



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

PROPUESTA EDUCATIVA INNOVADORA PARA EL AUTOCONTROL DEL
DIABÉTICO DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO.
AÑO, 2001

POR:

Licda. MARÍA ELENA CORRALES G.

Trabajo de Graduación para optar por el
título de Maestría en Salud Pública con
especialización en Promoción y
Educación para la Salud.

PANAMÁ, NOVIEMBRE DE 2001

T

7 FEB 2003

ok. del auto

71 40

“ La educación sobre la diabetes se ha vuelto no solo un elemento del tratamiento, sino el propio tratamiento ”

**Elliot P Joslin
Diabetólogo y Educador**

“ La educación es un proceso constante para la liberación de los seres humanos ”

**Paulo Freire
Educador**

DEDICATORIA

A mis hijas Kathia y Marielena razón de mis luchas y desvelos, quienes han sido la fuente de estímulo y motivación para concluir este trabajo

A mis padres Augusto y Simona, quienes hoy conviven con la Diabetes y han sido mi mejor modelo de tenacidad, superación y constancia

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, de quien proviene toda sabiduría

A Los Profesores Asesores Víctor León, Manuel Escala y, especialmente a la Profesora Ermila I Muñoz, por su constante apoyo y dirección

Dejo constancia de mi infinito agradecimiento a las personas que conviven con la diabetes, por su valiosa cooperación en este estudio

TABLA DE CONTENIDO

		Págs
	Dedicatoria	iii
	Agradecimiento	iv
	Tabla de Contenido	v
	Índice de Anexos	vi
	Resumen	vii
	Summary	viii
	Introducción	ix
	Capítulo I	
A.	Planteamiento del Problema	1
B.	Justificación	3
C	Objetivos	
	1. Generales	10
	2 Específicos	11
D	Propósitos	12
	Capítulo II	
	Marco Teórico	13
	Capítulo III	
	Marco Metodológico	51
A	Descripción del área de estudio	51
B	Tipo de estudio	52
C.	Universo	52
D.	Muestra	53
E	Métodos e instrumentos de recolección de datos	56
F.	Plan de Análisis y Presentación de Resultados	61
G	Hipótesis	61
H	Definición Conceptual de Variables	62
	Capítulo IV	
	Análisis e Interpretación de resultados	67
	Capítulo V	
	Propuesta Innovadora de Educación para el Autocontrol del Diabético	122
VI.	Conclusiones	143
VII	Recomendaciones	148
VIII	Bibliografía	150
IX	Anexos	153

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
I Cuadro no.1. Número de Muertes y Tasa por Diabetes Mellitus en la República de Panamá por Provincia Años: 1995 – 1999	1
II Cuadro No.2. Defunciones de las Diez Principales Causas de Muerte en la República, por Sexo, según Causa Año 1999	2
III Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas del Paciente Diabético de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano	3
IV Guía de entrevista a profundidad sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas del Paciente Diabético de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A Solano	7
V Guía de entrevista a profundidad sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas del Paciente Diabético de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A Solano Instructivo	9
VI Cuestionario de Validación para Módulos de Auto-instrucción en Diabetes Mellitus	10
VII Criterios de Validación	12
VIII Gráfica No. 1 Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus en la República de Panamá Años 1995-1999	13
IX Gráfica No 2 Defunciones Por Diabetes Mellitus, Según Sexo en la República de Panamá Año 1999	14

RESUMEN

Este estudio es descriptivo-transversal, con un diseño cuali-cuantitativo. En la recolección de información se utilizó una encuesta estructurada y guías de entrevistas a profundidad. Se aplicó el Modelo PRECEDE para la formulación de una propuesta de capacitación a pacientes diabéticos. Este método de planificación estratégica de educación para la salud exige el diagnóstico de todos los factores importantes (predisponentes, facilitadores y reforzadores del comportamiento), antes de diseñar la intervención educativa. Para ello, se realizaron los diagnósticos Social, en el que se hicieron consideraciones sobre la calidad de vida de los pacientes; el Diagnóstico Epidemiológico, mediante la utilización de datos proporcionados por los registros estadísticos y la encuesta estructurada, el Diagnóstico Conductual para identificar las conductas relacionadas con la salud y el autocontrol de la Diabetes Mellitus, así como los factores no conductuales del problema, el Diagnóstico Educativo para identificar y categorizar los factores que tienen impacto directo en las conductas y un Diagnóstico Administrativo para conocer las limitaciones de la organización. Esto facilitó el diseño de una propuesta de capacitación para el autocontrol de los pacientes diabéticos. La misma se desarrolla en cuatro sesiones, mediante un diseño modular por cada contenido educativo. El estudio refleja que la mayoría de estos pacientes depende económicamente de su familia, tiene un nivel de escolaridad aceptable. Un gran porcentaje es casado o unido. Identifican correctamente la enfermedad y sus complicaciones. Creen que su enfermedad es controlable y que son capaces de su autocontrol, saben que el ejercicio y la actividad física son importantes, pero un alto porcentaje es sedentario. Manifiestan que siguen su dieta, sin embargo, un número importante no come a horas fijas y cree que su alimentación es diferente a la del resto de la familia. Estos elementos fueron considerados en la formulación de la propuesta educativa.

SUMMARY

This study is descriptive-cross sectional, with a qualitative-quantitative design. In the information gathering process a structured survey and guided depth interviews were utilized. The PRECEDE model was applied to formulate an educational proposal for diabetic patients. This strategic planning for health education demands the diagnosis of all main factors (predisposing, enabling, and reinforcing factors of behavior), before designing the educational intervention. For this, the following diagnosis were performed: Social, were considerations about the patient's life quality were made, Epidemiological Diagnosis, through the use of data obtained from statistical registries and the structured survey; Behavioral Diagnosis to identify behavior related to health and control self of mellitus diabetes, and also the non behavioral factors of the problem; Educational Diagnosis to identify and categorize factors that have direct impact on the behaviors and an Administrative Diagnosis, to become acquainted the organizational limitations. This enabled the design of a training proposal for the control self of diabetic patients. The same was carried out in four sessions, in a modular design for each educational content. The study reflects that the majority of these patients, depends economically on their families. Have an acceptable educational level. A large percentage are married or joined. They correctly identify the illness and its complications. They believe that their illness is controllable and they are capable of control self, they know that exercise and physical activity are important, but a high percentage of them are sedentary. They manifest following their diet; however, a significant number of them do not eat at regular or fixed hours and believe that their food is different from that of the rest of the family. These elements were considered in the formulation of the educational proposal.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se plantea como problema de estudio determinar los conocimientos, creencias, percepción, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos para la formulación de un programa educativo innovador que estimule la participación activa del diabético, de la consulta externa del Hospital Nicolás A Solano en el manejo de su enfermedad, logrando con ello una mejor calidad de vida

El interés por desarrollar este estudio se basó, principalmente, en que se ha observado que cuando estos pacientes son captados por primera vez presentan niveles de glicemia sumamente altos, por arriba de lo normal y en otros casos, son captados cuando ya presentan síntomas de descompensación. En la mayoría de los casos, sólo reciben orientación, lo que no garantiza su ajuste emocional y su adaptación a la enfermedad, por lo que no se sienten comprometidos con su propia salud, es decir, que pongan en práctica las medidas para un buen autocontrol y autorregulación en forma permanente

Este estudio es de tipo descriptivo-transversal y tiene un diseño cualitativo, puesto que para la recolección de la información se utilizó una encuesta estructurada y una guía de entrevista a profundidad. Para la realización del mismo, se hizo la selección de un grupo de pacientes insulino-

independientes captados en la Clínica del Diabético en el año 1999, a quienes se les aplicó la metodología del Modelo PRECEDE. El mismo requiere iniciar el proceso de planificación desde los resultados, para lo cual se diagnosticaron todos los factores importantes, antes de diseñar la intervención educativa.

En primer lugar, se aplicó el instrumento de encuesta que permitió la recolección de información sobre datos generales del paciente, socio-demográficos, conocimientos, percepciones, creencias, actitudes, valores y prácticas de salud. Se elaboró un diagnóstico social, basado en éste se hicieron consideraciones sobre la calidad de vida de los pacientes. Esto facilitó la comprensión de las preocupaciones subjetivas del grupo en estudio.

Seguidamente, se realizó el diagnóstico epidemiológico, mediante la utilización de los datos proporcionados por los registros estadísticos y la encuesta estructurada.

Luego, se realizó el diagnóstico conductual, en el que se identificaron las conductas relacionadas con la salud, que tienen que ver con el autocontrol de la Diabetes Mellitus, así como los factores no conductuales del problema, tales como factores económicos, genéticos o ambientales.

Una vez identificadas estas conductas, se procedió a realizar el diagnóstico educativo, que consistió en identificar y categorizar los factores que tienen impacto directo en las conductas.

