigida a valorar el nivel de comprensión de las indicaciones médicas. Predominaron las respuestas positivas en los incisos a) y b), esto se traduce en que existe una adecuada comprensión de las indicaciones médicas tanto dadas verbalmente, como por escrito.
- Pregunta 7: Centrada en la evaluación de la autoeficacia percibida. No existieron diferencias significativas entre las respuestas, pues los pacientes marcan casi todas las opciones, pues se perciben autoeficaces.
- Pregunta 8: Al explorar las condiciones bajo las cuales cumplen el tratamiento, la mayoría de las respuestas positivas se concentran en el inciso d), pues refieren que cumplen siempre con el tratamiento.
- Pregunta 9: Explora diferentes dimensiones de la adherencia terapéutica. Cuenta con un Alfa de Cronbach de .703 valor que indica su confiabilidad. Las proposiciones que puntuaron más altos fueron la 9 y la 7, mientras que la 5 y la 10 fueron las menos puntuadas. Esta pregunta fue correlacionada con las dimensiones de la percepción de riesgo y se apreció una relación significativa con el componente conductual.
- Pregunta 10: Dirigida a identificar los factores que obstaculizan el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Predominaron las respuestas de no, pues la mayoría de los pacientes cumplen con el tratamiento farmacológico.
- Pregunta 11: Explora los factores que obstaculizan el cumplimiento de las modificaciones del estilo de vida. Predominan las respuestas positivas en los incisos b), e), a) y d), los cuales indican que las razones por las que incumplen son: limitaciones en la oferta de los mercados, dificultades económicas, situaciones estresantes, y falta de fuerza de voluntad para llevar un estilo de vida más saludable.
- Pregunta 12: Evalúa el apoyo social percibido siendo evaluado satisfactoriamente por la mayoría de los pacientes. Esta pregunta fue correlacionada con la percepción de riesgo y no se evidenció relación alguna.

- Pregunta 13: Focalizada a la evaluación de la calidad de la atención médica. Predominaron las respuestas positivas en los incisos a),e), i),l), lo cual indica que existen en la mayoría de los casos adecuadas relaciones médico-paciente.
- Pregunta 14: De igual modo que en la anterior predominan las respuestas positivas (28) que señalan la satisfacción de gran parte de la muestra con su médico.
- Pregunta 15: Constituye una pregunta de retest para la autoevaluación de la adherencia terapéutica por parte del paciente. Al igual que en la p1 predominan las respuestas positivas, pues el inciso más marcado fue el a), seguido del b). Los pacientes se consideran cumplidores o parcialmente cumplidores; pero en ningún caso incumplidores. Este ítem fue correlacionado con el 9 y es necesario precisar que esta autoclasificación resultó un indicador no fiable, pues no se evidencia relación entre como ellos se perciben y los verdaderos niveles de adherencia terapéutica (Ver anexo15).
- Pregunta 16: Este ítem explora las necesidades psicoeducativas. Predominaron las respuestas positivas, pues se mostraron interesados en recibir algún tipo de ayuda profesional para lograr mejorar su cumplimiento del tratamiento y manifiestan en su mayoría que les gustaría recibirla mediante las charlas con especialistas, guías de autoayuda o materiales con orientaciones específicas y ayuda psicológica. También consideran oportuno incorporar este tema en el Programa de Educación del CAD.

El ***Cuestionario sobre percepción de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo2*** cuenta con un Alfa de Cronbach de .727 (Ver anexo 14) valor que denota su confiabilidad. Este instrumento se divide en tres factores:

1- Informativo- valorativo: .796

2- Afectivo-Motivacional: .659

3-Componente Conductual: .534

Los datos obtenidos demuestran que existen altos niveles de conocimientos sobre la enfermedad, pues el componente informativo-valorativo es el de mayor puntuación. En menor medida fueron puntuadas las proposiciones del componente - motivacional, que constituyen un resorte significativo para lograr el cambio conductual. Por su parte, el componente conductual es el de menor índice, lo que significa que existen dificultades en esta dimensión, pues los pacientes reciben la información necesaria para el manejo de la diabetes;

pero no asumen comportamientos responsables. Se corrobora nuevamente que la educación diabetológica se está quedando en un plano informativo y no está propiciando cambios de actitud en los pacientes y esto influye en la adherencia terapéutica.

Por su parte, la *Encuesta dirigida a evaluar la satisfacción* indica niveles elevados. Al finalizar cada semana los distintos grupos demostraron su agradecimiento al centro de diferentes maneras y recomendaron que continúe desarrollando su labor como hasta ahora. Se recogieron también diversas inquietudes. Algunas fueron en función del centro como la disponibilidad y tamaño de los locales, que son pequeños y no alcanzan; así como otras que no están relacionadas directamente con el CAD; pero los pacientes diabéticos consideran el mismo como medio esencial para hacer valer sus criterios. Entre estas se encuentran: la necesidad de un glucómetro para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el trato inadecuado del personal de la salud al salir del centro, dificultades con la dieta, la ausencia de productos especiales para diabéticos y la falta de seguimiento en otros centros de salud. Aunque existen determinados aspectos que pudieran mejorar en este centro, los pacientes diabéticos se sienten satisfechos porque en él reciben una atención diferenciada, asistencia médica especial y sensibilidad ante su problemática. En otros centros de salud no son priorizados, pues muchas personas viven hoy día con padecimientos crónicos y tienen sus mismos derechos a la hora de solicitar un servicio médico.

Durante esta fase de aplicación de instrumentos de evaluación psicológica, se desarrolló una *observación participante*, donde cada uno de los grupos presentó particularidades distintivas que sin lugar a dudas influyeron en la dinámica de funcionamiento grupal, las cuales se describen a continuación:

- El primer grupo (259) y el tercero (262) estuvieron conformados por pacientes en su mayoría menores de 60 años, con altos niveles de escolaridad y una parte significativa en etapa de debut de la enfermedad. Por ello los pacientes se mostraron muy motivados por su estancia en el CAD. Se mantuvieron concentrados y atentos ante las conferencias y charlas educativas, pues estaban muy interesados en obtener información sobre la enfermedad, conocer sobre las complicaciones, aprender a aceptar la enfermedad, a monitorearse, controlar la dieta, los niveles de estrés y a vivir con diabetes sin que esta condición interfiera en sus actividades cotidianas, ya que muchos trabajan y necesitan reajustar su

estilo de vida a partir de este diagnóstico reciente. Como grupo funcionaron muy bien, mostrándose unidos ante las demandas del CAD, solidarios con aquellos compañeros que necesitaban apoyo, compartiendo experiencias personales, poemas e incluso chistes que matizaron las dinámicas de intercambio grupal en los espacios de ocio. Se caracterizaron por su dinamismo, entusiasmo y marcado interés en aprender.

- Por su parte, el segundo grupo de pacientes (260) aproximadamente con el mismo rango de edad; pero con niveles medios de escolaridad y varios años de evolución de la enfermedad paradójicamente manifestaron en su mayoría que cumplen con el tratamiento farmacológico; pero no realizan adecuadamente las modificaciones del estilo de vida. De modo general justifican su actitud presentando quejas por las limitaciones de ofertas en los mercados para garantizar los requerimientos dietéticos y las dificultades económicas existentes en la actualidad, aunque algunos también consideran que si toman los medicamentos no es realmente imprescindible cambiar su estilo de vida. Como grupo establecieron adecuadas relaciones interpersonales, mostrándose muy conversadores, compartiendo experiencias vividas y tratando de disfrutar al máximo su estancia en el CAD. El comportamiento de los pacientes no se corresponde con el tiempo de convivencia con la enfermedad, pues la mitad de los pacientes se consideran pacientes parcialmente cumplidores del tratamiento a pesar de que hace años conviven con la enfermedad.

3.2.2 Análisis Integrador de la Etapa II

Durante esta etapa de la investigación se pudo constatar la importancia de instrumentos de evaluación psicológica como los diseñados en el CAD. Con una aplicación y validación preliminar de los mismos se pudo apreciar un alto nivel de aceptación y quedó demostrado la suficiencia y pertinencia de los mismos. No obstante, se obtuvieron datos que en el futuro permitirán reducir y ajustar su calificación desde el punto de vista cuantitativo.

A través de los mismos se identificaron las principales expectativas de los pacientes con diabetes mellitus, que se corresponden con los altos niveles de motivación con que ingresan al CAD. De igual modo sucede con los niveles de satisfacción que suelen ser elevados, pues aunque existen determinados aspectos que pudieran mejorar en este centro para un mejor

funcionamiento, los pacientes diabéticos se sienten satisfechos porque en él reciben una atención diferenciada, asistencia médica especial y sensibilidad ante su problemática.

Durante esta etapa se observaron en los diferentes grupos particularices distintivas que sin lugar a dudas influyeron en la dinámica de funcionamiento grupal. Algunos se mantuvieron más concentrados y atentos que otros, pues estaban muy interesados en los aprendizajes. Pero de modo general como grupo funcionaron muy bien, estableciendo adecuadas relaciones interpersonales, mostrándose unidos ante las demandas, compartiendo experiencias vividas y tratando de disfrutar al máximo su estancia en el CAD.

Los resultados de la aplicación demuestran otras cuestiones preocupantes entre las que se encuentran dificultades con la adherencia terapéutica, pues aunque la mayoría de los pacientes se consideren cumplidores o parcialmente cumplidores del tratamiento, al relacionar este ítem con el que responde a los indicadores de adherencia no se evidencia relación entre ellos. Ello convierte a esta autoclasificación en un indicador no fiable, pues no existe correspondencia entre como se perciben los pacientes y los verdaderos niveles de adherencia terapéutica. De ahí la importancia de propiciar cambios de actitudes en los pacientes diabéticos que en su mayoría cumplen con el tratamiento farmacológico; pero presentan dificultades en el cumplimiento de las modificaciones del estilo de vida. Se ha podido comprobar que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 poseen elevados niveles de conocimientos sobre su enfermedad, reciben la información necesaria para el manejo de su padecimiento y aun así no asumen comportamientos responsables. Por tanto se corrobora nuevamente que la educación diabetológica se está quedando en un plano informativo y no está propiciando cambios de actitud en los pacientes y esto influye directamente en la adherencia terapéutica.

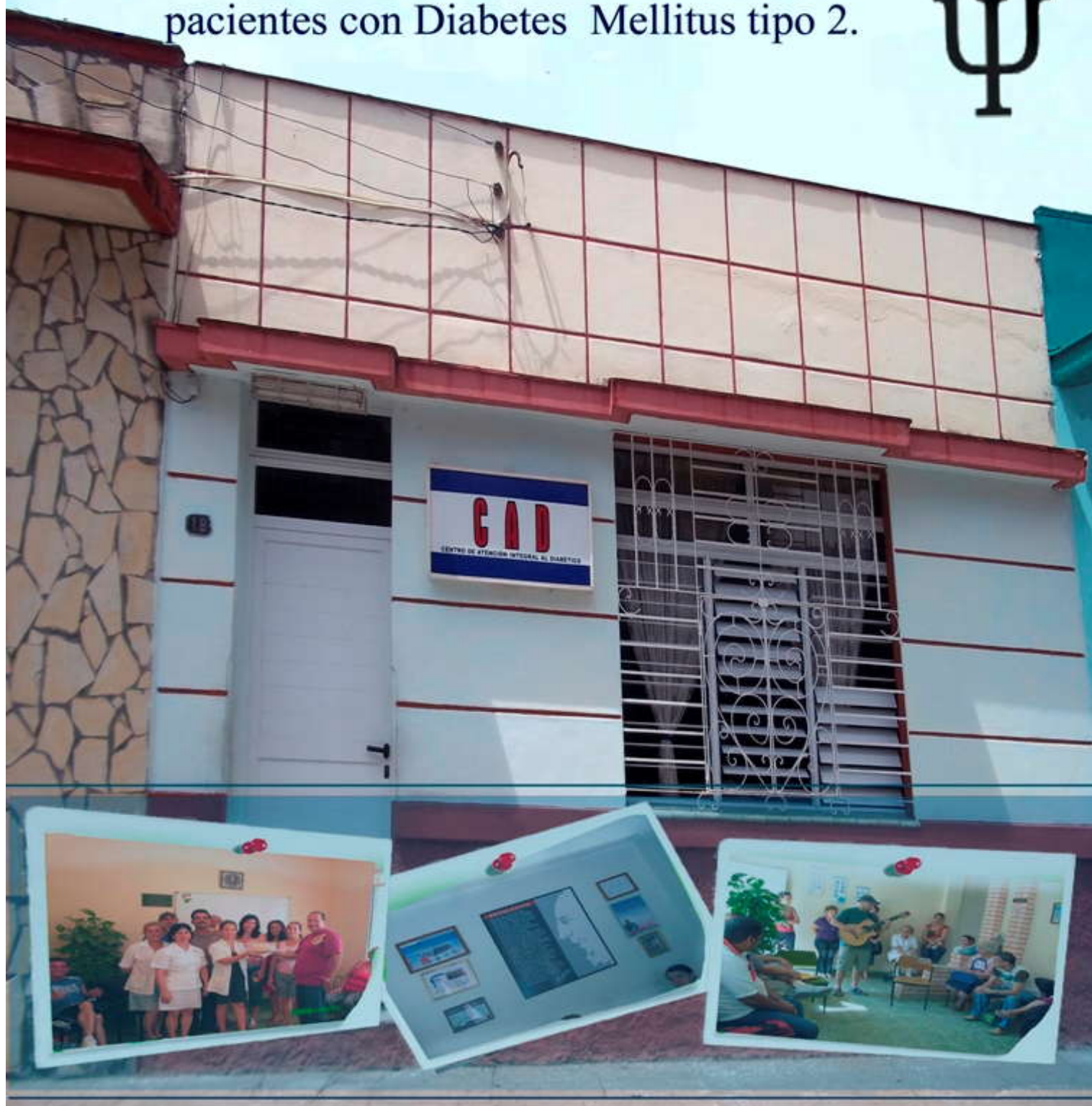
Es por ello que consideramos pertinente concebir una estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el CAD para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

3.3 Resultados de la Etapa III: Diseño de la Estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el CAD para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.



CENTRO DE ATENCIÓN Y EDUCACIÓN AL DIABÉTICO

Estrategia dirigida a potenciar
la labor psicoeducativa en el CAD
de Villa Clara para el logro de mayores
niveles de adherencia terapéutica en
pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.



Justificación:

La Diabetes Mellitus tiene un carácter irreversible, forma parte de las enfermedades crónicas no transmisibles y se ha convertido en los últimos años en un importante problema de salud. Con un incremento considerable en su incidencia y prevalencia, constituye un verdadero desafío a la calidad y expectativa de vida de la población mundial. Se calcula que más de 280 millones de personas en el mundo padecen de diabetes. Según las investigaciones esta enfermedad podría estar causando unos 4 millones de muertes globalmente y se proyecta que esa cifra continúe aumentando. Por su parte la OMS (2011) plantea que este padecimiento ocupa el octavo lugar entre las principales causas de muerte en los países de altos ingresos y el noveno en los de medianos ingresos. Esta realidad pudiera parecer ajena, sin embargo cerca de medio millón de cubanos padece de Diabetes Mellitus (DM) y lo peor es que en la última década casi se han duplicado las cifras, expresándose en un 4,5% de la población diabética diagnosticada.

La DM tipo 2, específicamente, es una enfermedad metabólica crónica con importantes repercusiones sociosanitarias, tanto por las complicaciones agudas o crónicas que provoca, como por ser factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Las personas que la padecen tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad dos veces mayor que la población general. Una mejoría en el cuidado de la diabetes aumentaría la esperanza de vida de estas personas. Actualmente, sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos cumplen con el tratamiento indicado y el otro 50 % enfrenta el riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. (Rodríguez, A. 2010). Es por ello que el fenómeno de la adherencia terapéutica en esta enfermedad, constituye una de las prioridades fundamentales en las intervenciones multidisciplinarias que se dirigen a este padecimiento, a partir del reconocimiento de los profesionales en cuanto a la implicación que posee esta categoría para el logro de una adecuada convivencia con la enfermedad.

Las dificultades en la adherencia terapéutica se refieren no sólo al consumo de medicamentos; sobre ésta se describen conductas como las dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento). También incluye la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la

modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación (Martín, 2003; Martín y Grau, 2005, Sánchez, 2006).

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento (Basterra, 1999; Nichols y Poirier, 2002). (Citado en Martín, 2009)

La Organización Mundial de la Salud asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes ” (OMS, 2003a, p.1).

Los problemas de la adherencia terapéutica han sido insuficientemente atendidos; se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto. Se requiere de trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes enfermedades y grupos poblacionales y que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la salud produzcan los resultados esperados (OMS, 2004).

En el caso de la diabetes mellitus, que se ha convertido en un problema de salud cuya prevalencia e incidencia aumenta vertiginosamente, también se reflejan bajos niveles de adherencia terapéutica en la mayoría de los pacientes. Considerada una epidemia, esta enfermedad se ha convertido en la octava causa de muerte en nuestro país, contribuyendo además a la discapacidad, aumento de hospitalizaciones y uso de los servicios de urgencia. Para afrontarla es necesario disminuir los factores de riesgo en la población, detectar precozmente la diabetes y lograr un buen control metabólico en los diagnosticados. Los

pacientes diabéticos tienen falta de información y actitudes para participar en el control de su enfermedad.