Además, se realizó un diagnóstico administrativo, que incluyó el presupuesto y los factores que determinan el éxito del programa, mediante una evaluación de las limitaciones de la organización.

Esta propuesta de capacitación se desarrolla en cuatro sesiones, para lo cual se emplea un diseño modular por cada contenido educativo. Al finalizar el programa, se aplica una prueba de control final para evaluar los conocimientos, creencias, percepciones, valores y actitudes del grupo sujeto de la capacitación. Una vez culminado los cuatro módulos, se hace una evaluación de procesos y resultados.

Esta investigación tiene como propósito principal contribuir al mejoramiento de la atención preventiva del paciente diabético, asegurándole una mejor calidad de vida, mediante el empleo de nuevas modalidades educativas, que estimulen su participación activa en el autocuidado de su enfermedad.

En el primer capítulo, se plantea el problema de estudio, su justificación, objetivos y propósitos. El segundo capítulo presenta el Marco Teórico que fundamenta el estudio, para lo cual se tomó como referencia el Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales, formulado por la O. P. S., 1993 en el que se prioriza la investigación como una medida para maximizar la eficiencia de las acciones. Al mismo tiempo, se señala la necesidad de incorporar nuevas tecnologías y metodologías educativas en los programas de control de enfermedades crónicas, especialmente de Diabetes Mellitus.

Otra de las fuentes bibliográficas revisadas fue el Manual de Normas Integradas de Atención al Adulto, en el cual se plantea como uno de sus objetivos más importantes Disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas y sus secuelas, por medio de la educación, promoción, protección y rehabilitación.

En resumen, se puede afirmar que en la Diabetología Moderna, la educación y la investigación son pilares fundamentales en el tratamiento y profilaxis de la Diabetes Mellitus

En el tercer capítulo, se presenta la metodología del estudio, en el cuarto, el Análisis y Discusión de los Resultados y el quinto, contiene el diseño de la propuesta metodológica para la capacitación de las personas con Diabetes y sus familiares. Finalmente, se presentan las Conclusiones y Recomendaciones del estudio

Se espera que este trabajo contribuya a mejorar los métodos educativos que se emplean en la educación del paciente diabético

Además, que sirva como base para el desarrollo de otras investigaciones relacionadas con el tema estudiado.

Al indagar sobre los resultados de evaluaciones del programa educativo se informó que la misma como tal no se realiza. La Educación para la Salud, al igual que los otros aspectos de la atención de la salud, debe ser eficaz, de forma tal que posibilite la obtención de resultados con el menor costo posible. Su calidad dependerá de la capacidad de precisar y sistematizar su planificación y evaluación.

Dado que el autocontrol y la autorregulación son una de las principales metas en la atención del paciente diabético, éstos deben ser permanentes y continuos para que el mismo pueda mantener sus niveles de glicemia normal

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad universal y ampliamente distribuida en el mundo, que compromete, en la actualidad, a un número no menor de 150 millones de personas. Un porcentaje significativo, no precisado, padece la enfermedad, sin que haya sido diagnosticada. Este hecho, por su magnitud, transforma esta enfermedad en un grave problema de salud pública, con proporción epidémica, tal como ha sido reconocido por la O. P. S / O. M. S. Se estima que para el año 2010 habrá 210 millones de personas con Diabetes en el mundo, para el año 2025, serán 300 millones. (OMS (1991))

Esta enfermedad tiene un impacto negativo en las economías comunitaria y estatal, por su cronicidad y las complicaciones invalidantes en el individuo, generalmente, en plena etapa de su vida productiva y al requerir vigilancia, evaluaciones médicas periódicas, pensiones y subsidios. Además de las reiteradas hospitalizaciones para manejar, sobre todo, las consecuencias de los compromisos macro y micro-vasculares, renales, ceguera y oclusiones arteriales periféricas, entre otras, que acortan la sobrevivencia y duplican la probabilidad de fallecer del paciente diabético.

Los cambios en la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 son evidentes. A inicios de la década de los sesenta se encontró un 3 % y en la presente década se observa un incremento del 8 - 10 % de la población general adulta, de

acuerdo con el Documento memoria del Curso Manejo y Educación del Paciente Diabético, del Ministerio de Salud en el año 1997.

La diabetes es una enfermedad grave. En los Estados Unidos y en Puerto Rico constituye la tercera causa de muerte. También ocupa el primer lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas, insuficiencia renal e impotencia.

La frecuencia de ataques cardíacos y de accidentes cerebro-vasculares es el triple en diabéticos que en la población no diabética.

El costo de la atención de la diabetes es alto por la frecuencia con que surgen las complicaciones.

"El costo anual en los Estados Unidos, para 1987 fue de US \$ 20.400 millones y para 1992 aumentó a \$ 91 800 millones. De ese total, \$ 45.200 millones se destinaron a costos médicos directos y \$ 46.600 millones constituyeron el costo por la pérdida de productividad y por muertes prematuras." (Pérez-Comas, 1995. En: OPS, (1996 a)).

Con este estudio, se pretende determinar los conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas del paciente diabético, relacionadas con su autocontrol.

Dado que el autocontrol es una de las metas de la atención del paciente diabético, se hace necesario formular una propuesta educativa innovadora para la capacitación de las y los pacientes diabéticos, de tal forma que sean capaces de mantener sus niveles de glicemia normales, evitando con ello complicaciones y secuelas posteriores que pueden agravar su estado de salud.

II JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Ministerio de Salud, dentro del contexto del Proceso de Reforma y Modernización, se aboca a la introducción de un nuevo Modelo de Atención, en el cual se prioriza la promoción y prevención en salud; por lo que se requiere la implementación de programas de atención integral que incorporen métodos y técnicas innovadoras de educación para la salud de la población.

Es de todos conocido que las acciones de promoción y educación que se realizan en los diferentes servicios de salud son incidentales, no programadas y que las mismas se desarrollan mediante el empleo de metodologías tradicionales.

También es evidente que estas acciones no surgen de un diagnóstico socio-educativo y que los mismos no son evaluados en cuanto a procesos, ni en cuanto a su impacto o efectividad en la salud de la población

Una de las razones para realizar este estudio es que se observa que la mayoría de los diabéticos que acuden por primera vez a la consulta externa presentan niveles sumamente altos de glicemia, por arriba de lo normal; entre otros casos, cuando el paciente acude es porque ya está descompensado y, en general, sólo recibe orientación, pero no se le brinda una capacitación formal, mediante un programa integral que incorpore métodos y técnicas educativas activas y participativas, que contribuyan a la adopción de comportamientos

saludables, que le garanticen una adaptación social de la enfermedad y un buen autocontrol de su salud.

La Educación para la Salud, al igual que otros aspectos de la atención de salud, debe ser eficaz, de forma tal que posibilite la obtención de resultados con el menor costo posible. Su calidad dependerá de la capacidad de precisar y sistematizar su planificación y evaluación.

Por un lado, los administradores son reticentes a asignar recursos para el desarrollo de las actividades educativas, porque sus resultados no son concretamente definidos ni medidos.

Por otro lado, por desconocer metodologías de evaluación, los trabajadores de salud que realizan actividades de educación para la salud tienen dificultades para demostrar la contribución de estas actividades a los programas, lo que hace difícil persuadir a los que asignan los recursos de la necesidad y la efectividad del apoyo financiero al componente educativo.

Es necesario señalar, además, que este estudio es de suma importancia por las siguientes razones:

El fenómeno epidemiológico es mundial.

“Se calcula que en la región de las Américas hay hoy en día alrededor de 30 millones de personas que padecen la enfermedad, de las cuales 45 % ó 13 millones son habitantes de América Latina y el Caribe. Para el año 2,000 se espera que supere los 15 millones de diabéticos y para el 2,010 serán 20 millones, cifras alarmantes dado que la mayor parte de los países de la Región no cuentan con servicios de salud adecuados para enfrentar este problema.” (Alleyne, 1996. En OPS, 1996 b)).

En Panamá, la cuantía de la problemática local y las repercusiones de la enfermedad se desconocen, lo que obliga al mejoramiento de los métodos epidemiológicos del país, incluyendo el desarrollo de investigaciones y la vigilancia epidemiológica.

Para el año 1995, la Diabetes Mellitus en Panamá ocupó el séptimo lugar entre las diez primeras causas de muerte, con una tasa de letalidad por diabetes de 7.7 muertes por cien mil habitantes y una tasa de mortalidad de 15.3, por cien mil habitantes. (Cuadro 1, pág. 1)

En el año 1996, se registró un total de 4,468 diabéticos, con un estimado de 440 muertes anuales, una tasa de letalidad por diabetes de 9.8 muertes por cien mil habitantes y una tasa de mortalidad de 16.5, por cien mil habitantes. (Cuadro 1, pág. 1)

Para 1997, hay un total de 5,709 diabéticos registrados en el país, con un estimado de 485 muertes anuales por Diabetes y una letalidad de 8.4 muertes por cien mil habitantes y una tasa de mortalidad de 17.8, por cien mil habitantes. (Cuadro 1, pág. 1)

Para 1998, hay 5,695 diabéticos registrados, con un estimado de 510 muertes; lo que representa una tasa de letalidad de 8.9 muertes por cien mil habitantes y una tasa de mortalidad de 18.5, por cien mil habitantes. (Cuadro 1, pág. 1).

Para 1999, la diabetes ocupa el sexto lugar entre las diez primeras causas de muerte. Hay un total de 3,493 diabéticos, con un estimado de 535 muertes para

una tasa de letalidad de 15.3 muertes por cien mil habitantes y una tasa de mortalidad de 19.1, por cien mil habitantes. (Cuadro 1, pág. 1).

Además del costo individual, familiar y social de la diabetes, esta enfermedad absorbe un monto desproporcionado de los presupuestos sanitarios. Asimismo, repercute seriamente sobre el acceso, la relación entre costo y eficacia y la calidad de los servicios de salud, lo cual destaca la imperiosa necesidad de abordar el problema, considerando al paciente y su familia como recursos de salud primordiales para el mejoramiento de la situación de salud de estos pacientes.

Se estima que los daños que pudiera ocasionar la diabetes durante los próximos 15 años podrían reducirse con medidas de prevención primaria y de promoción de la salud. De acuerdo con el Doctor George Ayllene, el ejercicio físico y los cambios dietéticos pueden reducir la incidencia de diabetes en un 50%.

“En un estudio finlandés de Prevención de Diabetes, 522 personas con TAG, sobrepeso (IMC 31), una edad promedio de 55 años; 172 hombres y 350 mujeres se demostró que el grupo de intervención, que recibió evaluación médica y consejo nutricional frecuente e individualizado dirigido a la reducción de peso, ingesta total de grasas, aumento del consumo de fibras y actividad física, después de cuatro años observó una reducción del riesgo en un 58%.” (Tuomilehto et al, (2001)).

Según el Departamento de Análisis y Tendencias de Salud del Ministerio de Salud, la Región de Panamá Oeste registra la mayor población de diabéticos del país, con una prevalencia de 9.5 diabéticos por 1,000 habitantes. Para el año 1998, el total de pacientes diabéticos atendidos en la consulta externa del Hospital Nicolás A. Solano fue de 647, con un total de 112 egresos hospitalarios,

que corresponden a un 17.3 % de estos pacientes. En 1999, se atendió un total de 695 pacientes diabéticos, que corresponden al 37% de los pacientes atendidos en la provincia de Panamá. (Cuadro 2, pág.).

La prevención, la educación diabetológica y la investigación son prioridades encaminadas, tanto para el diagnóstico precoz de la enfermedad, así como para el conocimiento de factores ambientales y culturales que la determinan. Sobre todo, para evitar el desarrollo de la enfermedad, así como retardar su progresión y evitar, al máximo posible, las complicaciones agudas, crónicas, la discapacidad y la muerte temprana.

Se justifica, a su vez, la necesidad de realizar esta investigación en los principios básicos y esenciales promulgados en el documento: Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2,000 que en lo referente a investigación señala.

"Las investigaciones sobre servicios de salud pueden ser necesarias para el planeamiento de servicios sanitarios que aseguren la ejecución eficiente y eficaz de los programas de salud y para la elaboración y aplicación de una tecnología apropiada." (OPS, (1997)).

En la sede de la Oficina Panamericana se realizaron Discusiones Técnicas sobre Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el período 1999 – 2,002, en las cuales se sugirió a los países de la región concentrar esfuerzos para el próximo cuatrienio con miras a desplegar un mayor y más intensivo trabajo en materia de educación sanitaria a la población.

Cabe agregar que las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población adulta de nuestro país. En la Región de

Panamá Oeste, la Diabetes Mellitus ocupa el segundo lugar por consulta de enfermedades crónicas en la población adulta

A su vez, en la Norma de Atención de Salud dirigida al adulto se consigna como meta:

“Disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas y sus secuelas, a través de educación, promoción, protección, atención y rehabilitación.” (MINSA, (1992)).

También es importante señalar que en el Documento Memoria del Curso Manejo y Educación del Paciente Diabético que con respecto a la investigación plantea.

“ Las autoridades sanitarias y docentes deberán fomentar los estudios y las investigaciones sobre Diabetes Mellitus en las diferentes disciplinas, auspiciando centros de estudios y de investigación de alto nivel científico ” (MINSA, (1996)).

En este estudio se parte de la realidad de las diferentes regiones de salud del país que no cuentan con un programa formal de capacitación debidamente planificado. Se estima que un estudio de esta naturaleza debe proveer los fundamentos necesarios para la formulación de una propuesta metodológica de educación que incorpore métodos y técnicas, que garanticen la participación activa del paciente diabético y estimulen el desarrollo de su auto-responsabilidad en la atención de su enfermedad

El mismo será de gran utilidad para otras regiones del país, en la medida en que se adapte la metodología de planificación a las características del grupo participante

Por las razones antes mencionadas, se considera que este estudio es de utilidad; puesto que aportará una metodología innovadora para la capacitación de estos pacientes, que facilite la incorporación de nuevos métodos y técnicas para garantizar una real participación de estos pacientes en el autocontrol de su enfermedad, con la consiguiente reducción de los efectos de ésta y al mismo tiempo, que facilite la evaluación de los resultados de las acciones educativas.

III. OBJETIVOS GENERALES.

- 1 Determinar algunos conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de las personas con diabetes.**
- 2. Diseñar una propuesta educativa innovadora para la capacitación de las personas con diabetes y sus familiares.**

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- (1.) Determinar las características epidemiológicas y los aspectos relativos a la salud de los pacientes diabéticos del Hospital Nicolás A Solano
- (2.) Evaluar algunos conocimientos, creencias, actitudes y prácticas del paciente diabético del Hospital Nicolás A Solano, relacionadas con su autocontrol
- (3.) Seleccionar algunos comportamientos y prácticas que puedan modificarse o reforzarse mediante la intervención educativa.
- (4) Aplicar la metodología PRECEDE en la formulación de la propuesta educativa innovadora
- (5) Analizar los resultados considerando el enfoque de género

V PROPÓSITOS:

- (1.) Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con diabetes, mediante el desarrollo de una nueva modalidad educativa, que estimule su decisión informada de participar activamente en el autocontrol y autorregulación de su enfermedad.
- (2.) Proporcionar a los equipos de salud que laboran en la Clínica del diabético una herramienta metodológica para el abordaje de los contenidos educativos que se desarrollan en la capacitación de las personas con diabetes.
- (3.) Presentar esta propuesta educativa a las autoridades de salud para sus consideraciones y fines pertinentes.
- (4.) Suministrar las herramientas a otros investigadores para que profundicen el tema.

VI MARCO TEÓRICO

A. Epidemiología de la Diabetes:

1 Generalidades:

Según la Organización Mundial de la Salud, la Diabetes ha segado más vidas que todas las guerras juntas en los últimos años.

Actualmente, en la medicina moderna la carencia de métodos eficientes de prevención primaria, la incapacidad prolongada, la hospitalización larga y costosa y la disminución acentuada de la productividad social de los pacientes son características de la diabetes, que repercuten adversamente en los recursos de la comunidad, pero la existencia de métodos de prevención secundaria y su oportuna y debida aplicación contribuye a la disminución de la grave problemática económica, humana y social que plantea esta enfermedad.

La prevalencia varía entre los países y las poblaciones En algunas colectividades, más de un tercio de los individuos que han pasado a la edad madura sufren la enfermedad.

“un daño se constituye en un problema de salud pública, cuando en él están presentes las siguientes características

- 1 Cuando su morbilidad y mortalidad son relevantes
- 2 Cuando sus repercusiones económicas son severas y,
3. Cuando existen medidas de prevención y control aplicables y factibles.” (Quintero, (1997)).

Todas estas características están presentes en la Diabetes Mellitus

En Panamá, se conoce muy poco la situación epidemiológica de la diabetes, solo se tienen datos sobre la mortalidad y los egresos hospitalarios.

La morbilidad se desconoce debido a que no es una enfermedad de denuncia obligatoria en el sistema de salud y, además, porque pasa inadvertida por un largo período de tiempo.

Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de incidencia es más alta entre los negros, personas de ascendencia hispana y asiáticos en Estados Unidos, en comparación con los caucásicos

En cuanto al sexo, predominan las defunciones en mujeres sobre hombres en proporción de 2: 1, a partir de los 45 años esta proporción tiende a igualarse.

En Panamá, para 1999 la proporción es de 1: 0.8. (Cuadro 2, pág.).