Por su parte se considera la educación diabetológica como un pilar fundamental para el logro de los objetivos trazados con respecto a una mejora en la calidad de vida de este tipo de pacientes. Como una alternativa surgieron los Centros de Atención y Educación al paciente Diabético (CAED), actualmente denominados (CAD). En dichos centros se encargan de instruir y lograr la educación terapéutica del paciente con diabetes mellitus. Por tanto la educación para la salud y la psicoeducación se convierten en instrumentos esenciales para el abordaje terapéutico del paciente diabético.

Los procedimientos psicoeducativos tienen como ventaja fundamental el adoptar un enfoque no patológico y centrarse en que las personas aprendan a responder desafíos por oposición a tratamientos clínicos de larga duración ante diagnósticos específicos. Es sin dudas un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta; por tanto, una estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el CAD de Villa Clara, podría contribuir favorablemente al logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La propuesta de acciones diseñada en esta estrategia incluye acciones a nivel organizativo, metodológico y psicoeducativo que tributan a un mejor funcionamiento interno del CAD de Villa Clara propiciando una mayor eficiencia en sus servicios para garantizar la satisfacción de los pacientes.

Objetivos de la Estrategia:

Objetivo general:

- Potenciar la labor psicoeducativa en el CAD de Villa Clara para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo. 2

Objetivos específicos:

- Contribuir a un mejor funcionamiento interno del CAD para propiciar una mayor eficiencia en sus servicios.
- Fortalecer la labor coordinada y conjunta de los especialistas del CAD.
- Enriquecer la metodología existente en el centro para la atención al paciente diabético a través de la incorporación de instrumentos de evaluación psicológica y otros recursos psicoeducativos de apoyo.
- Fomentar la autorresponsabilidad del paciente en el control de la enfermedad.
- Adecuar la percepción de riesgo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Propiciar un aumento de los niveles de adherencia terapéutica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que son atendidos en el CAD.

Impacto Esperado:

- Mejorar la calidad de los servicios del CAD para el cumplimiento eficiente de sus funciones.
- Adecuar los niveles de adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Lograr un mayor nivel de control de la enfermedad en dichos pacientes.
- Disminuir la co-morbilidad asociada a esta enfermedad.

Beneficiarios:

- *Beneficiarios Directos:* personal del CAD, especialistas que ofrecen consultas allí o están a cargo de diferentes servicios del centro: médicos diabetólogos, enfermera, psicóloga, dietista, técnicos de laboratorio clínico, técnico o licenciado en podología, médicos especialistas en Oftalmología, Angiología, Dermatología, Nefrología, Cardiología, Endocrinología y medicina interna, además del personal de registros médicos y trabajadores de servicio.
- *Beneficiarios Indirectos:* Se definen como principales beneficiarios todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al CAD de Villa Clara,

fundamentalmente aquellos pacientes que presentan dificultades en la adherencia terapéutica.

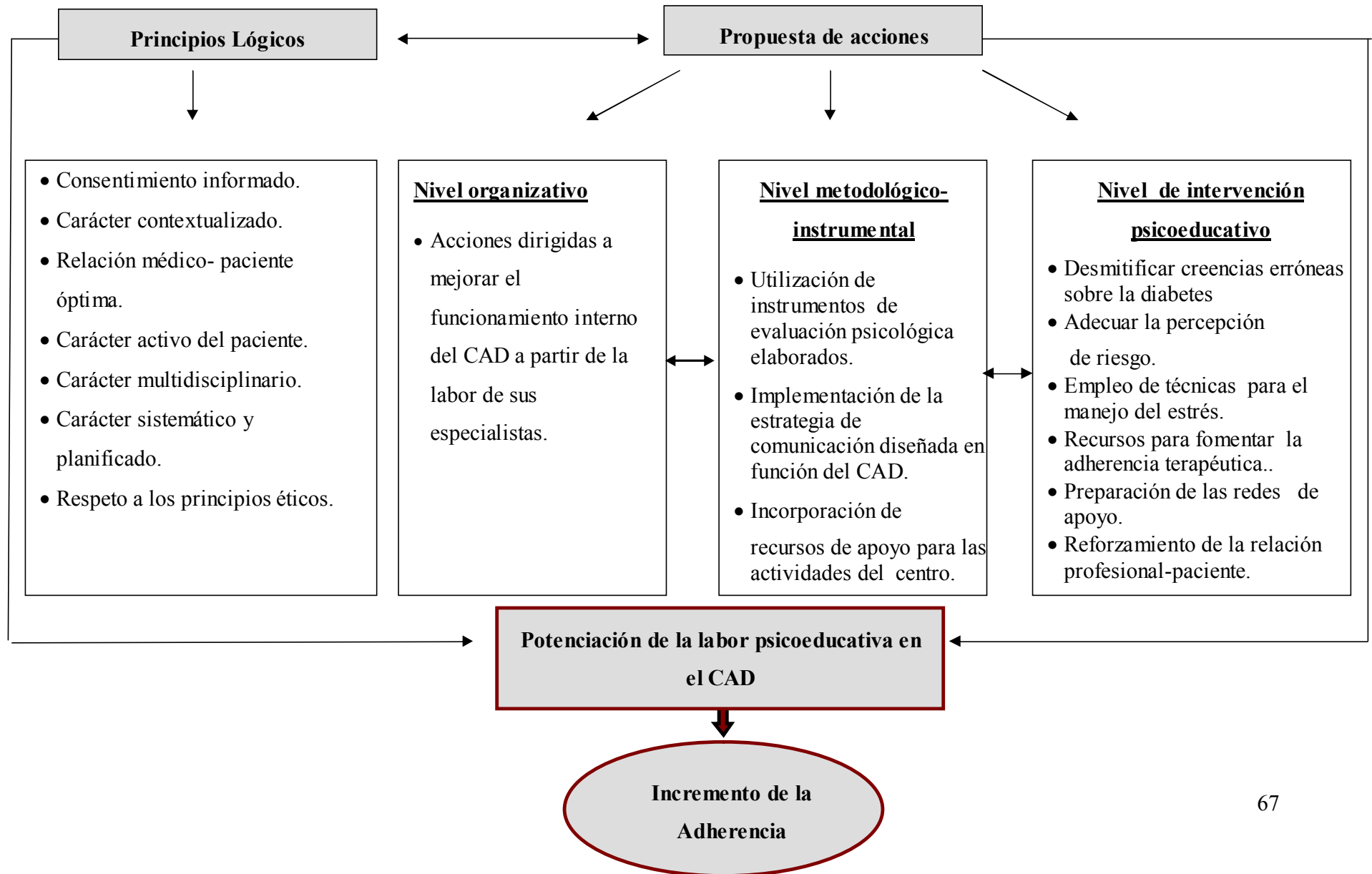
Límites:

- *De espacio:* Las acciones diseñadas dentro de la estrategia han sido concebidas para insertarse en la dinámica de trabajo del CAD de Villa Clara, en este se ofrecen consultas diarias con dos o más especialistas; lo que limita la disponibilidad de los locales. Las acciones grupales concebidas se realizarán en el salón de espera, ubicado en la entrada del centro, donde existe una disposición de asientos en forma de círculo, que facilitan las dinámicas grupales.
- *De tiempo:* El sistema de acciones puede ser implementado durante la estancia de los pacientes que ingresan en el CAD con una duración máxima de una semana y el espacio de tiempo varía de acuerdo a la complejidad de la acción a desarrollar.

Recursos:

- *Materiales:* Se requiere de un local con adecuadas condiciones, papel, lápiz, trípticos educativos, folletos, tarjetas, pizarrón, etc. De igual manera, se prevé el uso de otros medios auxiliares disponibles en el CAD, tales como: retroproyector, televisor y computadora.
- *Humanos:* Personal vinculado al del CAD, tales como: psicóloga, doctora, enfermera, dietista y otros especialistas que ofrecen sus servicios allí.

Diseño Lógico- Metodológico de la Estrategia



Principios fundamentales de la estrategia:

Los principios que asume la estrategia concebida toman como referente los planteados por la Dr. C Moleiro (2007), en su investigación “Estrategia para fomentar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial esencial”, entre los que se encuentran:

- *Consentimiento informado:* El paciente debe estar informado de los objetivos que persigue la intervención y debe aceptar su participación.
- *Carácter contextualizado:* Toda intervención deberá tomar en consideración los contextos de desarrollo del paciente y de manera particular, sus condiciones y estilo de vida.
- *Relación médico- paciente óptima:* La buena relación médico- enfermera- paciente es una herramienta clave para mejorar la adherencia, siendo las bases para conseguirlo: la comunicación, la información, la competencia profesional y la empatía. Estos factores generan confianza mutua y mayor compromiso por el tratamiento.
- *Carácter activo del paciente:* Es importante hacer participar al paciente en la toma de decisiones relativas a estrategias terapéuticas y de control. Ello incrementa la motivación y compromiso del paciente con el tratamiento.
- *Carácter multidisciplinario:* La prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no es competencia exclusiva del clínico o el médico de familia. Los distintos profesionales deben contribuir a fomentar la adherencia. Se destaca el trabajo del personal de enfermería de atención primaria y los psicólogos, entre otros.
- *Carácter sistemático, planificado y continuo:* Dada la complejidad de la conducta de adherencia y su carácter plurideterminado es necesario que las intervenciones sobre el paciente sean reiteradas y empleando más de una técnica, ya que sus efectos se agotan en el transcurso del tiempo.
- *Seguimiento evaluativo y supervisión del paciente:* Por ello, es imprescindible establecer una programación que posibilite establecer una retroalimentación no solo del nivel de cumplimiento terapéutico del paciente, sino también de la efectividad de la terapéutica indicada y de su impacto en el control de la enfermedad.
- *Principios éticos:* Durante todo el proceso deberá prestarse especial observancia al cumplimiento de las normas y principios éticos que deben regir el proceder del equipo de salud.

PROPUESTA DE ACCIONES:

➤ **ACCIONES A NIVEL ORGANIZATIVO**

- **Incorporar una sesión de diagnóstico psicológico como parte de la consulta de pre-ingreso.**

Esta acción posibilitaría la realización de un diagnóstico previo de los pacientes que ingresan al CAD, caracterizando sus particularidades psicológicas, así como su funcionamiento, las expectativas con que vienen al centro, el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, el nivel de adherencia terapéutica del paciente, así como los posibles factores que la favorecen u obstruyen. De esta manera podrá prestarse atención a las necesidades psicoeducativas de cada paciente durante su estancia en el CAD.

- **Dar inicio al Programa de trabajo con el desarrollo de la sesión para la conformación del grupo cada semana.**

Al respecto, se reconoce que la nivelación de expectativas de los participantes, el reconocimiento entre sus miembros del grupo así como la conciliación de las normas del CAD, posibilitará la creación de un clima emocional positivo para el logro de los aprendizajes esperados.

- **Fortalecer el trabajo en equipo multidisciplinario previo al egreso del paciente.**

Se hace necesario que se realice con mayor sistematicidad un encuentro donde los especialistas que ofrecen consultas en el centro compartan sus impresiones con el personal calificado del mismo, intercambien opiniones y tracen el plan terapéutico del paciente de modo conjunto. De manera que al ser derivado a su unidad de atención primaria queden precisadas de manera coherente las indicaciones terapéuticas.

➤ **ACCIONES EN EL NIVEL METODOLÓGICO - INSTRUMENTAL**

- **Incorporar los instrumentos de evaluación psicológica elaborados en esta investigación como parte del sistema de trabajo concebido en el CAD, entre ellos se destacan:**
 - Encuesta dirigida a identificar expectativas en pacientes que asisten al CAD.

- Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Cuestionario sobre percepción de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Encuesta dirigida a evaluar la satisfacción de los pacientes que asisten al CAD.

Objetivos: El empleo de estos instrumentos posibilitará una valoración más precisa de la percepción de riesgo y del nivel de adherencia terapéutica del paciente, así como los determinantes que en su caso lo están condicionando de manera que se proyecten acciones más individualizadas para propiciar su adecuación. Por otro lado, la evaluación más pormenorizada de las expectativas y el nivel de satisfacción del paciente permitirá tomar las medidas pertinentes para lograr mejorar la calidad del servicio que se presta.

- **Implementar la Estrategia de Comunicación para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 elaborada en función de las necesidades del CAD.**

Esta estrategia que fue elaborada en el 2012 para el CAD de Villa Clara no ha sido implementada hasta la fecha. Sin embargo, entre las necesidades sentidas de los pacientes solicitan que se les entreguen trípticos, folletos o materiales que puedan llevarse para estudiar en casa. En esta estrategia fueron elaborados materiales de este tipo con gran calidad, de no ser posible implementar toda la estrategia, se recomienda al menos emplear los recursos conformados como materiales de apoyo en algunas actividades que se realizan en la institución. (Charlas educativas y conferencias especializadas).

Por otro lado disponer de estos materiales, facilitaría su alcance al ámbito familiar, comunitario y socio-laboral. De esta manera, podría garantizarse que aquellas personas que conviven con el paciente a partir de la información que se les ofrece se comprometan más como fuentes de apoyo social.

- **Incorporar otros materiales informativos elaborados en esta investigación que contribuyen a la labor psicoeducativa del centro:**

- Folleto "Mi estancia en el CAD" (Ver anexo 16)
- Tabla de contenido: "Beneficios de una adecuada adherencia terapéutica y las complicaciones derivadas de la no adhesión" (Ver anexo 17)
- Juego de tarjetas sobre los mitos y realidades de la Diabetes Mellitus. (Ver anexo 18)

➤ **ACCIONES EN EL NIVEL DE INTRVENCIÓN PSICOEDUCATIVA**

- **Incorporar acciones psicoeducativas dirigidas a enfrentar mitos y creencias erróneas que posee la población en torno a la Diabetes Mellitus tipo 2, contribuyendo a adecuar el nivel de conocimientos sobre esta enfermedad.**

Sesión en la que se propone incorporar: En el primer encuentro con la psicóloga, para complementar la actividad de bienvenida al grupo.

Técnica: *Dinámica grupal “Mitos y realidades sobre la Diabetes”*

Objetivo: Está dirigido a identificar mitos o creencias erróneas conformadas en torno a la enfermedad, y reflexionar sobre la influencia de este tipo de creencias en la adhesión al tratamiento.

Descripción: Se sugiere que esta acción sea desarrollada a través de una dinámica grupal. Para su desarrollo debe emplearse una técnica de inicio, una técnica de cierre y como técnica central se propone la utilización de la técnica: “Mitos y Realidades” para lo cual se entregará a los participantes tarjetas contentivas de creencias adecuadas, inadecuadas y mitos sobre la enfermedad. Dicha técnica no solo le va a permitir a los pacientes identificar los mitos asociados a su enfermedad, sino también reflexionar sobre las complicaciones que implica adjudicar como realidad un mito y sobre las actitudes a asumir luego de efectuar este ejercicio. Su realización debe ser dirigida por la psicóloga de la institución, y pudiera estar acompañada de otros especialistas. (Ver anexo 19)

Recursos: Juego de tarjetas (Anexo 18).

- **Incorporar la Guía psicoeducativa para el autocontrol del ansia por la comida como recurso complementario a la charla educativa “Alimentación sana”, impartida por la especialista en Nutrición.**

Sesión en la que se propone incorporar: conferencia impartida por la dietista.

Objetivo: Ofrecer a los pacientes recursos para controlar los pensamientos intrusos sobre comida y propiciar el autocontrol del ansia por la comida para lograr cumplir con el régimen diabético y para el control del peso corporal.

Capítulo III. Análisis de los Resultados

Descripción: La referida Guía de Autoayuda fue elaborada por un equipo de la Facultad de Psicología como parte de una Tesis Doctoral “Eficacia de recursos de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida” del aspirante MSC. Boris Camilo Rodríguez (2013). La misma aparece publicada online en la Revista Appetite (Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.006>). En su contenido se ofrecen una serie de recomendaciones a partir de la generación de tareas concurrentes que saturan las vías del procesamiento cognitivo del ansia por la comida. Para su empleo en el ámbito de la Diabetes Mellitus solo ha sido necesario ajustar el régimen de alimentación a 6 comidas diarias en correspondencia con las necesidades del paciente diabético.

- **Implementar acciones dirigidas a la adecuación de la percepción de riesgo que sobre la enfermedad poseen los pacientes como elemento clave en la configuración de la adherencia terapéutica.**

Sesión en la que se propone incorporar: Estas actividades que se proponen pueden desarrollarse como complemento de las charlas educativas que se realizan en el centro o pueden incorporarse nuevos espacios donde la psicóloga pueda estar interactuando con los pacientes diariamente. En el Folleto “ Mi estancia en el CAD ” elaborado previamente para una posterior implementación de esta estrategia se incorporan al cronograma que organiza la dinámica del centro un espacio breve, donde se realice diariamente una actividad de Psicología. (Ver anexo16)

Encuentro de conocimientos: “La Diabetes. Una enfermedad riesgosa... pero controlable”

Objetivo: Sistematizar los conocimientos y aprendizajes alcanzados durante el desarrollo de las sesiones iniciales, con énfasis en los riesgos y complicaciones asociados a la enfermedad.