Las tasas de hospitalización comparadas con la población general son 2 - 4 veces más altas en adultos diabéticos y 5 3 veces más altas en niños diabéticos.

También, señala la OPS/OMS que esta enfermedad disminuye la esperanza de vida en un tercio y la frecuencia de incapacidades por invalidez es el doble o triple comparada con la población general.

Según disposición de la Organización Panamericana de la Salud, se considera que el 5% de la población adulta padece diabetes.

Un 5 a 10% de las personas con diabetes padecen de la variante Tipo 1, es decir, que requieren administrarse insulina y un 90 a 95% de los enfermos padecen la variante Tipo 2, no insulino dependiente

Con relación a las normas para llegar a la confirmación del diagnóstico clínico y de laboratorio de la diabetes en adultos (no embarazo), el Hospital Santo Tomás tiene establecido los siguientes criterios de diagnóstico:

Diabetes Mellitus en adultos (excluye embarazadas).

Cualquiera de los siguientes se considera diagnóstico de diabetes:

- a) Presencia de los síntomas clínicos de la diabetes como. poliuria, polidipsia, cetonuria, pérdida súbita de peso, acompañada de elevación franca de la glicemia plasmática.
- b). Niveles elevados de glicemia en ayunas en más de una ocasión (140 mg/dl en plasma venoso. 120 mg/dl en sangre venosa total).

Si los niveles de glicemia en ayunas reúnen estos criterios, la prueba de tolerancia a la glucosa no es necesaria.

2. Antecedentes:

En el año 1981, la O. P. S. elaboró y adoptó un plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales, como marco referencial para que los países miembros hicieran los ajustes a sus planes nacionales del Sector Salud y del desarrollo en general, con la finalidad de lograr la meta Salud para Todos en el año 2,000. De allí, la imperiosa necesidad de que las naciones formulen sus estrategias nacionales congruentes con las estrategias regionales. Entre los componentes estratégicos se señala el desarrollo de la investigación y

la tecnología apropiada; entre los componentes programáticos, uno de ellos se refiere a los programas de prevención, control y rehabilitación de las enfermedades crónicas.

Con respecto a las actividades de control, la O. P. S. señala:

“La organización de actividades específicas de control deberá integrarse a los programas de prestación de servicios en todos los niveles de los sistemas de salud. Es preciso promover la investigación para lograr soluciones técnicas y administrativas que maximicen la eficiencia.”
(OPS (1993)).

En el mismo documento, se propone la necesidad de hacer investigaciones operativas sobre programas de control para desarrollar enfoques y tecnologías más eficientes, que permitan a los países buscar soluciones a los problemas relacionados con los programas de control

Uno de los aspectos a los que debe darse gran importancia, en una fase inicial, es efectuar investigaciones sobre sistemas o modelos educacionales utilizados en programas de control de pacientes con patologías crónicas, por su prevalencia: cáncer, hipertensión, diabetes, entre otras, con el propósito de introducir modificaciones

En el documento Metodología de la Investigación se señala al respecto:

“Introducción de modificaciones en los sistemas educacionales como resultado de investigaciones en la prestación de servicios.”
(Canales, (1986 a)).

En el mismo documento, más adelante, se apunta con relación al fortalecimiento de la investigación en áreas prioritarias.

“Desarrollo de la investigación operacional, incluyendo la organización de procesos de capacitación formales o informales.” (Canales, (1986 b)).

Se enfatiza y prioriza en las investigaciones de procesos metodológicos formales o planificados y en los informales o no programados, en vista de que en la mayoría de los pacientes latinoamericanos predomina el proceso metodológico de la educación informal en las instituciones para la atención de salud, esto se confirma por medio de cita de un artículo del Boletín de la O. P. S que en su referencia dice:

“En las instituciones para la atención de la salud suelen existir programas educativos que no satisfacen las expectativas de los educandos ni maestros y, muchas veces, tampoco bastan las necesidades de las instituciones. Si se trata de identificar las causas, mediante el análisis de numerosos cursos en diversas instituciones latinoamericanas, se encuentra que en lugar de una planificación educativa, los programas se inician con listado de materias y una nómina de maestros.” (Cordera y Bovenrieth (1986)).

Los programas de control, que incorporen sistemas educacionales formales o planificados, le dan un carácter integral a la atención de los pacientes.

La O. P. S., desde 1974, por medio de un grupo de expertos en diabetes, destacó la importancia creciente de la Diabetes Mellitus, como un problema de salud pública y la necesidad de organizar programas de atención integral del enfermo diabético.

Ahora bien, con relación a la integración de la educación formal en la atención del paciente diabético, los primeros lineamientos se encuentran en el documento que publicó Luis Cardoneth y otros, de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, Normas de Atención del Diabético, Buenos Aires,

1981, en donde se describe el componente de Educación Diabetológica, aunque no se expresa el concepto de educación formal o planificada, se integran los elementos básicos que caracterizan la educación programada.

En cuanto a normas generales, en el documento publicado por la Asociación Latinoamericana de Diabetes, se señalan los siguientes pasos a seguir:

- a) Información o instrucción sobre la enfermedad y sus posibilidades de control.
- b) Motivación o incentiación del cumplimiento del plan terapéutico.
- c) Explicación del tratamiento y de la técnica de autocontrol.
- ch) Evaluación de lo aprendido y confirmación de lo hecho hasta ese momento." (Cardoneth (1981)).

Entre los objetivos que propone la Asociación Latinoamericana de Diabetes se destacan los más importantes:

- (a). Motivarlo para tomar a su cargo la ejecución del plan terapéutico
- (b). Elaborar, con su auto-observación, el cuidado continuo de su estado metabólico.

Se plantea así, además de normas generales, objetivos, temáticas, contenidos metodologías activas, participativas, técnicas educativas, recursos y la evaluación de lo aprendido. El proceso educativo es continuo. Todos estos elementos son los que caracterizan un programa de educación participativo e innovador.

Un grupo de expertos de la O. P. S./O. M. S. en el Manual de Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus señaló como aspecto importante:

“Elaboración de proyectos educativos considerando características de los grupos a educar y aspectos problemáticos evidenciados en diagnóstico preliminar.” (O. P. S. (1984)).

Más adelante, en el mismo documento, en lo concerniente a capacitación se planteó la necesidad de una programación y realización de cursos breves sobre Diabetes Mellitus, destinados a pacientes y /o familiares que asisten a control, así como fomentar la ejecución de actividades en grupo que promuevan la participación activa de los propios pacientes en el autocontrol de su enfermedad.

En lo que respecta a la educación para la salud, las Normas de Atención al Adulto señalan, como una de sus metas:

“Disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas y sus secuelas, a través de la educación, promoción, protección, atención y rehabilitación.” (MINSA/ C. S. S., 1992).

Por otra parte, en el documento memoria del Curso Manejo y Educación del Paciente Diabético en lo concerniente a investigación se señala.

“Las autoridades sanitarias y docentes deberán fomentar estudios y las investigaciones de la Diabetes Mellitus en las diferentes disciplinas, auspiciando centros de estudios y de investigación de alto nivel científico.” (MINSA (1997)).

Por lo antes expuesto, se puede afirmar que en la diabetología moderna, la educación y la investigación son pilares importantes en el tratamiento y profilaxis de la Diabetes Mellitus. De allí que la actividad docente tenga como centro al paciente quien, además, ocupa un rol protagónico en el proceso educativo dinámico.

Es evidente que estas recomendaciones señaladas por O. P. S./O. M. S., dejan plasmada la necesidad de elaborar proyectos y programas educativos

dirigidos a los pacientes diabéticos, que garanticen la incorporación de métodos activos y de participación, de tal forma que se produzcan cambios e innovaciones en los métodos que tradicionalmente son empleados en la capacitación de estos pacientes

Parece, pues, existir un consenso en que la educación a la comunidad es un mecanismo indispensable para el éxito en los programas de atención en salud. Sin embargo, es evidente que este consenso no está fundamentado en una medición, por lo menos medianamente exacta, de la contribución que el componente educativo tiene en el éxito o fracaso del programa

El desconocimiento de metodologías de evaluación, por parte de los trabajadores de salud que realizan actividades de educación para la salud plantea dificultades para demostrar la contribución de estas actividades a los programas, lo que hace difícil persuadir a los que asignan los recursos de la necesidad y la efectividad del apoyo financiero al componente educativo.

Además, sin la evaluación se desconoce qué enfoques o métodos tienen efectos ni tampoco cómo se deben reorganizar los programas educativos para obtener mejores resultados.

Es conveniente, en este momento, hacer una definición operacional del concepto de educación formal, cuya caracterización se describe de la siguiente forma: existencia de un programa, se tienen objetivos educativos, temáticas y contenidos definidos, utiliza una metodología establecida con métodos, técnicas, actividades, se cuenta con recursos, las experiencias y actividades se seleccionan, los resultados se evalúan, el participante es sujeto y objeto del

proceso de aprendizaje – aprendizaje e intervienen educadores- facilitadores del mismo y se enmarca en un sistema educativo determinado. Por otro lado, la educación informal se caracteriza por no contar con un programa, carece de objetivos manifiestos y específicos, se viven experiencias positivas o negativas, las experiencias de aprendizaje no están organizadas, se dan como surgen en la vida y el aprendizaje es obtenido por el individuo en cualquier lugar.

B. Concepto de Educación Abierta:

Un buen número de métodos no convencionales ha surgido en los últimos años como producto de la investigación educativa, de la necesidad de mejorar la calidad de la enseñanza y de permitir ampliar el acceso a ella.

Con el título de “Open Learning” se han presentado multitud de estudios dedicados a presentar alternativas a los cursos tradicionales de enseñanza, o centrados en la eficacia de los medios de comunicación de masa para conseguir aprendizajes sistemáticos y continuados, por medio de metodologías diferentes a las presenciales.

Se denomina abierta toda educación que no esté sometida a los condicionamientos espacio-temporales de un aula y un profesor “in situ”. Se entrega por medio de un conjunto de medios didácticos que permiten prescindir de la asistencia a clases regulares y en la que la persona se responsabiliza de su propio aprendizaje. El valor cognoscitivo de las estrategias y materiales de

instrucción cuando éstos son bien diseñados es indiscutible. Aquí entran toda la variedad de los sistemas de enseñanza a distancia: mediante medios impresos, por ordenador, televisión, radio, correspondencia, principalmente.

Algunas de las estrategias metodológicas que emplea esta modalidad educativa son, entre otras.

1. **Círculos de Estudio:** Se refieren a grupos de estudiantes que analizan y discuten entre ellos el material de instrucción, material que debe tener actividades grupales. Estos círculos pueden ser disciplinarios o interdisciplinarios. La evaluación se lleva a cabo mediante informes sucintos de los grupos de trabajo.
2. **Tutorías Académicas Grupales:** Se orienta a grupos promedio de 50 estudiantes, quienes durante un intervalo de tiempo reciben asesoramiento científico y pedagógico en cuanto a métodos de estudio, motivación hacia el aprendizaje, en el uso de los recursos y materiales de apoyo e integración con el programa. También ayuda a resolver aquellos problemas de índole académica que no pueden ser resueltos por el participante.
3. **Grupos Didácticos:** Implica actividades instruccionales de pequeños grupos. Los objetivos educacionales deben incluir tareas comunes para ayudarse mutuamente a aprender.

En síntesis, hablar de educación abierta equivale a tomar una concepción dinámica, flexible y generalizadora del sistema educativo.

Como todo programa que implica cambios sociales basados en cambios de creencias, costumbres y actitudes, la medición del impacto debe hacerse a mediano y largo plazo y, muchas veces, por medio de indicadores no exclusivamente numéricos, sino más bien cualitativos.

Raras veces se logra demostrar los efectos de dichas intervenciones. La razón más frecuente es que no se establecen fuentes de comparación entre una situación inicial y los resultados obtenidos. Para realizar este análisis, se requiere recoger información básica que permita, tanto el planeamiento del programa educativo como la medición de sus resultados.

Es así como la investigación evaluativa tiene un valor incalculable para el desarrollo interno de un programa educativo; puesto que permite conocer los avances y tomar decisiones oportunas con respecto a cambios y modificaciones que requiera el programa.

La investigación evaluativa viene a ser un proceso de aplicación de procedimientos científicos para recabar y analizar información y evidencias confiables para medir y juzgar en qué forma ciertas actividades y recursos se usan para producir efectos o resultados específicos, en cuanto al cambio de creencias y actitudes sobre salud – enfermedad y cobertura alcanzada en la población beneficiaria.

Si se desea conocer qué está sucediendo con variables como conocimientos, capacidades, destrezas, actitudes, hábitos, prácticas y conductas de la población, así como en cuestiones relacionadas a condiciones sociales,

económicas y ambientales a un corto y mediano plazo se puede efectuar una evaluación de impacto, llamada también evaluación final o de producto

C. La Metodología Tradicional:

Ésta se refiere a aquella que centra en el docente todo el proceso de enseñanza-aprendizaje; lo que ha llevado al educando a una actividad pasiva, de dependencia total, al considerar que la única vía para aprender es por medio del docente.

El educador es el único capaz de transmitir los conocimientos con destrezas. Sus métodos no son a menudo democráticos, ni contribuyen al desarrollo de la razón y el espíritu de investigación; sus decisiones las toma de acuerdo a su estado emocional o a su rol social, en vez de permitir que el grupo participe en ellas.

De allí que en esta metodología, el eje del aprendizaje es el educador. Él es quien explica, habla, interroga, actúa y decide; quien establece lo que debe aprender el alumno, cuál es el horario y las normas de disciplina. En este esquema, el aprendizaje es unidireccional, caracterizado por una evaluación desde afuera: la del docente.

El alumno, por su parte, se limita a ser un observador de las actividades realizadas por el docente, que es un mero transmisor de informaciones, un

expositor de conceptos y teorías, formado para repetir lo que él a su vez aprendió con los mismos métodos.

El alumno se convierte en un simple receptor que debe aprender de memoria verdades dogmáticas y repetirlas para aprobar los exámenes. La metodología tradicional limita la participación del alumno en las actividades de aprendizaje e impulsa, a su vez, a lanzar un cúmulo de conocimientos sobre un grupo determinado que lo recibe dócil, pasivo y obediente.

En cuanto a la metodología educativa innovadora puede decirse que se trata de una metodología que emplea métodos activos, participativos, democratizadores, en donde la adquisición del conocimiento es un proceso de aprendizaje significativo, es decir, muy relacionado a la experiencia. El hombre es un ser activo, responsable de su propio aprendizaje que rechaza la actitud paternalista del educador. Es un individuo crítico, contestatario, analítico y reflexivo. Esta metodología se basa en métodos democráticos que permiten el desarrollo del pensamiento lógico, de la imaginación y de la investigación. El docente viene a ser un facilitador que está consciente de no ser el único poseedor del conocimiento y la verdad.

Este método es desescolarizado, flexible, activo donde facilitadores y participantes discuten en forma crítica y creadora problemas teóricos y prácticas derivadas de la experiencia y necesidades de ambos. Se fundamenta en principios como la horizontalidad, que conlleva compartir conocimientos, necesidad de logro y resultados en el proceso educativo, enriqueciéndose con nuevos conocimientos elaborados en grupo; auto-dirección y capacidad para

dirigir el proceso de aprendizaje. Consiste, a su vez, en la aplicación de métodos y técnicas de aprendizaje flexibles, motivadores y estimulantes del pensamiento reflexivo.

En el tratamiento integral de la diabetes debe verse a la persona como un fin y no como un medio para alcanzar un fin. Al mismo tiempo, se debe respetar sus derechos y responsabilidades fundamentales para tomar las decisiones informadas en su propia atención diaria.

La enseñanza del enfermo debe ser vista como parte integral de la terapia general de la diabetes y debe prestarse atención no sólo a la metodología, sino a las dificultades que enfrenta el paciente para adquirir los conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Con el estudio realizado por Leona Miller (1972), en el Hospital del Condado de los Ángeles, se demostró la forma en que la educación eficiente del diabético permitía controlar los episodios agudos del trastorno, en dicho hospital se observó una disminución de 80% en los ataques graves de hipoglucemia, y en el número de coma hiperglucémicos de origen diabético. A largo plazo, también se identificó una disminución aproximada de 80% en las consultas de urgencia extrema para problemas de los pies.

Los resultados del Estudio sobre Control y Complicaciones de la Diabetes (ECCD), en 1995 generó una revisión extraordinaria de la forma en que los profesionales de salud abordaban y realizaban la atención del diabético. La educación y la atención exigen un nuevo criterio, es decir, un enfoque que reconozca la participación singular y las responsabilidades del paciente en el tratamiento diario de su enfermedad.

D Aprendizaje y Autocuidado

1. El Autocuidado

Como concepto educativo, ha cobrado auge en los últimos años, a raíz de la prioridad asignada a la Atención Primaria. También por la revolucionaria declaración de la Carta de Ottawa, según la cual la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

En este sentido, los esfuerzos que se proponen van dirigidos a lograr que el paciente diabético adquiera habilidades y conocimientos que los hagan más saludables e independientes, utilizando el autocuidado como una vía eficaz para lograrlo. El mismo se define como:

“todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como informales.” (Coppard (1985)).

Desde esta perspectiva, son actividades de autocuidado, entre otras, el control personal de la temperatura, pulso o presión arterial, la práctica de ejercicios con regularidad, el examen periódico de mamas, la asistencia a controles de salud, la ingestión de medicamentos prescritos, el control de glucosuria y el cumplimiento de la dieta.