Descripción: El encuentro de conocimientos se hará en forma de un juego competitivo luego de que el grupo de pacientes quede dividido en dos equipos. Se colocarán una serie de preguntas en una bolsa que cada equipo tendrá que responder y otras preguntas se lanzarán al azar para ver que equipo reacciona más rápido. El equipo que responda mayor cantidad de preguntas obtendrá más puntos y será el ganador. Las preguntas deben ser estructuradas de acuerdo a los conocimientos ya adquiridos durante actividades realizadas anteriormente en el centro y redactadas en un lenguaje asequible a los pacientes. Por ejemplo si el día anterior se realizó la

charla educativa sobre las complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus, algunas preguntas pudieran ser:

- ¿Cuáles son los principales síntomas de la hipoglucemia?
- ¿Cuáles son los principales síntomas de la hiperglucemia?
- ¿Cuál es la conducta a seguir ante una hipoglucemia o ante una hiperglucemia?
- ¿Cómo sabe usted que se encuentra en buen control metabólico, aceptable o mal control metabólico?, etc.

Responsable: Puede ser la doctora del centro u otros especialistas que imparten charlas especializadas en el CAD, los cuales pueden formular interrogantes respecto a sus temas y participar (dietista y oftalmólogo)

La actividad anterior puede complementarse con técnicas participativas como las que se describen a continuación:

Técnicas participativas: “Temores y Esperanzas”, “Subasta de Palabras y “Pareja Refranero”.

Objetivos: Contribuir a adecuar la percepción de riesgo que poseen los pacientes sobre la enfermedad.

Descripción: Todas ellas permitirán de un modo u otro trabajar con la percepción de riesgo, identificando temores, esperanzas, realizando asociaciones entre refranes populares y las características de su enfermedad y subastando aquellas palabras de mayor significación para ellos, relacionadas estrechamente con la percepción de riesgo que posee cada paciente. Debe ser la psicóloga del CAD la responsable de realizar este tipo de dinámicas. (Ver anexo 20)

Charla educativa: Percepción de riesgo y Diabetes Mellitus.

Objetivo: Reflexionar en torno a la percepción de riesgo y las conductas asociadas.

Descripción: Durante el desarrollo de la charla se abordarán temas como el concepto de percepción de riesgo, sus componentes fundamentales, su importancia en las enfermedades crónicas y su impacto en la Diabetes Mellitus.

Responsable: Se requiere un profesional capacitado y con experiencia en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

- **Desarrollar acciones dirigidas a propiciar la reflexión de los pacientes en torno a la categoría adherencia terapéutica y su importancia en el control de la Diabetes Mellitus tipo 2, estimulando la autorresponsabilidad y la adherencia terapéutica del paciente.**

Sesión en la que se proponen incorporar: De igual modo esta actividad puede formar parte de nuevos espacios que han de crearse en el centro para potenciar la psicoeducación y fomentar los comportamientos responsables.

Técnica: Charla educativa sobre la adherencia terapéutica.

Objetivos: Esta acción tiene como propósitos esenciales brindar información teórico-práctica a los pacientes acerca de la categoría adherencia terapéutica, así como reflexionar acerca de sus beneficios, las complicaciones derivadas de la no adhesión y la importancia en sí de la adherencia terapéutica en la Diabetes Mellitus tipo 2.

Descripción: En su ejecución el facilitador será el encargado de dirigir la actividad, mover la reflexión y el debate a partir del concepto de adherencia terapéutica, los factores que la determinan, sus beneficios, complicaciones que surgen ante la no adhesión, de manera que se facilite el intercambio grupal y puedan ser aclaradas las dudas que vayan surgiendo (Ver anexo 21).

Responsable: Se sugiere para el desarrollo de esta acción que el facilitador tenga una formación psicológica, aunque pudiera acompañarse de otros especialistas del centro que estarían profundizando desde su rol profesional en las complicaciones.

Recursos: Se recomienda el empleo de materiales auxiliares, tales como la tabla de contenido elaborada donde se ofrece a los pacientes de manera asequible los beneficios de la adherencia terapéutica y algunas de las complicaciones asociadas ante la no adhesión (Anexo 17)

Técnica: Dinámica grupal “Enfrentando el reto”

Objetivo: Estimular la adopción de comportamientos resilientes para superar los barreras que pueden obstaculizar la adherencia terapéutica del paciente.

Capítulo III. Análisis de los Resultados

Descripción: De manera participativa los pacientes identificarán las principales barreras para lograr una adecuada adherencia terapéutica, las cuales se listarán en un papelógrafo. En un segundo momento se les da la tarea de identificar conjuntamente posibles acciones y recursos para enfrentar los obstáculos que se les puedan presentar. En todos los casos el facilitador se encargará de identificar nuevos obstáculos que evidencien la necesidad de asumir comportamientos resilientes. (Ver anexo 22)

Responsable: Se requiere un profesional capacitado y con experiencia en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Recursos: Papelógrafo.

- **Incorporar acciones dirigidas a enfatizar la influencia nociva del estrés y las emociones negativas en la Diabetes Mellitus, fomentando recursos para el afrontamiento efectivo al estrés y el autocontrol emocional.**

Sesión en la que se proponen incorporar: Charla educativa sobre los factores que inciden en las descompensaciones metabólicas.

Dinámica grupal: “El estrés puede ser manejado”

Objetivo: Entrenar a los miembros del grupo en la búsqueda de alternativas para la solución de problemas y el empleo de técnicas para el manejo del estrés.

Descripción: Para la realización de esta dinámica se utilizarán técnicas de inicio, central y de cierre que propiciarán la implicación de los pacientes, para abordar este tema de gran importancia para los pacientes diabéticos (Ver anexo 23)

Otras Técnicas para el manejo del estrés.

Objetivos: Contrarrestar los efectos nocivos del estrés.

Descripción: Las técnicas de relajación combaten los efectos nocivos del estrés y provocan cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas que pueden ser de gran utilidad para el autocontrol emocional de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. (Ver anexo 24)

- **Influir sobre las redes de apoyo para fomentar mayor compromiso y colaboración con su paciente para el logro de una mayor adherencia terapéutica.**

Sesión en la que se proponen incorporar: Orientación familiar que ofrece la psicóloga.

Técnica reflexiva: “Resolución de conflictos”.

Objetivo: Lograr una implicación de las redes de apoyo en el manejo de la Diabetes Mellitus para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica.

Descripción: A través de esta técnica se le presentan diversas situaciones que pueden sucederse en el marco de convivencia con un paciente diabético, se indaga sobre cómo reaccionarían y se les brindan recomendaciones para su manejo. (Ver anexo 25)

- **Desarrollar habilidades comunicativas en los pacientes con énfasis en la asertividad, para el logro de una mejor relación médico- paciente como elemento importante en la determinación de la adherencia terapéutica.**

Sesión en la que se proponen incorporar: En aquellos espacios en que la psicóloga realiza técnicas de participación para la activación del grupo.

Técnica de “Juego de roles”.

Objetivo: Fortalecer la relación médico- paciente a través del desarrollo de habilidades comunicativas en los pacientes con énfasis en la asertividad.

Descripción: A través de esta técnica los pacientes podrán recrear una situación donde algunos asumirán al rol de médico y otros el de paciente y de este modo podrán representar inquietudes y problemáticas que se le hayan presentado durante su convivencia con la enfermedad y podrán expresar si se identifican o no con las diferentes situaciones que se les presentan. Durante el desarrollo de la dinámica se pondrá énfasis en la necesidad de lograr una buena comunicación entre el médico y el paciente y se debatirá con ellos el decálogo de la asertividad (Ver anexo 26)

- **Sensibilizar a los pacientes hacia la toma de conciencia respecto a la necesidad de asumir la autorresponsabilidad en el control de su enfermedad una vez que se produzca el egreso del CAD y su remisión a su unidad de atención primaria.**

Capítulo III. Análisis de los Resultados

Sesión en la que se proponen incorporar: Preferentemente al final de la semana en la actividad de cierre.

Técnica reflexivo-vivencial: “Compartiendo experiencias con un paciente diabético de larga evolución de la enfermedad.

Objetivo: Sensibilizar a los pacientes y promover el cambio de actitudes.

Descripción: Esta técnica promueve la reflexión del paciente y propicia el cambio de actitudes irresponsables, dando paso al establecimiento de conductas saludables de autocuidado y responsabilidad para una mejor convivencia con su enfermedad. Además las experiencias de un paciente que hace años convive con la enfermedad podrá servir de consuelo a muchos y brindará aprendizajes significativos para todos.

Dinámica Grupal: “ Mi compromiso de hoy garantizará el bienestar de un mañana ”

Objetivos:

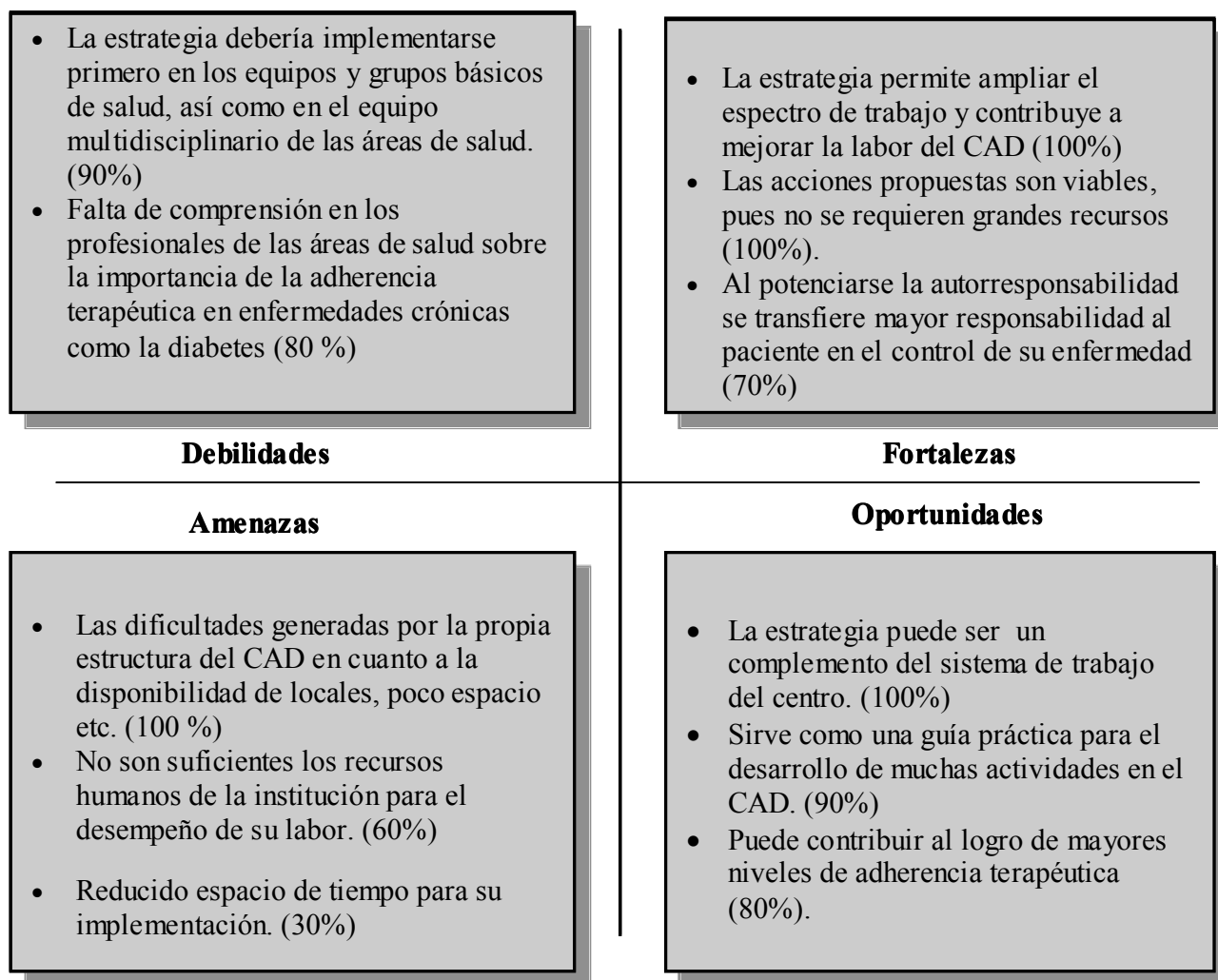
- Fomentar el compromiso de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 para la persistencia de una adecuada adherencia terapéutica.
- Evaluar el significado de la experiencia en los pacientes que participaron en las diferentes acciones.

Descripción: Para la realización de esta dinámica se utilizarán técnicas de inicio, central y de cierre que propiciarán la participación de los pacientes implicados en la actividad (Ver anexo 27).

3.3.1- Evaluación de la estrategia psicoeducativa diseñada

Con el objetivo de obtener una evaluación inicial de la estrategia diseñada, la misma fue sometida a la valoración de especialistas del Centro de Atención al Diabético de Villa Clara, a los cuales se les presentó la estrategia y seguidamente se aplicó la Matriz DAFO cuyos resultados se resumen en el gráfico siguiente:

Gráfico 2. Resultados de la aplicación a los profesionales de la Técnica Matriz DAFO.



En sentido general, los especialistas encuestados reconocieron la relevancia y actualidad del tema de la adherencia terapéutica para el control de la Diabetes Mellitus como enfermedad crónica. El 100% de los mismos reconocieron la viabilidad, pertinencia y suficiencia de la estrategia diseñada y recomendaron su implementación, no sólo en el CAD sino en las demás unidades de atención primaria de salud.



Conclusiones

CONCLUSIONES

- La investigación permitió identificar que el Centro de Atención al Diabético de Villa Clara centra su labor en la Educación Diabetológica con predominio del conocimiento sobre la enfermedad y las medidas para su cuidado; y en menor medida se presta atención a los determinantes de la adherencia terapéutica u otros procesos psicológicos.
- Se identificaron como principales fortalezas del CAD, la pertinencia de su misión, la profesionalidad y entrega del equipo de trabajadores y especialistas vinculados al centro, lo cual redundaba en los altos niveles de satisfacción que muestran los pacientes. Las debilidades están relacionadas con el restringido alcance psicoeducativo de sus acciones, carencia de instrumentos de evaluación psicológica, así como limitaciones en la disponibilidad y empleo de recursos de apoyo.
- Fueron diseñados instrumentos de evaluación psicológica para ser incorporados al sistema de trabajo concebido CAD, los cuales fueron valorados favorablemente por los especialistas; quedando constatada su confiabilidad a partir del pilotaje desarrollado como parte de su proceso de validación preliminar.
- A través de la aplicación de los instrumentos se constató la necesidad de que las acciones educativas que se desarrollen en el CAD trasciendan el plano informativo. De igual manera, se pudo apreciar una tendencia a la sobrevaloración en la autoevaluación que realizan los pacientes sobre su nivel adherencia terapéutica; aspectos que deberán ser trabajados como parte de la labor que desarrolla el centro.
- Todos los resultados obtenidos fueron tomados en consideración para el diseño de la *“Estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el CAD para el logro de mayores niveles de adherencia terapéutica”*, en cuya concepción metodológica se incorporan acciones en el nivel organizativo, metodológico- instrumental y de intervención psicoeducativa.
- La estrategia diseñada en el marco de la presente investigación resultó favorablemente evaluada por los especialistas del CAD quienes consideran pertinente y factible su implementación.



Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- Implementar la estrategia integral diseñada en el marco de la presente investigación con el objetivo de evaluar su efectividad e impacto para su perfeccionamiento y posterior generalización.
- Concluir el proceso de validación de los instrumentos empleados, para lo cual se requiere de su aplicación en muestras de pacientes en diversas etapas de evolución de la enfermedad.
- Continuar desarrollando investigaciones que contribuyan a identificar las variables influyentes y determinantes en la adherencia terapéutica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Alcanzar una mayor integración multidisciplinaria y multisectorial para enfrentar este importante problema de salud cuya incidencia y prevalencia ha ido en incremento.



Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, O. M., y González, R. G. (1989). Lo que todo diabético debe saber: La Habana: Ciencias Médicas.

Aldana, D. (1990, enero/abril). Clasificación actual de la Diabetes Mellitus 1985. *Revista Cubana de Endocrinología*, 1(1), 71-83.

Alvarez, D. (2005). *Evaluación del apoyo familiar, conocimientos sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos*. (Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar). Universidad de Colima. Recuperado el 6 de marzo de 2013 de:
http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Donaciano_Alvarez_Meraz.PDF

Alvarez, R. (2012). *Propuesta de un Programa psicoeducativo para prevenir el tabaquismo en estudiantes de la Universidad central Marta Abreu de Las Villas*. (Tesis de grado). Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.

Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos Terapéuticos. *Manual de Psicología de la Salud* (cap.13, pp.229-270). Madrid: Pirámides.

Autores, C. d. (2007). *El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Elsevier.

Ayala, R. P., Cardoso, M. A., & Serrano, C. (2007). *Diabetes, una forma de vivir* (3ra ed.). México: Asociación Mexicana de Antropología Biológica

Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*, 1, 97-106.

Barranco, H., (2007). *Diabetes Mellitus o la enfermedad de la orina dulce*.

Recuperado el 24 de enero de 2013 de:

http://www.radionuevitas.co.cu/secciones/salud_111207.asp

Beléndez, M., y Méndez, F. X. (1995). Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1) 63-82.