Se define también, el autocuidado como: "la práctica de actividades que una persona realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar." (Orem (1991)).

Afirma, por otra parte, que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo. De acuerdo con esta autora, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.

Orem y Coppard comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado; en tal sentido, los integrantes del equipo de salud en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de este proceso.

Las dos concepciones mencionadas sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud y la rehabilitación. Además, es importante destacar que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo-psicológico y otras, que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser. Los conceptos de educación a pacientes, educación para la

salud y conductas de salud están asociadas en forma estrecha al del autocuidado

La educación a pacientes:

"no es simplemente la repetición de información o la entrega de material impreso; se trata de un procedimiento que requiere por parte del personal de salud el dominio de habilidades para obtener información de la persona, especificar el tipo de instrucción, seleccionar la metodología pertinente, evaluar el logro de las metas y seguir la evolución de su conducta; es un proceso realizado con la persona, y para ella, con el propósito de ayudarla a aumentar su habilidad en la toma de decisiones sobre su cuidado, manejar apropiadamente su enfermedad y mejorar su comportamiento en relación con la salud." (Falvo (1985)).

La educación para la salud consiste en ayudar a las personas, en forma individual y colectiva, a tomar decisiones informadas sobre aspectos que afectan su salud y la de otros.

"Se considera conducta o comportamiento de salud a los atributos personales tales como las creencias, expectativas, valores, percepciones y características de la personalidad y a los modelos de comportamiento, acciones y hábitos relacionados con el mantenimiento, el restablecimiento y la promoción de la salud, que se pueden observar, medir o informar." (Glanz y Glanz (1990)).

La revisión de estos conceptos permite concluir que todos y cada uno de ellos poseen en común la cualidad de favorecer la adquisición de conductas de salud que promuevan el bienestar integral del individuo y las colectividades.

En este sentido, el proceso educativo se convierte en el elemento básico e indispensable para el desarrollo de las potencialidades de las personas en términos de salud.

Cualquiera que sea el modelo que seleccionen los miembros del equipo de salud para cumplir con su tarea, es preciso que: "consideren en primer término

los aspectos relacionados con el sistema de valores, la cultura y la motivación que tengan los individuos y las comunidades respecto de la salud" (Redman (1988)).

2. Planificación de la intervención educativa basada en el modelo PRECEDE:

En el desarrollo de los procesos educativos se han utilizado distintos modelos psicológicos para explicar conductas relacionadas con la salud y para desarrollar los programas de educación para la salud. Estos modelos incluyen: el modelo de creencias sobre salud, la teoría del aprendizaje social, la teoría de la acción razonada, conceptos de control y psicología del control, teorías de personalidad, modelos de toma de decisiones. La mayor parte de estos modelos están basados en la teoría cognoscitiva.

La teoría cognoscitiva también otorga mucha importancia a la confianza de la persona en cuanto a sus habilidades para realizar una determinada tarea que le otorgará la recompensa, llamada auto-eficacia, definida como el grado en que una persona se siente con confianza de realizar exitosamente las acciones necesarias para producir el resultado deseado, es decir, adoptar adecuadamente ciertos comportamientos. Esto pone en alerta a los profesionales de salud que realizan programas de educación en salud sobre la necesidad de preocuparse

en cómo se sienten las personas en cuanto a su capacidad para adoptar o modificar su conducta.

Al planificar una intervención educativa, especialmente para personas con un determinado padecimiento, como por ejemplo, las enfermedades crónicas, es muy recomendable la práctica guiada. Esta requiere la creación de experiencias en las que los componentes del comportamiento se puedan poner en práctica fácilmente y sin riesgos de fracaso o vergüenza. De ahí que, el modelo PRECEDE es uno de los métodos de planificación de la educación para la salud que considera como elemento básico del proceso de planificación las conductas o comportamientos que pueden ser sujetos a modificación.

Uno de los modelos más conocidos y utilizados en la educación para la salud es el de creencias relativas a la salud que se mantiene vigente y es aplicable a las personas adultas y de edad avanzada.

El modelo ha sido enriquecido a través de los años, por numerosas investigaciones y plantea que una persona inicia las acciones para evitar enfermedades, defenderse de ellas o controlarlas, cuando se percibe susceptible a éstas y si cree que pueden producirle consecuencias serias, o si cree que ciertas acciones específicas podrían ser beneficiosas al reducir su susceptibilidad o la severidad de la condición y si cree que tales acciones superan en beneficios a las barreras que percibe por tomarlas. Además de estas condiciones, se ha incorporado la auto-eficiencia, definida como la convicción de que se es capaz de realizar exitosamente las acciones necesarias para producir el resultado deseado.

El aprendizaje y el autocuidado son actividades estrechamente vinculadas. El aprendizaje es la vía por medio de la cual se posibilita la adquisición voluntaria de conductas favorables para la salud. La definición de aprendizaje ha sido objeto de extensos debates entre autores de reconocida trayectoria en el área docente, en razón de que cada uno lo analiza de acuerdo con su propia perspectiva.

En términos generales, aprendizaje es la adquisición de conocimientos, aptitudes y destrezas que producen cambios; lo que ocurre durante esa sucesión de cambios, se conoce como proceso de aprendizaje. Ello implica que se trata de un hecho dinámico y no de la recepción pasiva de información o conocimientos.

Como se verá más adelante, este último aspecto resulta de vital significado al referirse al proceso de aprendizaje de adultos.

Cuando se alude a la enseñanza como proceso educativo, en general, a menudo se olvidan o pasan por alto las diferencias entre los grupos y se tiende a pensar que el proceso de aprendizaje ocurre de la misma manera en niños, jóvenes, adultos y ancianos. En consecuencia, se aplica a todos ellos la misma metodología educativa. Este criterio debe ser modificado por los miembros del equipo de salud que aspiren a convertirse en facilitadores del aprendizaje de los adultos mayores o ancianos; para ello se hará referencia a los procesos fundamentales del proceso de aprendizaje en dicho grupo.

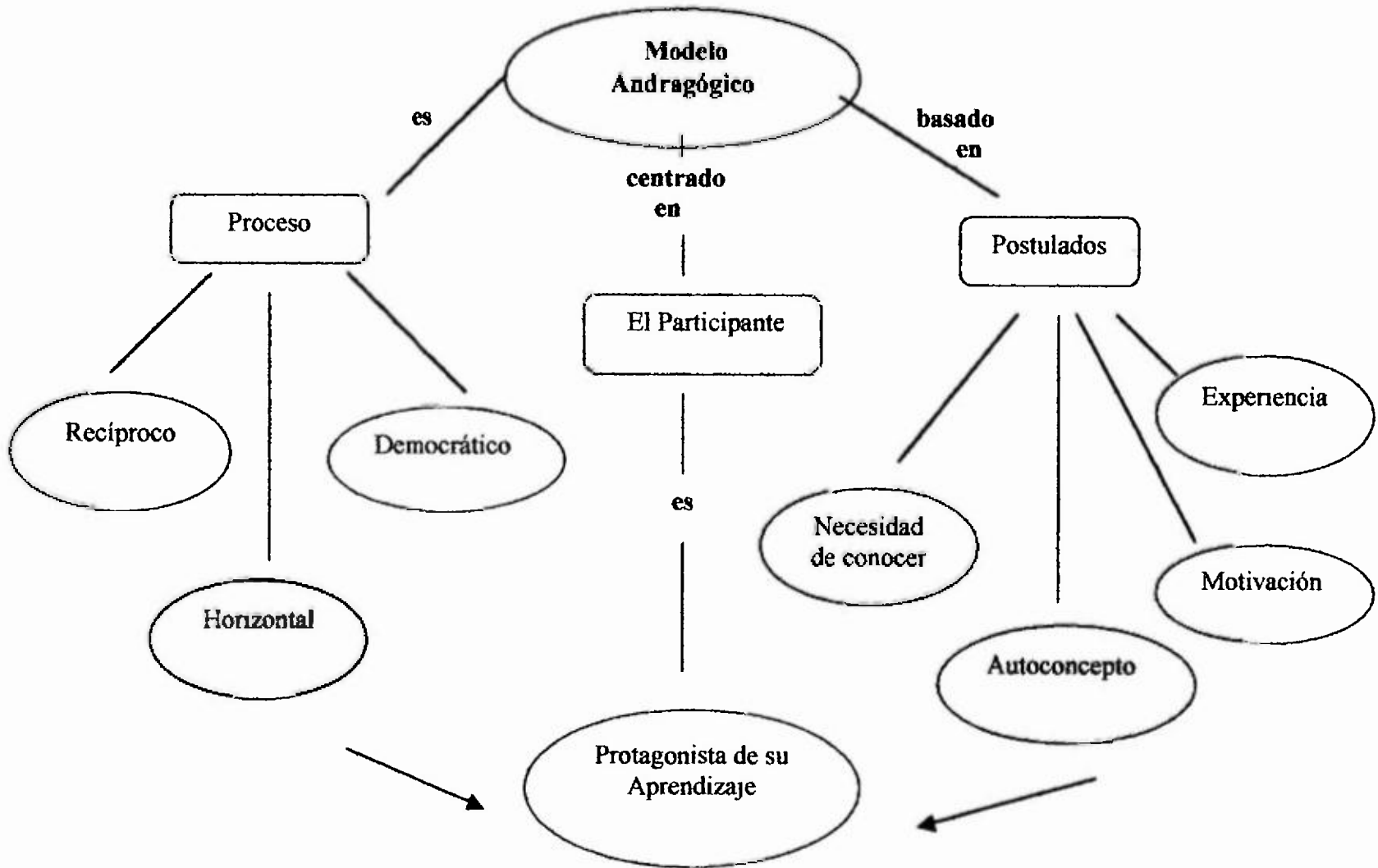


Fig. No.2. Mapa Conceptual

3. El Modelo Andragógico

El modelo andragógico desarrollado por Knowles para el aprendizaje de adultos señala una serie de aspectos fundamentales cuya consideración recomienda cuando se participe en el proceso de enseñanza-aprendizaje con una persona adulta. A diferencia del modelo pedagógico, en el que el aprendiz es un receptor pasivo de la información y es el profesor quien toma las decisiones sobre qué, cómo y cuándo aprender; el modelo andragógico plantea que la relación profesor-alumno debe ser de mutua reciprocidad, igualdad y democracia y que la experiencia de vida de la persona constituye el eje sobre el cual gira el proceso.

El profesor, de acuerdo con este modelo, es un recurso que facilita el aprendizaje.

Se basa en los siguientes postulados:

- (a). La necesidad de conocer: los adultos necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacerlo; en tal sentido, la primera tarea del facilitador es ayudar a que la persona tome conciencia de la necesidad de conocer y aprender.
- (b). El autoconcepto del que aprende: los adultos se perciben a sí mismos y desean ser percibidos como personas capaces de tomar sus propias decisiones y de responsabilizarse por ellas y por sus vidas; de ahí la importancia que adquiere su participación en el diseño de los planes de acción que los afecta y en la toma de decisiones sobre su salud.

Ningún adulto aprenderá bajo condiciones que no sean congruentes con su auto-concepto.

- (a). La experiencia del que aprende: A medida que se tiene más edad, aumenta la experiencia individual de vida, que se convierte en fuente de aprendizaje relevante, aun cuando en ocasiones puede funcionar como barrera. En tal caso, la persona que facilita el aprendizaje deberá utilizar estrategias especiales para minimizar la situación.
- (b). La disposición para aprender: los adultos se sienten dispuestos a aprender cosas que necesitan saber y hacer a fin de enfrentar efectivamente su situación real de vida; es decir, que se sienten dispuestos a aprender lo que les resulte de utilidad práctica.
- (c). La orientación para aprender: los adultos se sienten motivados a aprender lo que perciben que les ayudará a realizar tareas o a manejar mejor sus problemas, de manera que adquieren nuevos conocimientos, valores y destrezas en forma más efectiva cuando el material de aprendizaje se presenta dentro del contexto de aplicación a su vida real.
- (d). La motivación: constituye el elemento determinante del aprendizaje de los adultos.

En el modelo andragógico, la persona que facilita el aprendizaje toma en consideración todos los aspectos mencionados, con el propósito de diseñar e instrumentar con la persona que desea aprender, un plan de acción que incluya el establecimiento de un clima que favorezca al aprendizaje. La creación de un

mecanismo de planificación conjunta, el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje, la formulación de los objetivos, contenidos y estrategias apropiados para satisfacer esas necesidades, la evaluación de los logros y el diagnóstico de nuevas necesidades. Este modelo se basa en el principio de ofrecer al que aprende las fuentes y recursos que lo ayuden a adquirir información, conocimientos y habilidades por sí mismo el aprendiz se convierte, de esta manera, en el motor y protagonista de su propio aprendizaje.

Un último aspecto en relación con este modelo se refiere al clima en que el proceso de aprendizaje del adulto se hace más efectivo. El ámbito apropiado para favorecer el proceso, además de ofrecer comodidad y seguridad física, se debe caracterizar por la existencia de respeto, ayuda y confianza mutuas, libertad de expresión y aceptación de las diferencias entre las personas; el ambiente, en síntesis, debe ser lúdico, relajado y estimulante.

4. El Aprendizaje en el Adulto:

Las consideraciones, postulados y recomendaciones planteadas para el aprendizaje de adultos son extrapolables y aplicables en su totalidad al de los ancianos. Aun cuando, en la actualidad, no se discute la capacidad de aprendizaje de los adultos de edad avanzada, es necesario señalar algunas variables, producto de los cambios fisiológicos esperados, que influyen en su aprendizaje.

“El envejecimiento produce un impacto importante en los órganos de los sentidos, el sistema nervioso y algunas funciones cognitivas de la memoria, entre otros, que pueden interferir en el proceso de aprendizaje de los ancianos y que los miembros del equipo de salud deben conocer a fin de incorporar las estrategias de enseñanza que minimicen dichas interferencias.” (Wouldoum (1989)).

Un factor esencial para que se inicie y lleve a cabo el proceso de aprendizaje es la percepción de los estímulos por el sistema sensorial, que en las personas mayores sufre modificaciones importantes, especialmente en la visión y audición. Los cambios en la visión asociados con el envejecimiento, incluyen: disminución de la agudeza visual, deficiencias en la visión nocturna, deslumbramiento, dificultad para identificar algunos colores, especialmente verde de los azules y reducción de la visión periférica. Las modificaciones en el sentido de la audición incluyen los problemas para discriminar sonidos de alta intensidad y la disminución de la capacidad auditiva.

En cuanto a los cambios en el sistema neurológico, es importante mencionar que el tiempo de respuesta en los ancianos se alarga y que, en consecuencia, la persona necesitará más tiempo que una joven para procesar la información y producir las respuestas; por otra parte, se presentan dificultades para responder a estímulos múltiples y simultáneos. La memoria, componente fundamental del aprendizaje, suele verse afectada, sobre todo la de tipo reciente, lo que determina que deben utilizarse técnicas de enseñanza específicas que tiendan a compensar esta deficiencia.

Con respecto a la inteligencia:

“se ha comprobado que la de tipo cristalino (producto de las experiencias de la vida) aumenta con el paso de los años, pero en

cambio la de tipo fluida (que necesita integridad neurológica y bioquímica) disminuye con la edad." (Touson y Bower (1991)).

Ello reafirma que la utilización de experiencias pasadas es relevante para el aprendizaje en los adultos.

Además de estos fenómenos de carácter biológico, durante la evaluación inicial del adulto, los integrantes del equipo interdisciplinario de salud deben obtener información relativa a otras áreas, como las antes mencionadas: sobre el sistema de valores de salud, la motivación; las experiencias y el significado y disposición para el aprendizaje e identificación de sus necesidades en función del plan de acción diseñado. A medida que las personas envejecen, se hacen más resistentes a aceptar riesgos y, en consecuencia, es posible que se alejen de las situaciones nuevas, a menos que estén relativamente seguras de que no representan una amenaza para su integridad.

El conocimiento de los cambios frecuentes que acompañan el proceso de envejecimiento, les proporciona a los trabajadores de salud las herramientas necesarias para la formulación y utilización de estrategias de enseñanza específicas para los adultos y, en especial, para los ancianos, favoreciendo su aprendizaje y la adquisición de conductas permanentes de autocuidado. Durante la evaluación inicial de las circunstancias de cada adulto es importante incluir, además, la identificación de sus energías, recursos, sistemas de apoyo, con el propósito de incorporarlos a las estrategias que faciliten el logro de las metas de aprendizaje

Sobre la base de los cambios referidos de las situaciones comunes a las personas de edad avanzada y de los postulados del modelo andragógico se proponen algunas estrategias que pueden favorecer el proceso de aprendizaje del adulto. En primer término, es imperativo reafirmar que las condiciones físicas sean apropiadas, lo que incluye sillas cómodas, temperatura agradable, luz y acústica apropiadas, ambiente libre de ruidos, etc. Un ámbito seguro, basado en el respeto, la aceptación, la ausencia de amenazas y burlas, son elementos cruciales para la construcción de un clima favorable para el aprendizaje. Por otra parte, el optimismo y paciencia del trabajador de salud, el elogio merecido, el apoyo efectivo y el empleo del humor, crean un ambiente donde el adulto se siente capaz de tener éxito, dispuesto a correr el riesgo de emprender tareas nuevas y motivado para explorar caminos diferentes.