Beyazit, E., Mollaoglu, M. (2011). Investigation of Effect on Glycosylated Hemoglobin, Blood Pressure, and Body Mass Index of Diabetes Intensive Education Program in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *American Journal of Men's Health*, 5(4), 351-357.

Bolado, V. E. (2002, octubre/diciembre). Mitos en el tratamiento nutricional de la obesidad y la diabetes mellitus. *Nutrición Clínica*, 5(4), 267-271.

Bosch, X., Alfonso, F., Bermejo, J. (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología*, 55(5), 525-7.

Bulacio, J.M y Vieyra, M.C (2003) *Psicoeducación en Salud*. Recuperado el 23 de enero de 2013 de: <http://www.intramed.net>

Bulacio, J. M., & (2008). Uso de la Psicoeducación como Estrategia Terapéutica. *Institución: Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp)*. Recuperado el 23 de enero de 2013 de:

<http://www.fundacioniccap.org.ar>

Castillo, Y. (2008). *Caracterización del funcionamiento emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: un enfoque psiconeuroendocrino*. (Tesis de maestría), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.

Castillo, Y; Molerio, M ; Pedraza, L ; Rodríguez, I; Echemendía, M y Rodríguez, E (2012). *Monografía: Determinantes psicosociales de la Diabetes Mellitus*.

Campos, Y. (2003). Paradigmas psicoeducativos. *Material utilizado como apoyo al curso: Introducción de las Tecnologías Computacionales como apoyo al aprendizaje*. México: DGENAMDF. Recuperado el 21 de marzo de 2013 de:
<http://www.ensayos/03paradigmaspsicoeducativos>

Centro de Apoyo de APA (2007). *Salud y bienestar emocional. "Enfermedades Crónicas."* Recuperado el 24 de enero de 2013 de:
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/contact.aspx>

Conjunto de juegos y técnicas para utilizar en el trabajo con grupos. (2010).
Recuperado de: <http://dinamicasgrupales.blogspot.com>

Contreras,A; Flórez I. E y Herrera, A. (2008). Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Avances en enfermería*, 26(2)

Crespo, M. (1997). Adherence to potent antirretroviral therapy. *Journal Association of Nurse AIDS Care*, 5, 43-45.

Chavey, M. D., M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*,

25(1). “Recuperado el 6 de febrero de 2013 de:

[http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25
N 1/10_Psicodiabetes](http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25_N_1/10_Psicodiabetes)

De Acosta, O. (1971). Diabetes Mellitus. La Habana: Ciencia-Técnica.

De Armas, N; Lorences, J; Perdomo, J.M (2006). Caracterización y diseño de los
resultados científicos como aportes de la investigación Educativa,
Universidad Pedagógica “Félix Varela”.

Diabetes Mellitus. (2010) Recuperad el 24 de enero de 2013 de:

http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus

Díaz, O. (1999). Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. *Revista
Cubana de Endocrinología*, 10.

DiMatteo, M. R., y DiNicola, D. D. (1982). *Archieving patient compliance: the
psychology of the medical practioner's role*. New York: Pergamon Press.

Echemendía, M. (2011). *Necesidades educativas en pacientes con diabetes
mellitus tipo2*. (Tesis de grado), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.

Fernández-Miró, M. G., A. (2008). *Epidemiología de la diabetes mellitus en
diferentes etnias*. Recuperado el 21 de marzo de 2013 de:
http://www.dmtipo2.com/pages/diabetes_y_ramadan_01.php

Fernández, I. O, C; Martín, J. L y Rodríguez , V (2002). Diabetes mellitus tipo 2

Atención Primaria, 29(2).

Friedman, H.S y DiMatteo, M. R. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. *Health Psychology*, 68-100. New York: Prentice Hall.

García R, y Suárez R. (1997). *La Educación al paciente diabético*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.

García, R. y Suárez. R (2000). *Guía para la Educación al Paciente Diabético no insulino dependiente en la Atención Primaria de Salud*. Instituto de Nacional de Endocrinología y Nacional de Diabetes. MINSAP. Cuba.

Garza, M. E; Calderón, C; Salinas, A. M; Nuñez, G. M y Villarreal, E, (2003, julio). Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med*, 41 (6), 465-472. Recuperada el 14 de marzo de 2013 de:
<http://www.creenciasdiabetes/htm/mediagraphic.com>

Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5) Recuperado el 17 de enero de 2013 de:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-1252001000500016&script=sci>

Goday, A. (2002). Diabetes y enfermedades cardiovasculares (II) Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Revista Española de Cardiología*, 55(6), 657-70.

Grau, J. A., y Martín, L. (enero-junio 2004). La investigación de la Adherencia Terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 14(001), 89-99.

- Hernández, A. (2010, abril). Los programas educativos para diabéticos también son útiles en zonas rurales. *Claves de Diabetología. Suplemento de Salud Ciencia*, 6(02), 21-24.
- Herrera, O. (2007). *Usted puede controlar su diabetes*. La Habana: Científico-Técnica.
- Hirsch, A. W. (2010). *Diabetes y depresión*. Recuperado el 6 de febrero de 2013 de: <http://www.depression-guide.com>
- Isla, P. (2012, noviembre). Diabetes mellitus: La pandemia del siglo XXI *Revista Científica de Enfermería*, 5, 1-13.
- Jiménez, M. D., M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 126-143. Recuperado el 21 de febrero del 2013 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79902512>.
- Lane J, M. C., Willians P, Parekh P, Feinglos M, Surwit R. (2000). Personality correlates of glycemic control type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23, 1321-1325.
- López, K. H. y. O., P. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Medicina Familiar*, 9(2), 80-86.
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). Recuperado el 13 de marzo de 2013 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-46620040004_08

- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3). Recuperado el 12 de marzo de 2013 de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662006000
- Martín, L. (2009). *Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario* (Tesis de doctorado), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
- Martín, L ; Bayarre, H. D. y Grau, J. A. (2007). *Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial*. Recuperado el 6 de febrero de 2013 de:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spul2108.htm
- Martínez, F. C. (1989). *Diabetes Mellitus y Ejercicio Físico*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Matarama, M. (2005). *Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Moleiro, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial*. (Tesis de doctorado), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Moleiro, O. (2007). *Estrategia para fomentar la dherencia terapéutica en pacientes con .hipertensión arterial esencial*. (Tesis de maestría), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Molina, I., Orrego, A., Londoño, F. & Moreno, E., (2002). *Diabetes Mellitus y*

Obesidad, *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. Proyecto
ISS-ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina).

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo
plazo. Pruebas para la acción*.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Diabetes*.

Ortiz, G.R y Ortega, E (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al
tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud.
Psicología y Salud, 21(1), 79-90.

Ortiz, M. Ortiz, M., Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para
comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de
Chile*, 135(5) Recuperado el 6 de febrero de 2013 de:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-872007000500014&script=sciart>

Páez, J. M. (2010, julio). Diabetes Mellitus: Los 7 mitos y realidades más comunes sobre este
padecimiento. *Magazine DAS Servicios en Salud*.

Pérez, A., Alonso, L., y García, A. (2008). Intervención educativa en diabéticos
tipo2. Recuperado el 17 de enero del 2013 de:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi03409.htm

Pérez, E y Bautista, S. (2010). Susceptibilidad percibida de Diabetes Mellitus en adultos no
diagnosticados. *Revista Psicología Científica* 10(3). Recuperado el 20 de febrero del

2013 de: <http://www.psicologiacentifica.com/diabetes-mellitus-susceptibilidad-percibida>

Pérez, L. (2012). *Estrategia de Comunicación para la Educación de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2*. (Tesis de grado), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.

Ponce, G. (2012). *MITos y realidades de la diabetes mellitus*. Recuperado el 14 de marzo de 213 de: <http://www.dmtipo2/pages/mitosycreencias/htm01.php>

Quirantes, A. (2013). Enfermedades crónicas no transmisibles. *CUBAHORA. Primera revista digital de Cuba*. Recuperado el 20 de febrero del 2013 de: <http://www.CUBAHORA.enfermedades-crónicas-no-transmisibles.htm>

Rodríguez, I. y Ramos, R. (2005) Intervención psicológica en pacientes con diabetes mellitus. *Duazary*, 2(2), 147-150. Recuperado el 21 de febrero del 2013 de: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method>

Rodríguez, I. (2012). *Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*. (Tesis de grado), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara

Rodríguez, M. (2008). *Relación médico-paciente*. La Habana: Ciencias Médicas.

Rodríguez, V. Solano, G.; Sumaya, G. (2003). Intervención Psicológica Integral al Paciente con Diabetes Mellitus. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. Recuperado el 24 de enero del 2013 de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/rubrique.php3?id_rubrique=1

Romero, R. M., Mendoza, M.E y Belmont, J. (2004). Validación de un instrumento

- para evaluar la adherencia terapéutica en diabéticas durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18(4).
- Rosenstock J, Schwartz, S.L , Clark C.M, et al. (2001). Basal insulin therapy in type 2 diabetes: 28-week comparison of insulin glargine and NPH insulin. *Diabetes Care*, 24, 631-636.
- Situación mundial de la Diabetes*. (2012). Recuperado el 17 de enero de 2013 de: <http://www.unam.diabetes.mx/index.php/rep/article/download/21695/204>
- Sosa, L. R. (2011). *Factores Psicosociales que influyen en la no adherencia en pacientes con diabetes mellitus* (Tesis de grado), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Soto, K. (2010). *Propuesta de una Guía Psicoeducativa para fomentar la adherencia terapéutica en personas que viven con SIDA*. (Tesis de Diploma), Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Torres, O. (2009). *Usted puede controlar su diabetes* (2da ed.). Ciudad de La Habana: Científico- Técnica.
- Vargas K. P y Robles, S. E.(1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. *Psicología de la Salud. La experiencia mexicana*, 97-157. Xalapa (México): Universidad Veracruzana.
- Vinaccia, S et.al. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedades pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. *Suma Psicológica*.

Anexos

Anexo 1

Modelo de consentimiento Informado

Estimado paciente:

Mediante este documento pedimos su colaboración voluntaria para participar en un estudio que auspicia la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, con el objetivo de perfeccionar el sistema de atención multidisciplinaria a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Usted ha sido seleccionado (a) para conformar nuestra muestra, es completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio. Se le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta participar tiene el derecho de abandonar el estudio en el momento que desee o de rechazar cualquier tópico que le resulte incómodo. Su decisión no le afectará en nada. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos nos lo indique.

Declaración voluntaria:

He entendido el propósito de esta investigación y he tenido la oportunidad de preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente participar en dicha investigación, ya que de esta forma contribuyo a mi bienestar y al de otros pacientes.

Firma del paciente _____

Firma de la Investigadora _____

Fecha: _____

Anexo 2

Entrevista psicológica semi- estructurada dirigida a la directora del CAD

Objetivos:

- Tramitar consentimiento para el desarrollo del estudio.
- Informar los objetivos de la investigación.
- Realizar negociaciones con relación a la planificación de encuentros, horarios, etc.
- Indagar sobre la normas de funcionamiento del CAD.
- Solicitar documentos oficiales del CAD para su posterior revisión.

Indicadores:

- Consentimiento informado.
- Presentación de objetivos generales de la investigación.
- Negociación de horarios y planificación de encuentros para la aplicación de instrumentos.
- Normas de funcionamiento del CAD.

Anexo 3

Observación abierta no participante

Objetivos:

- Explorar las particularidades de la estructura y funcionamiento del CAD.

Indicadores a observar:

- Ubicación del CAD y acceso al mismo.
- Horarios de trabajo.
- Distribución de locales.
- Calidad de los locales (amplitud, ventilación, ambientación).
- Recursos materiales de que dispone el centro.
- Distribución de tareas y funciones de los miembros del equipo asistencial.
- Comunicación entre los miembros del equipo médico.

Formato de registro de la información:

- Descriptivo.

Anexo 4

Observación participante

Objetivos:

- Explorar las particularidades de la Estrategia educativa que se implementa durante la semana de estancia de los pacientes en el CAD.
- Identificar fortalezas y debilidades en la Estrategia que se implementa en el CAD.

Indicadores a observar:

- Recepción de los pacientes.
- Funciones del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario.
- Evaluación inicial del paciente.
- Procedimientos empleados para la evaluación y nivelación de expectativas.
- Acciones para el conocimiento entre los miembros del grupo y para el establecimiento de un clima de empatía.
- Integración de determinantes psicológicos al proceso educativo.
- Integración de recursos psicoeducativos (cantidad y calidad de los mismos).
- Integración de acciones de psicoeducación para fomentar la adherencia terapéutica.
- Trabajo integrado de los miembros del equipo multidisciplinario.
- Existencia de una metodología o procedimiento para la evaluación de resultados.
- Existencia de una metodología o procedimiento para la evaluación de los niveles de satisfacción de los pacientes.
- Procedimientos empleados para la derivación a las unidades de atención primaria.

Formato de registro de la información:

- Descriptivo.

Anexo 5

Entrevista estructurada dirigida a la psicóloga del CAD

Objetivos:

- Precisar las funciones de la psicóloga en el CAD.
- Indagar sobre la realización de acciones diagnósticas y actividades psicoeducativas en el mismo.

Interrogantes:

- ¿Cuántos años de experiencia laboral usted tiene?
- ¿Cuántos años lleva desempeñándose como psicóloga del CAD?
- ¿Ha recibido capacitación sobre el tema en que centra su labor?
- ¿Cuáles son sus funciones dentro del Centro?
- ¿Qué cantidad de encuentros en total tiene con los pacientes?
- *En relación con la primera entrevista:*
 - ¿En qué momento tiene usted su primer contacto con el paciente?
 - ¿Cuáles indicadores usted considera que no deben faltar en la exploración inicial?
 - ¿Explora usted las expectativas de los pacientes a su ingreso al CAD? En caso afirmativo precise por qué vía lo hace?
 - ¿Logra identificar usted en esa primera entrevista la etapa de la enfermedad por la que se encuentran atravesando los pacientes?
 - ¿Explora usted el impacto emocional que ha provocado?
 - ¿Aborda el tema de la percepción de riesgo en esta entrevista?
 - ¿Explora usted los modos de afrontamiento del paciente ante la enfermedad?
 - ¿Explora el nivel de adherencia terapéutica del paciente?
 - En caso afirmativo ¿Se propone usted identificar las variables facilitadoras u obstaculizadoras de la adherencia terapéutica de cada paciente?
 - ¿Consideraría oportuno contar con un instrumento estructurado que le permita explorar los elementos anteriormente definidos?
 - ¿Se reúne el equipo de especialistas al inicio de los encuentros para compartir sus consideraciones profesionales sobre los pacientes que conformarán el grupo y precisar objetivos psicoeducativos a trabajar a nivel individual.

- ¿Comparte usted con el equipo de especialistas los hallazgos más significativos de este encuentro para que sean considerados durante la implementación de la estrategia psicoeducativa en esa semana?
- *En relación con los encuentros propiamente interventivos:*
 - ¿Cuántos encuentros de este tipo sostiene con los pacientes?
 - ¿Están claramente definidos los objetivos psicoeducativos a lograr durante la semana de estancia de los pacientes en el CAD?
 - ¿Se precisan objetivos psicoeducativos a lograr individualmente con cada paciente?
 - ¿Qué factores, variables o mediatizadores psicológicos se abordan en los encuentros con los pacientes para favorecer su afrontamiento a la enfermedad?
 - Precise el día y hora en que tradicionalmente los realiza, los objetivos que se propone en cada uno de ellos, la forma en que lo realiza (individual o grupal), las técnicas que suele emplear los recursos psicoeducativos en que se apoya.
 - Considera que este sistema de trabajo antes descrito le permite lograr los objetivos psicoeducativos que se propone como miembro del equipo multidisciplinario.
 - ¿Considera que las condiciones de los locales donde usted lleva a cabo su labor son las adecuadas? En caso negativo fundamente su respuesta.
 - ¿Considera que cuenta con los recursos psicoeducativos necesarios para desarrollar eficientemente su labor? En caso negativo precise cuáles consideraría necesarios.
- *En la sesión de cierre:*
 - ¿Explora usted el nivel de satisfacción de los pacientes? En caso afirmativo precise por qué vía.
 - ¿Cómo evalúa el cumplimiento de los objetivos formulados para cada paciente durante su estancia?
 - ¿Consideraría oportuno contar con un instrumento estructurado que le permita explorar los elementos anteriormente definidos?
 - ¿Existe algún informe de cierre para la remisión del paciente a su seguimiento en la atención primaria?
 - En caso afirmativo ¿incorpora usted alguna información al mismo que sirva de base orientadora para los especialistas que se encargarán de la atención de estos pacientes

Anexo 6

Encuesta dirigida a evaluar las expectativas de los pacientes que asisten al (CAD)

El Centro de atención y educación al paciente diabético, en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad "Marta Abreu" de Las Villas está desarrollando una investigación para perfeccionar su labor. Por ello solicitamos su cooperación para que responda con total sinceridad la siguiente encuesta, la cual tiene un carácter anónimo. Le agradecemos de antemano por su colaboración.

Datos personales:

Edad ____ Sexo ____ Tiempo de evolución de la enfermedad ____

Por favor, marque con una x las afirmaciones que considere correctas:

1- ¿Qué sabe sobre el Centro de atención y educación al paciente diabético?

- a) El centro tiene un carácter educativo ____
- b) En él se recibe atención de diferentes especialistas como el podólogo, la dietista, el nefrólogo, angiólogo, endocrino, psicólogo, etc ____
- c) En el centro se realizan análisis diariamente para el control metabólico ____
- d) Se enseña a los pacientes a usar el glucómetro y a realizar la prueba del Benedit ____
- e) Se realizan charlas educativas y conferencias especializadas ____
- f) Se enseña a convivir con la enfermedad ____
- g) Se entregan glucómetros ____
- h) Se indican cómo debe ser la nutrición correcta de un diabético ____
- i) Se demuestra la importancia de cumplir con el tratamiento para evitar
- j) complicaciones y tener una mejor calidad de vida ____
- k) Se realizan actividades educativas dirigidas a los familiares de los pacientes ____

2- ¿Por qué vía accedió al Centro de atención y educación del paciente diabético?

- a) Remisión de su área de salud ____
- b) Solicitud personal ____
- c) Gestión individual ____
- d) Otra ____ ¿Cuál? _____

3- ¿Con qué nivel de motivación ha llegado usted al Centro?

Alto nivel____ Mediano____ Bajo____

4-¿Qué espera encontrar en el Centro de atención y educación al paciente diabético?

- a) Profesionales competentes____
- b) Asistencia médica especial____
- c) Locales acogedores____
- d) Personal con sensibilidad a su problemática de salud ____

5-¿Qué le gustaría aprender en este Centro?

- a) Me gustaría obtener información sobre mi enfermedad____
- b) Conocer más sobre las complicaciones que provoca y cómo enfrentarlas____
- c) Aprender a aceptar la enfermedad____
- d) Aprender a monitorearme para saber si estoy o no en buen control metabólico____
- e) Aprender a controlar mi dieta
- f) Saber en qué consiste la prueba del Benedit____
- g) Aprender a controlar mis niveles de estrés para que no empeore mi
- h) enfermedad____
- i) Recibir orientaciones precisas que hagan el tratamiento más efectivo____
- j) Aprender a vivir con diabetes para que esta condición no interfiera con mis
- k) actividades cotidianas____

6- ¿Que otro tipo de información le interesaría obtener?

7-¿Mediante que vía le gustaría obtenerla?

___ Dinámica grupal	___ TV (material audiovisual)	___ Murales
___ Plegables	___ Conversaciones informales	___ Radio
___ Charlas educativas	___ Consulta independiente	___ Afiches
___ Información digitalizada	___ Trabajos grupales	___ Otros

En caso de marcar otros menciónelos: _____

8 - ¿Qué personas preferiría que le ofreciera la información?

Especialistas de la Salud____	Psicólogos____
Especialistas en el tema ____	Equipo multidisciplinario ____

Anexo 7

Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Estimado paciente:

La Facultad de Psicología está realizando una investigación sobre el cumplimiento que hacen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de las indicaciones orientadas por su médico. Solicitamos su colaboración, dando respuesta con sinceridad a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la confidencialidad de los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para nuestro estudio. Muchas gracias.

Edad: ____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Estado Civil: _____

Centro Asistencial: _____ Tiempo de diagnosticada la enfermedad: _____

Padecimiento de otras enfermedades:

Personas con las que convive:

Antecedentes de familiares con Diabetes Mellitus:

Preguntas:

1. A continuación le precisamos algunas formas en que los pacientes diabéticos enfrentan su enfermedad. Revise con detenimiento las siguientes frases y marque con una X en cuál nivel usted se ubicaría:
 - a) ____ Cumpro responsablemente las indicaciones dadas por mi médico, tanto el tratamiento farmacológico como las modificaciones en el estilo de vida.
 - b) ____ Cumpro parcialmente las indicaciones médicas pues cumpro con el tratamiento farmacológico pero no con las modificaciones en el estilo de vida.
 - c) ____ Cumpro algunas veces las indicaciones médicas pues realmente les presto atención y las pongo en práctica cuando estoy descompensado.
 - d) ____ No cumpro las indicaciones médicas o lo hago con muy poca
 - e) ____ Cumpro responsablemente con la dieta porque aun no tengo tratamiento farmacológico.

2. Cuando le informaron que era diabético:

- a) ☐ Pensó que era un error.
- b) ☐ Se preguntó cómo adquirió esta enfermedad.
- c) ☐ Sintió que peligraban sus proyectos de vida.
- d) ☐ Pensó que tendría que cambiar su proyectos de trabajo.
- e) ☐ Sintió que cambiaban sus relaciones con la familia y los amigos.
- f) ☐ Sintió que su vida acabaría rápidamente.
- g) ☐ Pensó en personas diabéticas que usted conoce y eso le tranquilizó.
- h) ☐ Pensó que tendría que inyectarse insulina toda la vida.
- i) ☐ Pensó en personas diabéticas que usted conoce y que han sufrido complicaciones por la enfermedad, lo cual le hizo experimentar temor.
- j) ☐ Se acentuó su dependencia de cuidado y afecto de su familia.
- k) ☐ Sintió que perdía oportunidades laborales.
- l) ☐ Pensó que la diabetes implicaría riesgos para un embarazo.
- m) ☐ Buscó información en libros de medicina.
- n) ☐ Hizo preguntas a otras personas acerca de la enfermedad.
- o) ☐ Buscó ayuda económica de la familia.
- p) ☐ Se sintió culpable por padecer una enfermedad crónica.
- q) ☐ Asumió su enfermedad y los cambios que ella implicaría en su vida.
- r) ☐ Continuó su vida como si nada hubiera pasado.

3. Según sus conocimientos conteste marcando con una X lo que considere verdadero.

- a) ☐ La Diabetes es una enfermedad muy común.
- b) ☐ La Diabetes es una enfermedad poco riesgosa.
- c) ☐ La Diabetes es una enfermedad peligrosa.
- d) ☐ La Diabetes es una enfermedad que se padece toda la vida (crónica)
- e) ☐ La Diabetes puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación.

4. De las siguientes afirmaciones marque con una X, la que corresponda con su criterio:

- a) ☐ Siento las orientaciones médicas como una barrera para el desenvolvimiento adecuado de mi vida.
- b) ☐ Mantener el tratamiento es un impedimento para sentirme feliz.
- c) ☐ Veo que el tratamiento es una necesidad para sentirme mejor.

- d) ——— Siento que las indicaciones médicas implican una modificación de mi Conducta necesaria para sentirme bien.
- e) ——— Muchas veces he considerado que vivo para tomar medicamentos.

5. De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha orientado su médico.

- a) Controlar sistemáticamente las cifras de glicemia y otros exámenes clínicos ____
- b) Realizar chequeos generales de salud con periodicidad ____
- c) Dieta baja de sal ____
- d) Consumir grasa no animal ____
- e) Controlar el consumo de azúcar ____
- f) Establecer y respetar los horarios para la alimentación ____
- g) Controlar el peso corporal ____
- h) Realizar ejercicios físicos ____
- i) Llevar una vida organizada, estableciendo rutinas ____
- j) Evitar el estrés ____
- k) Higiene y vigilancia de los dientes y los pies ____
- l) Evitar heridas o accidentes ____
- m) Tratamiento con fármacos según indicaciones médicas ____
- n) Realizar controles de la glicemia con sistematicidad ____
- o) Acudir al especialista con inmediatez en caso de descompensaciones ____

6. Marque con una X según corresponda:

- a) ——— Comprendo las indicaciones médicas dadas verbalmente.
- b) ——— Entiendo las indicaciones médicas que me dan por escrito.
- c) ——— Comprendo poco las indicaciones médicas.
- d) ——— No entiendo las indicaciones médicas.

7. De acuerdo a su disposición de enfrentar su enfermedad usted se siente capaz de:

- a) ——— Llevar a cabo el tratamiento medicamentoso.
- b) ——— Modificar sus hábitos de vida.
- c) ——— Llevar a cabo todas las indicaciones que le hace su médico.
- d) ——— Asumir con responsabilidad el control de su enfermedad.
- e) ——— Controlar su enfermedad y avanzar en sus proyectos de vida.

8. Usted cumple el tratamiento cuando:

- a) Siente la presión de su familia o amigos _____
- b) Comprueba que tiene descontrol metabólico _____
- c) Siente los siguientes síntomas:
- Decaimiento _____
 - Sed intensa _____
 - Sudoración _____
 - Frialidad _____
 - Dolor en el pecho _____
 - Dolor de cabeza _____
 - Mareos _____
- d) Lo cumple siempre aunque no tenga los síntomas anteriores _____

9. A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Evalúe con sinceridad cada una de ellas y marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular. Las opciones de respuesta se precisan a continuación:

Siempre (S), Casi siempre (CS), A veces (AV), Casi nunca CN), Nunca (N)

No.	Afirmaciones	S	CS	AV	CN	N
1	Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2	Se toma todas las dosis indicadas.					
3	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados.					
6	Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria.					
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11	Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento.					
12	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación sobre el tratamiento que ha prescrito su médico.					

10. De no realizar el tratamiento farmacológico o realizarlo parcialmente, esto se debe a:

(Marque las alternativas que considere).

- a) _____ El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día, interfiere con mis actividades diarias).
- b) _____ Existe frecuente falta de medicamento en la farmacia.
- c) _____ No tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos.
- d) _____ Para evitar los efectos indeseables que producen los medicamentos.
- e) _____ Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud.
- f) _____ Se me olvida hacer el tratamiento correcto.

11. De no realizar las modificaciones en su estilo de vida o realizarlas parcialmente, esto se debe a:

(Marque las alternativas que considere).

- a) _____ Dificultades económicas que limitan la adquisición de ciertos alimentos necesarios para la dieta.
- b) _____ Limitaciones en la oferta de los mercados para garantizar los requerimientos dietéticos.
- c) _____ Falta de comprensión y apoyo familiar.
- d) _____ Limitaciones de tiempo para la práctica de ejercicios físicos.
- e) _____ Exigencias laborales o familiares que implican enfrentar situaciones estresantes frecuentemente.
- f) _____ Falta de fuerza de voluntad para llevar un estilo de vida más saludable.
- g) _____ Considero que si tomo las medicinas no es realmente imprescindible cambiar mi estilo de vida.

12. Considera que el apoyo recibido por las personas significativas para usted para garantizar el cumplimiento del tratamiento es: *(Marque sólo una alternativa)*

- a) Suficiente _____ Medianamente suficiente _____ Insuficiente _____
- b) ¿Por qué? _____

13. En las consultas de seguimiento, usted percibe que su médico:

- a) _____ Le explica con énfasis la importancia de realizar el tratamiento.
- b) _____ Lo consulta sin mostrar interés en su caso en particular.

- c) _____ Se manifiesta impaciente por concluir la consulta.
- d) _____ Se muestra receptivo ante sus dudas.
- e) _____ Es agradable en el trato.
- f) _____ Es desagradable en el trato.
- g) _____ Le explica y refuerza la indicación escrita en el método.
- h) _____ Le indica el tratamiento poco a poco.
- i) _____ Le entrega las indicaciones por escrito.
- j) _____ Sugiere explicarle a algún familiar su tratamiento para que le apoye.
- k) _____ Le establece un ciclo de consultas para su seguimiento evolutivo.
- l) _____ Le indica y coordina consultas de seguimiento con otros especialistas si lo considera necesario (Estomatólogos, Dermatólogos, Podólogos, etc.)

14. ¿Cómo se siente con la atención que recibe de su médico? (Marque una alternativa)

- a) Insatisfecho _____ Satisfecho _____ Muy satisfecho _____
- b) ¿Por qué? _____

15. A partir de las interrogantes antes formuladas que seguramente le han hecho reflexionar sobre su actitud frente a la enfermedad diabética ¿cómo se considera usted?

- a) Paciente cumplidor del tratamiento _____
- b) Paciente parcialmente cumplidor del tratamiento _____
- c) Paciente incumplidor del tratamiento _____

16. ¿Cómo paciente diabético le gustaría recibir algún tipo de ayuda profesional para lograr mejorar su cumplimiento del tratamiento ? Si _____ No _____

- a) ¿Por qué vía le gustaría recibirla?
 - Guías de Autoayuda o materiales con orientaciones específicas _____
 - Charlas con especialistas _____
 - Ayuda psicológica _____
 - Intercambios grupales con otros pacientes diabéticos _____
 - Por los medios masivos de comunicación _____
 - Incorporar este tema en el Programa de educación del Centro de Atención al paciente diabético _____

Anexo 8

Encuesta a expertos para la evaluación del Cuestionario de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Profesión: _____ Especialidad: _____
Institución de Salud: _____ Años de experiencia: _____ Categoría docente: _____ Categoría científica: _____

Estimado colega:

La Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas está realizando una investigación acerca de la adherencia terapéutica de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y como parte de la misma, se ha considerado pertinente elaborar un Cuestionario para su evaluación. Es por ello que considerando su experiencia en el tratamiento de estos pacientes solicitamos su colaboración en la evaluación del instrumento con vistas a su perfeccionamiento.

- 1- Primeramente sugerimos que realice una lectura total del cuestionario y en un segundo momento proceda a la evaluación ítem por ítem reflejando su criterio sobre la pertinencia y calidad del mismo en una escala donde 1 se considera la evaluación más desfavorable y 7 la evaluación más favorable. Formule además sugerencias para mejorar cada ítem.

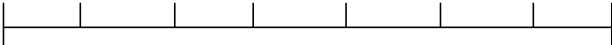
Ítems	Evaluación (1-7)	Recomendaciones para su perfeccionamiento
1		
2		
3		
4		
5		

6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

2. ¿Considera usted necesario incorporar algún otro ítem? No _____ Si _____

a) De ser positiva su respuesta formule usted la recomendación del mismo.

3. Evalúe siguiendo los criterios ya precisados con anterioridad la calidad del instrumento diseñado en su totalidad.

Muy mala  Muy buena

a) Identifique fortalezas y debilidades del mismo:

Fortalezas	Debilidades

4. Considerando la complejidad del tema de la adherencia terapéutica y su multicausalidad con qué otros instrumentos o procedimientos usted complementaría este instrumento para logra una evaluación más objetiva y realista.

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 9

Cuestionario sobre percepción de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2

Instrucciones:

Solicitamos su colaboración para responder el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible. Utilice para ello la escala que a continuación se presenta donde 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y, 5 es siempre o totalmente de acuerdo. Sus respuestas resultarán de inestimable valor.

Componente informativo- valorativo

No	Ítems	1	2	3	4	5
1	Tengo dudas sobre cómo enfrentar mi enfermedad.					
2	Tengo información de que la diabetes constituye una enfermedad crónica.					
3	Reconozco que la diabetes no tiene cura.					
4	Conozco las cifras de glicemia que se consideran normales para mi caso.					
5	Reconozco que la diabetes mal controlada me expone a situaciones que implican un riesgo para mi vida (hipoglucemia, cetoacidosis diabética, enfermedades concomitantes).					
6	Tengo información de cómo el estrés afecta el control de mi enfermedad.					
7	Poseo información de los efectos dañinos de la diabetes sobre la salud (complicaciones micro y macroangiopáticas, síndrome del pie diabético, problemas cardiovasculares, nefropatía diabética, retinopatía diabética, entre otros).					
8	Me percato de que descuidar el tratamiento de la diabetes tiene un costo para mi salud irreversible.					
9	Soy consciente de los síntomas que experimento cuando estoy ante episodios de descontrol metabólico.					
10	Reconozco las vivencias que se asocian a los episodios de descontrol metabólico.					
11	Soy consciente de la importancia de realizar acciones de automonitoreo en relación a la enfermedad.					
12	Reconozco que la diabetes supone un reajuste de estilo de vida.					
13	Tengo claridad sobre las implicaciones de no seguir la dieta					

	recomendada por el médico.					
14	Tengo identificados factores o circunstancias que me incitan a alterar los cambios que he hecho en mi estilo de vida para controlar la enfermedad.					
15	Conozco personas que han logrado aprender a vivir con la enfermedad sin daños graves para su vida.					
16	Poseo información de a quién y/o dónde dirigirme en caso de decidir educarme en relación a la enfermedad.					
17	Poseo información de cómo proceder ante una crisis de descompensación.					
18	Pienso que cuento con recursos suficientes para manejar adecuadamente la enfermedad cuando yo lo decida.					

Componente afectivo- motivacional

No	Ítems	1	2	3	4	5
1	Comprendo con claridad las indicaciones que me ha dado el médico para controlar mi enfermedad					
2	Cuando pienso en la diabetes pienso en las sensaciones displacenteras que me generan tantos cambios del estilo de vida.					
3	Cuando pienso en la diabetes me vienen a la mente historias y sucesos relacionados con personas diabéticas que he conocido y eso me causa más apego al tratamiento.					
4	Cuando pienso en la diabetes mal controlada pienso en los efectos y daños que la misma provoca y eso me estresa.					
5	Reconozco los efectos dañinos de la diabetes pero no me considero en riesgo de experimentarlos y/o sufrirlos.					
6	Soy de los que piensa que la vida tan llena de restricciones no es vida plena.					
7	Incumplo el tratamiento frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna.					
8	Reconozco las repercusiones de la diabetes mal controlada pero contradictoriamente siento la necesidad de comer lo que me gusta y hacer las cosas que toda la vida he hecho.					
9	Reconozco los efectos dañinos de la diabetes pero los ignoro sin que ello me genere contradicciones.					

10	Cuando conozco de los efectos dañinos que la diabetes ha tenido en la vida de otras personas (conocidos, amigos o familiares) experimento contradicciones que me hacen dudar o cuestionarme si seguir con el estilo de vida que estoy llevando o no.					
11	Experimento motivaciones contrapuestas y ambivalentes con relación a la diabetes pero decido seguir comportando igual.					
12	Siento motivación por hacer los cambios en el estilo de vida que me indica el médico pero no creo tener suficiente fuerza de voluntad para lograrlo.					
13	Reconozco que seguir el tratamiento solo cuando estoy descompensado es una falta de responsabilidad con mi salud.					
14	Me gustaría controlar la enfermedad para complacer a mi familia, amigos y colegas.					
15	Siento motivación por convivir adecuadamente con la enfermedad y estoy valorando proponérmelo.					
16	He comprendido y asumido mi responsabilidad en el control de mi enfermedad.					

Componente conductual

No	Ítems	1	2	3	4	5
1	Realizo chequeos frecuentes de mi glicemia.					
2	Asisto a las consultas de seguimiento que me planifica mi médico.					
3	Al menos una vez al año me realizo un chequeo general de mi salud.					
3	Cumplo regularmente con las indicaciones médicas.					
4	Limito la ruptura de la dieta a determinadas eventos sociales.					
5	Solo consumo alimentos no recomendados los fines de semana.					
6	Cuando incumplo el tratamiento tengo cuidado de no hacerlo si estoy descompensado.					
7	Consumo alcohol cada vez que me reúno con amigos o familiares aunque no exista un motivo de celebración.					
8	Me molesta que cuando estoy comiendo algún alimento de los que no me son permitidos me insistan en que no siga comiendo.					

9	En varias ocasiones he llegado a tener estados de hipoglucemia o hiperglucemia.					
10	Cuando por alguna razón paso dos o tres días sin tomar los medicamentos me siento mal y experimento síntomas que me preocupan.					
11	Bajo el efecto de la descompensación metabólica experimento emociones displacenteras (ansiedad, depresión, ira).					
12	He buscado información especializada (médicos, libros) para lograr conocer más de la enfermedad y aprender a convivir con ella.					
13	Cuando me percaté que un conocido, amigo o familiar tiene diabetes tiendo a buscar consejos para asumir mejor los cambios que supone vivir con diabetes.					
14	Intento evitar situaciones que me generen ganas de romper con la dieta.					
15	Intento “tomar las cosas con calma” y evitar situaciones de estrés pues eso puede afectar el control de mi enfermedad.					
15	Me he planteado aprender más de la enfermedad y cómo controlarla.					
16	Ni siquiera me he planteado seriamente cambiar mi estilo de vida para controlar mi enfermedad.					
17	Me he planteado lograr mayores niveles de cumplimiento con el tratamiento médico.					
18	He decidido de manera autodeterminada asumir el estilo de vida que ha recomendado mi médico para llevar una vida plena con la enfermedad.					
19	Me encuentro poniendo en práctica acciones que son parte de la modificación de mi estilo de vida (dieta, práctica de ejercicios).					
20	Siento motivación por vivir de una mejor manera con diabetes y lo intento hacer sin la ayuda de otros.					
21	Siento motivación por vivir de una mejor manera con diabetes pero siento la necesidad de contar con la ayuda de otros, ya sea de familiares y amigos o de ayuda especializada.					
22	He intentado mantener el tratamiento y todas las sugerencias médicas pero no lo he conseguido.					
23	Cumplo estrictamente las indicaciones médicas pues lo considero una prioridad en mi vida.					

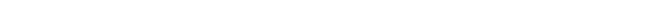
Anexo 10

Encuesta dirigida a evaluar la satisfacción de los pacientes que asisten al (CAD)

Estimado paciente:

Como parte de la estrategia de perfeccionamiento de la labor que desarrolla el Centro de Atención al paciente diabético hemos elaborado una encuesta donde nuestros pacientes al concluir su estancia expresen sinceramente sus opiniones sobre la experiencia. Insistimos en que sus criterios y recomendaciones pueden resultar de gran ayuda para mejorar nuestro trabajo.

1-Refleje en la siguiente escala su valoración general sobre la experiencia vivida esta semana en el Centro de Atención y Educación al diabético (CAED)

Muy mala  Muy buena

2-Evalúe en una escala de 1 a 7 los siguientes aspectos relacionados con el funcionamiento de este Centro:

- Facilidad del acceso al ingreso _____
- Ubicación geográfica del CAD _____
- Calidad de los locales para la realización de las actividades en cuanto a amplitud, iluminación y privacidad _____
- Horario de los encuentros _____
- Presencia de los especialistas según la planificación _____
- Disponibilidad para los exámenes clínicos _____
- Disponibilidad de recursos psicoeducativos (plegables, afiches, folletos, videos) _____
- Calidad de la elaboración de los alimentos _____
- Calidad de la atención del personal del centro _____
- Duración de la experiencia _____
- Cumplimiento de los objetivos propuestos _____
- Derivación a su médico de familia para el seguimiento _____

3- Marque con una x las afirmaciones que considere que mejor reflejan las aportaciones que esta experiencia ha tenido en usted como paciente:

- a) Me permitió compartir experiencias con otros pacientes diabéticos ____
- b) Tuve la oportunidad de que se me realizaran chequeos médicos ____
- c) Recibí charlas educativas interesantes y oportunas que me aportaron nuevos conocimientos sobre esta enfermedad ____
- d) Aprendí cómo estructurar mi dieta en lo adelante ____
- e) Fui interconsultado con diferentes especialistas que me hicieron advertencias sobre los cuidados y me dieron recomendaciones puntuales ____
- f) Comprendí lo importante que es evitar el estrés para no descompensarme ____
- g) Aprendí recursos para relajarme ____
- h) Sirvió para capacitar a mi familia para que me apoye en el control de mi enfermedad ____
- i) Comprendí que mi enfermedad es controlable y que en buena medida depende de mí ____
- j) Aprendí a conocerme mejor como paciente diabético logrando identificar los síntomas que indican un adecuado o inadecuado control metabólico ____
- k) Comprendí la importancia de cumplir con el tratamiento para evitar complicaciones y tener una mejor calidad de vida ____

4- ¿Se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos?

Insatisfecho ____ Medianamente satisfecho ____ Muy satisfecho ____

- a) ¿Siente la necesidad de aprender algo más relacionado con su enfermedad que no fue abordado durante los encuentros desarrollados en estos días?

No ____ Si ____

- b) ¿Qué otro tipo de información le interesaría obtener?

5- Señale con una X aquellas proposiciones que considera que identifican mejor su actitud frente a la enfermedad diabética después de su estancia en el CAD.

- a) Considero que he adquirido los conocimientos necesarios sobre mi enfermedad _____
- b) Siento que he aprendido recursos y técnicas que me ayudarán a controlar mi enfermedad _____
- c) He comprendido mi responsabilidad individual en el control de mi enfermedad _____
- d) He aprendido sobre mi enfermedad e intentaré poner de mi parte para poder controlarla, aunque no tengo seguridad de poder lograrlo _____
- e) Me siento en capacidad de poder controlar mi enfermedad _____
- f) Siento confianza en que podré convivir con mi enfermedad sin que interfiera con mis actividades cotidianas _____

6- Evalúe en qué medida se cumplieron sus expectativas con la experiencia en el CAD.

En ninguna medida _____ En alguna medida _____ En gran medida _____

a) Precise qué expectativas no se cumplieron:

7-¿Qué actividades o recursos le resultaron más enriquecedoras o motivantes?

- a) Controles sistemáticos _____
- b) Charlas con los especialistas _____
- c) Consultas individuales con los especialistas _____
- d) Dinámicas grupales con los especialistas _____
- e) Intercambios informales con otros pacientes _____
- f) Proyecciones de videos _____
- g) Lectura de plegables y folletos _____
- h) Entrenamiento para el empleo del glucómetro _____
- i) Entrenamiento para la realización de la prueba del Benedit _____

Otros _____ ¿Cuáles? _____

8-- ¿Se siente complacido con el trato del personal del centro?

Muy satisfecho _____ Medianamente satisfecho _____ Insatisfecho _____

9-Finalmente agradeceríamos que exprese sus inquietudes o recomendaciones para perfeccionar la labor del CAD.

a) Inquietudes:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

b) Recomendaciones:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 11

Protocolo para la Técnica de la Matriz DAFO

Instrucciones:

Luego de haber tenido la posibilidad de conocer los elementos fundamentales referidos diseño del Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial, le agradeceríamos que nos expresara sus valoraciones sobre el mismo basados en los 4 criterios contenidos en la Matriz DAFO que le ofrecemos a continuación:

Debilidades	Fortalezas
Amenazas	Oportunidades

Anexo 12

Programa de trabajo del Centro de Atención al Diabético de Villa Clara

LUNES

- 7:30 am: Laboratorio para extracción de sangre para glucemia en ayunas, colesterol, creatinina y TGP.
- 7:45 am: recogen muestra de orina para glucosuria cualitativa.
- 8:00am: pase de visita médico.
- 8:30am: desayuno. Al concluir el desayuno, la actividad “La diabetes y mi vida”.
- 10:30am: merienda.
- Posteriormente, la educadora divide a los pacientes en grupos y los distribuye entre la podóloga y la consulta médica (para la confección de la historia clínica individual).
- 11:45am: recogen muestra de orina para glucosuria.
- 12:00 m: almuerzo.
- 1:30pm: Charla “¿Qué es la Diabetes?”, que la imparte la educadora, y “las técnicas de automonitoreo” por la enfermera.
- Al terminar las clases, pasan al comedor para la merienda con lo que terminan las actividades del día.

MARTES

- 7:45am toma de muestra de orina para la glucosuria.
- 8:00am: pase de visita.
- 8:30 am: desayuno.
- 9:00 am: clase teórica sobre ejercicio físico.
- 10:30 am: merienda.
- Posteriormente, la educadora divide a los pacientes en grupos y los distribuye entre la podóloga, y la consulta médica (para la confección de la historia clínica individual).
- 11:45am: realización de la glucosuria.
- 12:00 m: almuerzo.

- 1:30 pm: la clase “Plan de alimentación” impartida por la dietista, seguida por la enfermera con el tema “Tratamiento insulínico”.
- Al concluir pasan al comedor para la merienda con lo que terminan las actividades del día.

MIÉRCOLES:

- 7:30 am, 11:30 am y 2:30 pm. tomas de muestra par el perfil glicémico s
- 7:45 am: recolección de orina para realización de la glucosuria.
- 8:00 am: pase de visita.
- 8:30 am: desayuno.
- 9:00 am: clase práctica de ejercicio físico.
- 10:30 am: merienda.
- Al terminar, la educadora divide a los pacientes en grupos y los distribuye entre la podóloga y la consulta médica (para la confección de la historia clínica individual).
- 11:45am: realización de orina para glucisuria.
- 12:00 m: almuerzo.
- 1:30 pm: la clase “Cuidado de los pies”.
- 2:30 pm: última extracción de sangre para perfil.
- Al concluir pasan al comedor para la merienda con lo que terminan las actividades del día.

JUEVES:

- 7:45am: recolección de orina para la glucosuria.
- 8:00am: pase de visita.
- 8:30 am: desayuno.
- 9:00 am: clase práctica de ejercicio físico con el profesor de cultura física.
- 10:30 am merienda.
- Al terminar la merienda los pacientes que requieran valoración por angiología, o ser atendidos en la clínica del pie diabético, o hayan sido citados por la oftalmóloga para valorar fondo de ojo dilatado son llevados por la educadora a estos departamentos.
- 11:45am: recolección de orina para la glucosuria.
- 12:00 m: almuerzo.

- 1:30 pm: la clase “Complicaciones de la diabetes” y consolidación de los conocimientos aprendidos durante la semana, impartida por la educadora
- Al concluir, meriendan y terminan el día en el centro.

VIERNES:

- 7:30 am: extracción de sangre en el laboratorio para glicemia.
- 7:45am: recolección de orina para la glucosuria.
- 8:00am: pase de visita.
- 8:30 am: desayuno.
- 9:00 am: clase práctica de ejercicio físico con el profesor de cultura física.
- A las 10:30 am merienda.
- Después pasan uno a uno por la consulta médica donde se le realiza el cierre de las historias clínicas, se define el grado de evolución obtenida (dado por el control metabólico, la mejoría del peso y el nivel de educación o instrucción adquirido), tipo de tratamiento a seguir, casos que serán llevados al staff médico y se define seguimiento del paciente (área de salud, hospital, CAD). A los pacientes enviados al área de salud se les entrega un resumen de historia clínica donde se refleja el diagnóstico, resultados del tratamiento impuesto, tratamiento a seguir al alta y seguimiento.

Anexo13

Tabla 4: Resultados del Test de Cochran

Preguntas	Incisos	R. positivas	R. negativas	T. Cochran	
A1	a)	23	17	N Cochran's Q df	40 30,500 ^a 4
	b)	25	15		
	c)	39	1		
	d)	40	0		
	e)	33	7		
A2	a)	35	3	N Cochran's Q df	38 205,861 ^a 18
	b)	31	7		
	c)	29	9		
	d)	35	3		
	e)	38	0		
	f)	33	5		
	g)	23	15		
	h)	31	7		
	i)	26	12		
	j)	35	3		
	k)	36	2		
	l)	37	1		
	m)	34	4		
	n)	21	17		
	ñ)	38	0		
	o)	38	0		
	p)	38	0		
	q)	8	30		
	r)	20	18		
A3	a)	17	23	N Cochran's Q df	40 83,379 ^a 4
	b)	40	0		
	c)	6	34		
	d)	8	32		
	e)	5	35		
A4	a)	38	2	N Cochran's Q df	40 103,184 ^a 4
	b)	38	2		
	c)	2	38		
	d)	22	18		
	e)	38	2		
A5	a)	7	33	N Cochran's Q df	40 38,280 ^a 15
	b)	8	32		
	c)	9	31		
	d)	9	31		
	e)	6	34		
	f)	5	35		

	g)	1	39		
	h)	3	37		
	i)	5	35		
	j)	4	36		
	k)	3	37		
	l)	4	36		
	m)	2	38		
	n)	3	37		
	ñ)	4	36		
	o)	3	37		
A6	a)	5	35	N Cochran's Q df	40 85,233 ^a 3
	b)	10	30		
	c)	39	1		
	d)	40	0		
A7	a)	8	32	N Cochran's Q df	40 8,375 ^a 4
	b)	6	34		
	c)	3	37		
	d)	2	38		
	e)	7	33		
A10	a)	39	1	N Cochran's Q df	40 27,813 ^a 5
	b)	31	9		
	c)	37	3		
	d)	40	0		
	e)	39	1		
	f)	40	0		
A11	a)	30	10	N Cochran's Q df	40 27,619 ^a 6
	b)	20	20		
	c)	35	5		
	d)	30	10		
	e)	29	11		
	f)	35	5		
	g)	34	6		
A13	a)	7	33	N Cochran's Q df	40 176,081 ^a
	b)	38	2		
	c)	39	1		
	d)	19	21		
	e)	8	32		
	f)	39	1		
	g)	20	20		
	h)	24	16		
	i)	15	25		
	j)	32	8		
	k)	19	21		
	l)	16	24		
A16	a)	16	24	N	40

	b)	14	26	
	c)	19	21	
	d)	25	15	
	e)	14	26	

Anexo 14

Resultados del Análisis de confiabilidad de los test

Tabla 5: Alfa de Cronbach General

Cuestionarios	Alfa de Cronbach	No de items
Percepción de Riesgo	.727	12
Adherencia terapéutica	.703	59

**Tabla 6: Alfa de Cronbach de los componentes del Cuestionario sobre
Percepción de riesgo.**

Componentes	Alfa de Cronbach	No de items
Informativo- valorativo.	.796	18
Afectivo-Motivacional.	.659	16
Componente Conductual.	.534	25

Anexo15

Tabla 7: Coeficiente de correlación de Kendal

		Adhe rencia	Autoclasifi cación	Antec. Fliar	Inform- Valorat	Afect- Motivac	Cond uctual
Adherencia	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	1,000 . 40	,062 ,639 40	,039 ,769 40	,142 ,217 40	-,082 ,468 40	,241* ,034 40
Autoclasifica ción .Adher	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	,062 ,639 40	1,000 . 40	,157 ,317 40	-,261 ,053 40	,237 ,075 40	-,068 ,611 40
Apoyo Familiar	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	,039 ,769 40	,157 ,317 40	1,000 . 40	-,076 ,572 40	-,156 ,241 40	-,048 ,718 40
PR- Informativo/ Valorativo	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	,142 ,217 40	-,261 ,053 40	-,076 ,572 40	1,000 . 40	-,117 ,306 40	,242* ,035 40
PR-Afectivo Motivacional	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	-,082 ,468 40	,237 ,075 40	-,156 ,241 40	-,117 ,306 40	1,000 . 40	,098 ,386 40
PR- Conductual	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	<u>,241*</u> <u>,034</u> <u>40</u>	-,068 ,611 40	-,048 ,718 40	,242* ,035 40	,098 ,386 40	1,000 . 40

Anexo16

Folleto mi estancia en el CAD



Mi estancia en el CAD

Lunes

Horarios:	Actividades Generales:	Actividad que más disfrutó(x)
7:45 - 8:00am	Realización de exámenes clínicos	
8:00 - 8:15am	Desayuno	
8:15 - 8:30am	Recibimiento	
8:30 - 9:45am	Consulta con la Dra Elba	
9:45 - 10: 00am	Merienda	
10:00 - 11:00am	Conferencia con la dietista	
11:00 - 12:00am	<u>Actividad de Psicología</u>	
12:00 - 1:00pm	Almuerzo	
1:00 - 4:00pm	Consulta con la podóloga	

Actividad de Psicología:

Título: " Mi primer acercamiento al CAD "

¿Qué haremos?

- Técnica de presentación: Nombre-cualidad
- Aplicación del cuestionario dirigido a evaluar las expectativas de los pacientes que asisten al CAD.
- Entrega del Folleto "Mi estancia en el CAD".
- Aplicación del cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica.
- Técnica de cierre: Sondeo de motivaciones.

Evalúe en una escala del 1 al 7 la calidad de las actividades del día:

Muy mala

--	--	--	--	--	--	--

Muy buena

Señale al final del día con qué estado de ánimo se identifica más



Martes

Horarios:	Actividades Generales:	Actividad que más disfrutó(x)
7:45 - 8:00am	Entrega de muestra de orina	
8:00 - 8:15am	Desayuno	
8:15 - 8:30am	Pase de visita	
8:30 - 9:00am	Charla educativa con la Dra Elba	
9:00 - 9:45am	Consulta con la dietista	
9:45 - 10: 00am	Merienda	
10:00 - 11:00am	Conferencia con el oftalmólogo	
11:00 - 12:00am	Consulta de Dermatología	
12:00 - 1:00pm	Almuerzo	
1:00 - 1:30pm	<u>Actividad de Psicología</u>	

Actividad de Psicología:

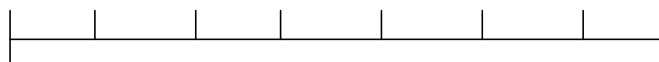
Dinámica grupal sobre los Mitos y Realidades de la diabetes mellitus

. ¿Qué haremos?

- Técnica de inicio: Por cualidades
- Técnica central: Mitos y Realidades
- Técnica de cierre: “Las tres sillas”.

Evalúe en una escala del 1 al 7 la calidad de las actividades del día:

Muy mala



Muy buena

Señale al final del día con qué estado de ánimo se identifica más



Miércoles

Horarios:	Actividades Generales:	Actividad que mas disfrutó(x)
8:00 - 8:15am	Desayuno	
8:15 - 8:30	Pase de visita	
8:30 - 9:00am	Ejercicios físicos	
9:00 - 9:45am	<u>Actividad de Psicología</u>	
9:45 - 10: 00am	Merienda	
10:00 - 11:00am	Consulta con el Clínico	
11:00 - 12:00am	Consulta de Psicología	
12:00 - 1:00pm	Almuerzo	
1:00 - 4:00pm	Consulta de Nefrología	

Actividad de Psicología:

Actividad Didáctica sobre la percepción de riesgo.

Título: "Los temores pueden superarse si nuestras esperanzas se estructuran adecuadamente en función de la realidad de la diabetes mellitus."

¿Qué haremos?

- Técnica de inicio: Pareja refranera.
- Encuentro de conocimientos.
- Técnica Temores y esperanzas.
- Técnica de cierre: Las estrellas.

Evalúe en una escala del 1 al 7 la calidad de las actividades del día:

Muy mala

--	--	--	--	--	--	--

Muy buena

Señale al final del día con qué estado de ánimo se identifica más



Jueves:

Horarios:	Actividades Generales:	Actividad que más disfrutó(x)
7:45 - 8:00am	Realización de exámenes clínicos	
8:00 - 8:30am	Desayuno	
8:30 - 9:45am	Consulta de Endocrinología	
9:45 - 10:00am	Merienda	
10:00 - 11:00am	Consulta de Angiología	
11:00 - 12:00am	Consulta de Orientación Familiar	
12:00 - 1:00pm	Almuerzo	
1:00 - 1:30pm	<u>Actividad de Psicología</u>	
1:30 - 2:00pm	Clase “Complicaciones de la diabetes”	

Actividad de Psicología:

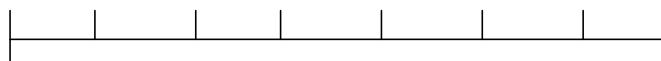
“Título: “Los temores pueden superarse si nuestras esperanzas se estructuran adecuadamente en función de la realidad de la diabetes mellitus.”

¿Qué haremos?

- Técnica de inicio: Pareja refranera.
- Aplicación del cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo.
- Encuentro de conocimientos.
- Técnica Subasta de palabras.
- Técnica de cierre: Termómetro

Evalúe en una escala del 1 al 7 la calidad de las actividades del día:

Muy mala



Muy buena

Señale al final del día con qué estado de ánimo se identifica más



Viernes:

Horarios:	Actividades Generales:	Actividad que más disfrutó(x)
8:00 - 8:15am	Desayuno	
8:15 - 8:30am	Pase de visita	
8:30 - 9:00am	Ejercicios físicos	
9:00 - 9:45am	Cierre de la semana	
9:45 - 10: 00am	Merienda	
10:00 - 11:00am	Charla educativa con la Dra Elba	
11:00 - 12:00am	<u>Actividad de Psicología</u>	
12:00 - 1:00pm	Almuerzo	

Actividad de Psicología:

Título: " Mi compromiso de hoy garantizará el bienestar de un mañana "

¿Qué haremos?

- Técnica de inicio : La cola de la serpiente
- Técnica El amigo secreto y El regalo de la alegría
- Aplicación del cuestionario dirigido a la evaluación de la satisfacción de los pacientes.
- Técnica de cierre: Las dianas

Evalúe en una escala del 1 al 7 la calidad de las actividades del día:

Muy mala

--	--	--	--	--	--	--	--

Muy buena

Señale al final del día con qué estado de ánimo se identifica más



Anexo 17

Tabla de contenido: Beneficios de una adecuada adherencia terapéutica y las complicaciones derivadas de la no adhesión

Adherencia Terapéutica	
<i>Beneficios</i>	<i>Complicaciones</i>
Ausencia de síntomas y signos desagradables como decaimiento, sed, sudoraciones, mareos, etc.	Presencia de estos síntomas desagradables, llegando a desarrollar crisis de hipoglucemia e hiperglucemia.
Se logran habilidades de automonitoreo que les permiten reconocer los episodios de descontrol metabólico.	No existe conciencia de las sensaciones que se experimentan ante episodios de descontrol metabólico.
Se produce una adaptación del organismo al consumo de una dieta sana y balanceada.	Al incumplir con la dieta podemos contribuir no solo al aumento de la glicemia sino también a la obesidad, factor de riesgo esencial en esta enfermedad.
Realizando ejercicios físicos se queman las calorías, evitamos la obesidad, el sedentarismo y con ello otras complicaciones asociadas.	No realizar ejercicios físicos atenta contra esta enfermedad, pues el sedentarismo y la obesidad solo generan complicaciones para los diabéticos.
Cumplir estrictamente con el tratamiento farmacológico permite que se mantenga compensado y evita otras complicaciones a largo plazo asociadas a esta enfermedad.	Complicaciones a largo plazo asociadas a esta enfermedad: Neuropatía diabética Nefropatía diabética Retinopatía diabética Amputaciones Cetoacidosis metabólica Síndrome del pie diabético. Complicaciones angeopáticas. Problemas cardiovasculares.
Mantener una adecuada relación con su médico favorecerá positivamente los niveles de cumplimiento del tratamiento.	No asistir a las consultas de seguimiento, incumplir con las recomendaciones indicadas por su médico solo empeorará el pronóstico de su enfermedad.
La implicación activa y voluntaria de cada paciente diabético en su tratamiento garantiza una mejor convivencia con la enfermedad.	El paciente diabético que no se logra una implicación activa y voluntaria de cada paciente diabético en su tratamiento sufrirá mas pronto todas complicaciones antes mencionadas

Anexo 18

Tarjetas de Mitos y Realidades sobre la Diabetes Mellitus.

Mito	Realidad
La diabetes es contagiosa	La diabetes es una enfermedad que puede ser hereditaria, y que puede desarrollarse por el estilo de vida, sin embargo no se contagia.

Mito	Realidad
Los sustos provocan diabetes	Las emociones fuertes pueden aumentar los niveles de glucosa, aunque esto no necesariamente hace que la persona desarrolle diabetes. Pero sí podría ser un factor predisponente, cuando la persona está desarrollando el mal, aunado al sobrepeso y la vida sedentaria.

Mito	Realidad
Las personas con diabetes no pueden comer dulces	Es indispensable que la persona con diabetes lleven una dieta sana, y que modere su consumo de azúcares. De esta manera, puede comer de todo, incluidos dulces ocasionalmente, pero con moderación.

Mito	Realidad
Comer dulces causa diabetes	No directamente, pero el sobrepeso causado por el exceso de postres, dulces y golosinas, es un factor predisponente para desarrollar diabetes.

Mito	Realidad
La miel es un buen sustituto del azúcar para los diabéticos	La miel contiene al igual que el azúcar un alto contenido glucémico por lo que no se recomienda su consumo a los pacientes diabéticos.

Mito	Realidad
La alimentación de los diabéticos es a base de vegetales.	Los diabéticos deben llevar una dieta balanceada, pero no a base de vegetales también deben consumir frutas, así como proteínas y carbohidratos aportados por otro tipo de alimentos.

Mito	Realidad
Los diabéticos no deben hacer ejercicios	En realidad las personas con diabetes deben realizar al menos 30 minutos de actividad moderada al día, lo que les ayudará a controlar su peso y aprovechar mejor su tratamiento farmacológico.

Mito	Realidad
La diabetes causa la muerte de todo el que la padezca	Las complicaciones asociadas a una diabetes mal controlada pueden causar la muerte del paciente pero no la diabetes en sí.

Mito	Realidad
Con diabetes no es posible llevar una vida normal.	Las personas diabéticas pueden llevar una vida normal si adoptan un comportamiento responsable y una adecuada convivencia con su enfermedad

Mito	Realidad
La diabetes es un castigo divino.	La diabetes no es un castigo, nadie está exento de enfermar.

Anexo19

Dinámica grupal sobre los Mitos y Realidades de la diabetes mellitus

Objetivos:

- Identificar mitos o creencias erróneas conformadas en torno a la enfermedad.
- Reflexionar sobre la influencia de este tipo de creencias en la adhesión al tratamiento.

Técnicas empleadas:

- Técnica de inicio: Por cualidades
- Técnica central: Mitos y Realidades
- Técnica de cierre: “Las tres sillas”.

Procedimientos:

- *Se comienza la dinámica con la técnica **Por cualidades**, que se describe a continuación:*

Objetivos:

- Para personas que se conocen poco. Sirve para romper el hielo y decirse las principales cualidades.

Materiales:

- Hoja y cinta adhesiva.

Procedimiento:

- En un hoja cada uno escribe el nombre de una de las personas del grupo (pueden ponerse en un bolsa e irlos sacando de a uno). Al lado del nombre escribe una cualidad bien característica de esa persona. Se van colocando en la pared estas hojas y por turno van pasando de modo que cada persona debe añadir alguna cualidad a la escritura de cada uno o si se encuentra la misma subrayarla. El coordinador inicia el plenario resaltando si somos propensos a ver el lado bueno de los demás o no.

Luego se procede a la realización de la técnica participativa

Mitos y Realidades:

Materiales:

- Tarjetas de colores con frases y casos. Hojas de MITOS y REALIDADES.

Procedimiento:

- Se colocan 3 tarjetas en tres lugares distintos de la sala. La primera tarjeta tiene escrito MITO, la segunda dice REALIDAD y la tercera NO SE. Se explican las definiciones de mito y realidad.
 - a) Se le pide a los participantes que se ponga de pie en el medio de la sala y se explica que se van a leer unas frases. A medida que las frases son leídas, una a una, los participantes deberán ubicarse bajo la tarjeta que representa su opinión respecto a la frase que se acaba de leer.
 - b) Se pregunta a un miembro del grupo de REALIDAD y a un miembro del grupo MITO las razones para estar ubicado en ese grupo. Se les explica la respuesta correcta. Si algunas personas quedan debajo del grupo de NO SE, entonces se les pide que se ubiquen en algún grupo luego de haber oído la explicación.
 - c) ¿Cómo se sintieron?
 - d) ¿Qué implicaciones consideran que tiene dar por realidad un mito?
 - e) ¿Cómo modificaría sus actitudes y conductas luego de haber realizado este ejercicio?

*Por último se concluye la dinámica con la técnica de cierre: “**Las tres sillas**”*

Procedimiento:

- Se colocan tres sillas en el centro de un círculo donde estarán situados todos los integrantes del grupo.
- Cada uno en su turno ocupará las tres sillas y expresará sus sentimientos de acuerdo con la indicación que tendrá en un cartel cada silla. Las interrogantes son las siguientes:
 - ¿Lo positivo? 2. ¿Lo negativo? 3. ¿Lo interesante?

Anexo 20

Técnicas participativas

Temores y esperanzas

Objetivos:

- Dejar aflorar sentimientos y preocupaciones de la gente para llegar a los primeros temas de interés e inquietudes.

Descripción:

- A todas las personas se les pide escribir personalmente y sin mayor orden sus temores y esperanzas con relación a esta enfermedad que padecen (15 minutos).

Procedimientos:

- El coordinador pide que cada cual elija dos. Cada persona va leyendo uno sin explicarlo, y el coordinador lo va anotando en un papelógrafo. Hay que motivar a la gente para que hagan el esfuerzo de escucharse. Se hace una segunda vuelta. En la tercera se insiste que sólo digan cosas que no se han mencionado. Se da la consigna de que los participantes elijan las dos que más les han impresionado; se hace por votación y se seleccionan unos 4 o 5 temas. Conviene elegir dos temores y dos esperanzas. Por grupos de interés van a hacer una cartelera sintetizando todo lo que le grupo dijo sobre el tema (30 minutos). En Plenario se analizan los temores y esperanzas en feed-back.

Subasta de Palabras

Objetivo:

- Advertir los valores de cada persona.

Descripción:

- El coordinador muestra una serie de cartones. En cada uno de ellos aparece escrita una palabra. Todas estas palabras se leen primero y más tarde se procede a subastarlas. Cada persona dispone de cien puntos para gastarlos y no puede seguir pujando una vez consumidos éstos. Cuando finaliza la subasta, los participantes forman un círculo y explican por qué es tan importante para ellos aquella palabra y en qué medida afecta a sus vidas.

La hoja de papel se reservará para anotar el número de puntos que llevamos gastados. Las listas de palabras pueden ser muy variadas: pueden ser cualidades, sentimientos o en este caso palabras relacionadas con su enfermedad. Por el ejemplo una palabra importante o frases para subastarle a un diabético serían: bienestar, salud, felicidad, control metabólico, vida sin restricciones, etc.

Materiales: Un papel y un lápiz por persona. Las hojas pueden haber sido recortadas con formas divertidas.

Pareja refranera

Objetivo:

- Reflexionar sobre su problemática de salud a través de refranes populares.

Procedimiento:

- Se escribe la primera parte del refrán en una tarjeta y la segunda parte en otra, se mezclan y se reparten al azar.
- Se le pide a algún participante que lea la primera parte de un refrán, luego quien considera tener la segunda parte la lee y si es correcto se le pide a ambos que comenten sobre la relación del refrán con el tema de la actividad.

Materiales: Tarjetas de papel.

Refranes	
“El que da primero	da dos veces.”
“El que juega con	fuego se quema.”
“El que siembra espinas	que no espere cosechar flores.”
“El que siembra vientos	cosecha tempestades.”
“En la vida todo tiene remedio	, menos la muerte.”
“Hay mucho que ganar	y poco que perder.”
“La cuestión no es llegar,	sino quedarse.”
“Al que a buen árbol se arrima	buena sombra lo cobija.”
“Para superar las dificultades,	es necesario esforzarse.”

Anexo 21

Charla educativa para facilitar información teórica-práctica acerca de la categoría adherencia terapéutica y su importancia en la diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos:

- Brindar información teórica-práctica acerca de la categoría adherencia terapéutica.
- Reflexionar acerca de los beneficios de una adecuada adherencia terapéutica, las complicaciones derivadas de la no adhesión y al importancia en sí de la adherencia en la diabetes mellitus tipo 2

Procedimientos:

- Se expone y explica a los pacientes el concepto de adherencia terapéutica.
- Se precisan los factores que la determinan.
- Se distribuye la tabla de contenido: " Beneficios de una adecuada adherencia terapéutica y las complicaciones derivadas de la no adhesión "
- Se deja un espacio de intercambio para aclarar dudas reflexionar sobre el contenido de la tabla, etc.

Anexo 22

Dinámica grupal “Enfrentando el reto”

Objetivo:

- Estimular la adopción de comportamientos resilientes para superar los barreras que pueden obstaculizar la adherencia terapéutica del paciente.

Técnicas empleadas:

- Técnica de inicio: La cola de la serpiente
- Técnica central: Papelógrafo
- Técnica de cierre: Llego - Me voy.

Procedimientos:

- Se comienza la dinámica con la técnica **La cola de la serpiente**

El coordinador dice una palabra y cada participante debe decir otra que comience con la última letra de la palabra anterior. Pueden registrarse las palabras en la pizarra para demostrar las asociaciones logradas o para tratar de darles sentidos de frases.

- Luego se procede a la técnica del **Papelógrafo**

De manera participativa los pacientes identificarán las principales barreras para lograr una adecuada adherencia terapéutica, las cuales se listarán en un papelógrafo. En un segundo momento se les da la tarea de identificar conjuntamente posibles acciones y recursos para enfrentar los obstáculos que se les puedan presentar. En todos los casos el facilitador se encargará de identificar nuevos obstáculos que evidencien la necesidad de asumir comportamientos resilientes.

- Por último se realiza una evaluación con la técnica de cierre **Llego - Me voy**

La idea es que se elijan de a dos o tres, no más, para mostrar una escena, sin palabras, del día o momento en que llegaron al taller, curso, etc., y otra donde muestren cómo se van. Es muy interesante esta técnica porque aporta, entre una y otra escena, cambios actitudinales de los participantes. Las personas se prestan mucho a este juego porque es compartido. Al observar las escenas se puede realizar una interpretación de las vicisitudes del aprendizaje.

Anexo 23

Dinámica grupal: “ El estrés puede ser manejado ”

Objetivo:

- Entrenar a los miembros del grupo en la búsqueda de alternativas para la solución de problemas, técnicas para el manejo del estrés.

Técnicas:

- Técnica de inicio: Encuentro a través de objetos.
- Técnica central: Video debate: Estrés y diabetes.
- Técnica de cierre: Rueda de palabras

Procedimientos:

- Se comienza la dinámica con la técnica **Encuentro a través de objetos**

Al iniciarse la reunión, o sea en la presentación, la otra mitad de los participantes, toma un objeto de la bolsa y busca a su “dueño”. Entablan una conversación y luego se realiza un plenario donde se presentan todos los integrantes, de a dos (según cómo se encontraron) en forma cruzada. Es decir, cada uno presenta al otro en primera persona: yo soy... Diciendo las características del otro.

Es una técnica en la que el coordinador debe prestar mucha atención por el número de personas que van llegando y quiénes serán los que buscarán el objeto para encontrar al “otro”. Es especial para grupos numerosos, heterogéneos y mixtos. Se desarrolla de manera coloquial, la primera parte y la siguiente, está teñida por el humor, en la mayoría de los casos.

La mitad de las personas que ingresan al lugar donde se va a llevar a cabo la actividad, dejan un objeto personal en una bolsa (reloj, pulsera, llavero).

- Luego se proyecta el **video Estrés y diabetes**. Una vez concluido el mismo se procede al debate sobre el tema abordado en le video.
- Por último se concluye con la técnica de cierre **Rueda de palabras**

Esta técnica tiene como propósito recoger la opinión de los participantes sobre los resultados del trabajo realizado. Para ello cada participante debe expresar con una palabra o frase corta cómo se ha sentido y luego se realizan conclusiones.

Anexo 24

Otras Técnicas para el manejo del estrés.

- Técnicas de relajación:

Se utilizan para contrarrestar los efectos nocivos del estrés y provocar cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas:

- Respiración rítmica: consiste en regularizar la entrada y salida de aire, para así asegurar una irrigación sistemática de sangre. Con esta práctica se beneficia especialmente el cerebro, automáticamente el cuerpo se relaja con solo observar la respiración, luego, regularizar la entrada de aire, inspirando un número x de veces, reteniendo y exhalando de acuerdo con los objetivos planteados. De este modo se propicia la relajación muscular y se produce instantáneamente la relajación mental y sosiego de los pensamientos. Además ejerce beneficios positivos sobre el sueño (profundo y reparador), mejora la circulación, permitiendo una irrigación sanguínea más profunda, mayor oxigenación de la sangre y estimulación de la conducción nerviosa y equilibrio de los sistemas.
- Respiración abdominal o diafragmática: es una respiración profunda que nos libera de la tensión y da lugar a la respuesta de relajación. La respiración profunda puede practicarse en distintas posiciones, pero la más recomendable se realiza tendido en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta, se deben doblar las rodillas y separar los pies unos 20cm, dirigiéndolos suavemente hacia fuera y manteniendo la columna vertebral recta. Para efectuarla debe seguir tener en cuenta los siguientes pasos:
 1. Explora tu cuerpo en busca de signos de tensión.
 2. Coloca una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
 3. Toma aire lenta y profundamente, por la nariz y hazlo llegar hasta el abdomen levantando la mano que habías colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco, a la vez que el abdomen.

4. Cuando te hayas relajado, sonríe un poco, inhala aire por la nariz y expúlsalo por la boca, haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente.
 5. Con ello tu boca y tu lengua se relajarán. Haz respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y desciendan al abdomen. Fijate en el sonido y en la sensación que te produce la respiración a medida que vas relajándote más y más.
 6. Continúa con 5 a 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas; luego si lo deseas, puedes prolongarlo hasta 20 minutos.
 7. Al final de cada sesión de respiración, dedica un poco de tiempo a explorar tu cuerpo, una vez más en busca de signos de tensión, Compara la tensión que sientes al acabar el ejercicio con la que sentías al comenzarlo.
- Meditación: localizar la atención en un estímulo determinado con el fin de modificar el estado mental del sujeto y provocar su tranquilidad. La meditación y visualización potencian la reacción de los glóbulos blancos en la sangre y la eficiencia de la respuesta hormonal.
 - Relajación muscular progresiva: consiste en enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios simultáneos en los que se tensan y relajan los músculos del cuerpo. Lo que se pretende es que el paciente se concentre y sea consciente de la tensión que se origina en los músculos y sea capaz de liberarse de ella.
 - Entrenamiento autógeno: basado en la hipnosis. Se pretende que el paciente logre generarse por sí mismo el estado de relajación por medio de representaciones mentales adecuadas, las cuales provocarán los cambios fisiológicos correspondientes.

- Técnica de Relajación con visualización “Un Viaje placentero”

Escuchas tranquilamente esta voz, notando las sensaciones de tu cuerpo... viendo los colores que te rodean... y cobrando conciencia de tu respiración, respirando profundamente y expirando lentamente... Mientras oyes los sonidos que te rodean... cobras conciencia de la temperatura de tus manos... y te sientes relajado... puedes mantener los ojos abiertos o cerrarlos... en realidad no importa que los dejes abierto o que los cierres, porque seguirás viendo las sombras de los colores y notas que los músculos de alrededor de los ojos se están relajando mucho... caliente... y relajado... Te sientes tan relajado como si estuvieras en una terraza delante de la playa... Al levantar la vista hacia el cielo azul, ves las gaviotas que vuelan a lo lejos... ves la arena blanca... y oyes las olas romper en la orilla... al mirar más cerca adviertes la escalera que tienes delante y que conduce hacia la playa... dentro de un momento vas a bajar estas escaleras... cuando tus pies toquen la arena caliente se quedarán completamente relajados... A cada escalón que bajas te vas sintiendo más a gusto y más relajado... también puedes ver los números pintados en cada escalón... Hay diez escalones y comienzas por el número diez que es el más alto...

Ahora comienzas por el diez... te sientes a gusto y cómodo... al bajar al número nueve... tu mente va a la deriva permitiéndote que te dejes ir... ocho... baja otro escalón, relajando la lengua... la boca... y la mandíbula... permitiendo que las mejillas se relajen... siete... tienes los hombros sueltos y relajados... seis... tu respiración es más profunda y lenta... cinco... a cada paso que das, más relajado te sientes... te sientes seguro... a salvo... y sereno... cuatro... tus brazos están más calientes y relajados... al bajar al escalón número tres... las manos se ponen más calientes... y sientes un hormigueo en los dedos y las manos... dos... las piernas están cómodas y calientes... Al bajar el último escalón los pies se calientan y se relajan... al tocar la arena caliente te encuentras en la playa...

Mirando el agua azul cristalina, puedes sentir la arena caliente bajo tus pies... cuando empiezas a caminar, oyes las olas rompiendo en la orilla... hueles el aire limpio... y saboreas la sal en los labios... te sientes en paz y relajado... Adviertes una pequeña nube de algodón que atraviesa el cielo... suave y lentamente... la arena está caliente y te tumbas... soltándote mientras tu cuerpo entra en contacto con la arena... mientras tu cuerpo se hunde en la arena caliente y limpia, una brisa suave te envuelve... la brisa empieza a recorrer los dedos de tus

pies... sientes su calor y disfrutas el cosquilleo que te produce en los pies...las piernas...la pelvis... el vientre... el pecho.. el cuello...la boca... en cuanto la brisa cálida acaricia tu rostro, los ojos se calientan y pesan... haciéndote consciente de que tu cuerpo, de la cabeza a los pies, se hunde profundamente en una relajación total... mientras oyes el ruido del mar... todos los músculos de tu cuerpo están sueltos y relajados...

Y descubrirás que eres capaz de sentir esta calma... esta tranquilidad... y esta confianza en los momentos de estrés... relajadamente... Cada vez que hagas frente a presiones, se te ocurrirá este pensamiento: ¿qué puedo aprender de esta situación?... y siempre estás aprendiendo... no importa cuándo o dónde surja un problema, tú puedes elegir mantener la calma y seguir relajado... y responder con creatividad... una respuesta que demuestra que eres único... no hay otro ser humano igual que tú... un individuo único... una respuesta creativa ante el estrés te hace sentir seguro y confiado... así es... has aprendido el arte de la relajación... Tu cuerpo y tu mente memorizan este estado de relajación para siempre... cada vez que quieras experimentar este estado, inspira profundamente... y déjate ir... ni siquiera tendrás que pensar en ello... tu respuesta al estrés será creativa... calmada... segura y confiada... Relájate... tómate el tiempo que precises y disfruta... eso es... disfruta...

Cuando hayas terminado, respira profundamente, estira el cuerpo y abre los ojos. Al abrir los ojos, te sentirás refrescado, alerta y lleno de energía. Además estarás de muy buen humor.

Anexo 25

Técnica reflexiva: Resolución de conflictos.

A través de esta técnica se le presentan diversas situaciones que pueden sucederse en el marco de convivencia con un paciente diabético, se indaga sobre cómo reaccionarían y se les brindan recomendaciones para su adecuado manejo.

Situaciones:

1- Familiar que llega del trabajo y encuentra al paciente diabético consumiendo alimentos no recomendados para su dieta (dulces, exceso de carbohidratos, etc.)

¿Cómo manejar esta situación?

- No debe agredir a su familiar por no respetar su dieta.
- Debe tomar medidas para evitar este tipo de situaciones, por ejemplo puede dejarle preparadas sus meriendas cuando vaya a ausentarse.
- Debe preparar el mismo tipo de comida para todos en el hogar la menos durante la primera etapa de la enfermedad.
- Debe compartir con su familiar un espacio de intercambio donde este le exprese sus inquietudes o insatisfacciones con respecto a la dieta y se concilie el menú.

2- Familiar que se resiste a asistir a las consultas de seguimiento.

¿Cómo manejar esta situación?

- Debe ser comprensivo pues padecer una enfermedad crónica no es nada fácil.
- Trate de explicarle la importancia que tiene para salud, haciéndole ver los daños que la enfermedad podría provocarle si no cumple con lo establecido por su doctor.
- No use la imposición trate de negociar con su familiar.
- Insista en que se represente las consultas de seguimiento como una necesidad par asentirse mejor y no como una tortura
- En caso de que el motivo de la negación a asistir a la consulta sea por síntomas de depresión, ansiedad o estrés solicite ayuda psicológica.

Anexo 26

Técnica de “Juego de roles”.

A través de esta técnica los pacientes podrán recrear una situación donde algunos asumirán al rol de médico y otros el de paciente y de este modo podrán representar inquietudes y problemáticas que se le hayan presentado durante su convivencia con la enfermedad y podrán expresar si se identifican o no con las diferentes situaciones que se les presentan. Durante el desarrollo de la dinámica se pondrá énfasis en la necesidad de lograr una buena comunicación entre el médico y el paciente y la necesidad de ser asertivos.

Situaciones para representar:

- Situación 1
Paciente que llega a consulta con descompensación metabólica y se siente maltratado por el médico pues le manifiesta que *“es su culpa estar así por no cumplir con el tratamiento”*
- Situación 2
Paciente que acude a su médico de familia al egresar del CAD y le pide al médico que le haga lo más rápido posible el trámite de la dieta y le indique los medicamentos pero no lleva consigo el resumen emitido del CAD. El médico le insiste en que debe traerlo y él se molesta.
- Situación 3
Paciente que acude urgente a un centro de salud para realizarse un chequeo de la glucemia pues presenta síntomas de hipoglucemia y al llegar al laboratorio solicitando ayuda, le mandan al final de cola.

Es necesario destacar que la asertividad debe fomentarse tanto en el paciente como en el médico. Por ello es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones para el Médico:

- No utilizar jamás un tono de crítica.
- Hay que tener en cuenta que tan solo se da una opinión o sugerencia pero la decisión final la toma el paciente.
- Al hacer sugerencia positivas usar frases como:

- Si te parece, creo que lo más conveniente es....
- Creo que tal vez podrías....
- Escuchar activamente y mostrar capacidad de empatía.
- Mirar a la persona, emplear un tono de voz medio-bajo y una expresión facial agradable.
- Asentir con la cabeza y o emitir afirmaciones verbales cuando el otro habla y centrar la atención en él.
- Hacer preguntas si no se está seguro de comprenderlo todo y no hablar demasiado rápido.
- No extraer conclusiones precipitadas y dar espacio a la otra persona para expresarse.

Recomendaciones para el paciente:

- Expresar constructivamente las quejas.
- Expresar y explicar las quejas de una forma no crítica. Es muy importante que la persona no perciba la queja como un ataque sino como una forma de mejora la relación terapéutica.
- Expresar la queja una única vez, de modo muy concreto y referidas a acontecimientos muy recientes
- Petición de cambio y soluciones alternativas, pidiendo sugerencias al otro e intentand legar a un acuerdo.
- . Mira a la persona, emplear un tono de voz medio-bajo y una expresión facial agradable.
- . Elegir el momento adecuado y aceptar responsabilidades.

Anexo 27

Dinámica Grupal: “ Mi compromiso de hoy garantizará el bienestar de un mañana ”

Objetivos:

- Fomentar el compromiso de los pacientes con diabetes mellitus tipo2 para la persistencia de una adecuada adherencia terapéutica.
- Evaluar el significado de la experiencia en los pacientes que participaron en las diferentes acciones.

Técnicas empleadas:

- Técnica de inicio: Técnica de presentación “ Pasado, presente y futuro ”
- Técnica central: “Completa la frase...” y “ El regalo de la alegría ”
- Técnica de cierre: “ Las estrellas ”

Procedimientos

- Se comienza a dinámica con la técnica de presentación **Pasado, presente y futuro**
Esta técnica puede aplicarse a grupos que ya se conocen para profundizar en sus relaciones. Cada participante busca tres objetos: uno que represente su pasado, otro con su presente y el tercero su futuro. Se conceden diez minutos para buscar los objetos. Luego, se hacen pequeños grupos de cinco o seis personas. Cada uno presenta los objetos seleccionados y explica que significan para sí. Ej.: “Yo traigo esta piedra porque dicen que soy algo pesado”. De este modo cada grupo elige la experiencia más llamativa y la presenta en un plenario
- Luego se recoge la opinión de los participantes sobre los resultados del trabajo realizado a través de la técnica **Completa la frase**
 - a) En una pizarra se escriben frases incompletas que deben ser concluidas por los participantes. Estas pueden ser:
Aprendí-----
Ya sabía-----
Me gustó-----

No me gustó-----

Me gustaría saber más sobre-----

Todavía tengo dudas en-----

Me comprometo a -----

b) En la medida en que vayan terminando se recogen las hojas y se lee, en voz alta, las respuestas dadas.

- Posteriormente se desarrolla la técnica grupal **El regalo de la alegría**, cuyo propósito es incidir favorablemente en la comunicación y cohesión del grupo. Además es una técnica apropiada para realizar una despedida entre los pacientes al culminar la experiencia en el centro.

Para su desarrollo se les indica a todos que tendrán la posibilidad de hacer llevar un regalo que alegre a diferentes personas del grupo. Importa más que la economía la intención. Es decir son regalos fantásticos que satisfacen necesidades esenciales de las personas que lo van a recibir; no son materiales sino ideales.

Cada uno recibirá un conjunto de boletas donde escribirá en que consiste su regalo y por fuera pondrá el destinatario, si lo estima conveniente se identificará poniendo su nombre al final del texto que señale el regalo. Se pueden enviar regalos a cuantos se deseen en el grupo; se irán colocando encima de una mesa preparada para esto.

Cuando todos hayan terminado de preparar y enviar sus regalos podrá empezarse a recogerlos individualmente. Entonces cada cual se sienta a revisar sus mensajes constituyendo este un emocionante momento. Si alguien lo desea puede hacer públicos sus obsequios. De este modo se harán algunos comentarios acerca de los sentimientos vivenciados y de la importancia de esta comunicación para cada uno y para la vida del grupo.

- Por último se efectúa una técnica de cierre muy breve “**Las estrellas**” a través de la cual es posible evaluar el resultado de la actividad. Para ello se reparten tirillas de papel donde cada participante evaluará la actividad asignándole estrellas, para conformar una categoría como la de los hoteles. Ejemplo: 3 estrellas, 5 estrellas, etc.