Ante los cambios neurológicos y los problemas de la memoria, Rendón sugiere fraccionar la información en pequeñas unidades, organizarla en secuencias lógicas, relacionarlas con experiencias previas, utilizar ejemplos y demostraciones, usar la repetición cuantas veces sea necesaria y darle a cada persona el tiempo que precise para adquirir, transformar y almacenar la información.

En cuanto al tiempo de respuesta, es fundamental no exigirle que realice una tarea en un tiempo determinado ni apresurarlo para que la finalice.

En lo referente a la disminución de la visión, se sugiere eliminar las superficies brillantes y no usar colores como el rojo, el azul, el anaranjado o el verde sobre papel blanco, que dificultan su apreciación; es preferible usar pizarra

negra y tiza blanca. La persona que facilita el aprendizaje no debe colocarse de espaldas a una ventana iluminada, pues se hace difícil percibirla a causa del deslumbramiento. Debido a los cambios auditivos, es aconsejable utilizar un tono de voz grave, sin gritar ni levantar la voz, hablar colocándose al frente de la persona y disminuir los ruidos ambientales.

Se recomienda que las sesiones no se prolonguen más de treinta minutos, ya que después de ese tiempo es posible que disminuya el nivel de energía con la consiguiente reducción de la atención y la concentración. Cuando se trate de sesiones en grupo, conviene que los participantes no sean más de diez a fin de estimular la participación activa de todos ellos utilizando al máximo sus experiencias de vida; recuérdese que el hecho de sentarse en círculo junto con el trabajador de salud estimula la participación grupal.

Un aspecto básico es la selección del momento y lugar apropiados para llevar a cabo el proceso de aprendizaje. Lo aconsejable es que éste se realice allí donde la persona se sienta físicamente cómoda, cuando se sienta emocionalmente en condiciones, cuando esté lo suficientemente motivada y cuando tenga los niveles de energía suficientes para incorporarse al proceso.

Por último, no puede dejar de mencionarse la utilización de los medios audiovisuales como elementos de apoyo para el proceso de enseñanza-aprendizaje. Al respecto, se sugiere utilizar imágenes fijas o con velocidad de proyección controlada (sincronizadas) en lugar de películas convencionales en las que las imágenes se suceden rápidamente. Asimismo, se recomienda la

utilización de imágenes de personas mayores, ya que de esa manera se produce con más facilidad la identificación del modelo.

Si se emplean medios escritos, hay que asegurarse de que las letras sean grandes y tipo imprenta para facilitar la lectura; en caso de utilizar algún equipo de sonido, éste se debe colocar en la parte posterior del lugar donde se realiza la actividad con el fin de que el ruido natural que produce no se convierta en elemento de interferencia y se adecue el nivel de volumen de acuerdo con las necesidades de los participantes.

La incorporación a las sesiones educativas de uno o varios miembros de la familia o personas allegadas al paciente que está inmerso en el proceso de aprendizaje se constituye en un excelente punto de apoyo y refuerzo para las acciones que se emprendan, con el fin de ayudarlo a convertirse en su propio agente de autocuidado.

Con base en lo anteriormente expresado, es importante considerar la metodología empleada por el Equipo del Hospital Nicolás A. Solano en la capacitación de los diabéticos. En la revisión del programa que se desarrolla en la Clínica es evidente la falta de un proceso planificado de educación. Las actividades son desarrolladas individual y en grupo, basándose en un listado de contenidos temáticos que corresponden a los desarrollados en el Hospital Santo Tomás. Todas estas acciones se desarrollan mediante el empleo de métodos tradicionales. Este programa se inició en el año 1995 y no ha sido evaluado hasta el momento.

Es sumamente necesario que todas las personas con diabetes reciban educación formal participativa, para que conozcan todo lo relacionado con su enfermedad, tratamiento, control, autocuidado, con la finalidad de que automanejen su patología y autorregulen sus niveles de glicemia.

Con relación a los contenidos del programa de Alberto Villegas Ferrasse se presentan temas sobre la enfermedad, como tratamiento, control y el autocuidado. Se propone una metodología educativa activa, participativa del diabético en su tratamiento.

También se proponen métodos y técnicas individuales y grupales. Se señala la importancia de las ayudas audiovisuales en apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje. La evaluación debe ser sobre la evolución del aprendizaje del diabético sobre los conocimientos, habilidades y destrezas.

En un trabajo presentado por la Dra. Gertrud Kacerovsky sobre un Programa de Instrucción estructurado y la normalización de la glicemia, que tienden hacia un programa formal, dice:

"una normoglicemia lo más estable posible se logra sólo con la colaboración del paciente en la dieta, en el ejercicio físico, en el autocontrol constante y la consecuente adaptación a la terapia. Ésta requiere una instrucción y enseñanza intensiva al diabético, porque sólo cuando el paciente comprenda todo lo relacionado con la diabetes, es capaz de llevar día tras día su terapia a la práctica y sólo cuando aprende a reaccionar correctamente, mediante un autocontrol constante." (Boehring (1986)).

En este momento es importante destacar la importancia de la relación de la variable dependiente (autocontrol), a que aluden: la Asociación Latinoamericana de Diabetes, la Organización Panamericana de la Salud, la Clínica de Diabetes

del Hospital Santo Tomás de Panamá, la Corporación Antioqueña de Diabetes, así como el trabajo realizado por la Dra. G. Kacerovsky, en el Hospital Hanusch de Viena; en donde se destaca la elaboración de programas formales estructurados, para la educación diabetológica, de tal forma que no sólo ofrezca conocimientos sobre su patología, tratamiento y control, sino que también dote al paciente de habilidades y destrezas hasta hacerlo capaz de llegar al auto-monitoreo de su enfermedad.

En el estudio realizado por la Dra. Kacerovsky, en el Departamento de Medicina del Hospital Hanusch de Viena, con 300 pacientes, 141 con diabetes Tipo 1, y 159 pacientes Tipo 2, que recibieron un curso estructurado y, además, un tratamiento ambulatorio, se observó una mejoría en todo el grupo en cuanto a valores de glicemia y del Hb A1. Estos pacientes participaron voluntariamente en este programa de instrucción. Las conclusiones obtenidas por la doctora son:

- (a). Teniendo en cuenta las posibilidades terapéuticas de la Diabetes Mellitus actualmente a nuestra disposición, la instrucción a los pacientes es una condición imprescindible para un buen tratamiento y puede mejorar el conocimiento y el comportamiento, así como también la constante regulación del metabolismo y la calidad de vida.
- (b). Se puede lograr un éxito en todos los grupos de edad
- (c). Evidentemente, un programa de enseñanza multimedial es apto para muchos pacientes, independientemente edad y grado de instrucción.
- (d). Ayuda a los pacientes a mejorar el constante control del metabolismo.
- (e). Puede reducir las enfermedades tardías y ahorrar enormes costos.

Otro estudio que revela el espectacular efecto de un programa de enseñanza estructurado para lograr un buen autocontrol y niveles adecuados de Hb A1, en pacientes diabéticos, lo presentan los doctores I. Mincue I. Mühlhause, en donde plantean que:

“Un centenar de pacientes ingresados en el hospital para estabilización de su diabetes fueron tratados de manera usual: dosis fijas de insulina, dieta estricta, enseñanza individual, sin autocontrol. Los 100 pacientes siguientes participaron en un programa que implicaba cinco días de enseñanza en grupo, autocontrol diario y adaptación de la dosis diaria de insulina, sin control. El resto de los 100 pacientes siguientes desarrollaron un programa que implicaba cinco días de enseñanza en grupo, autocontrol diario y también adaptación diaria de la dosis de insulina, así como una dieta libre.” (Diabetes News (1987)).

Los niveles iniciales de Hb A1 en ambos grupos fueron muy similares. Sin embargo, transcurridos dos meses, el grupo tratado presentó una disminución significativa de sus niveles de glicemia, lo que reafirma la importancia que tienen los programas de capacitación debidamente programados para estos pacientes.

Sobre la base de todo lo expuesto y, considerando el interés que se tiene por incorporar la educación programada en la terapia del paciente diabético, para que contribuya efectivamente a mejorar su calidad de vida, se sustenta la utilidad y la importancia de realizar esta investigación.

La finalidad es elaborar una propuesta de intervención educativa innovadora, que contribuya a la capacitación de las personas con diabetes y que, además, permita medir sus efectos en los conocimientos, actitudes, prácticas relacionadas con el autocuidado del diabético

5. Las Teorías Cognoscitivas:

Destacan el papel de las hipótesis o expectativas subjetivas de las personas. Desde esta perspectiva, la conducta es una función de valor subjetivo de un resultado y de la probabilidad subjetiva de que una acción particular logrará ese resultado.

Los programas de salud pública y de promoción de la salud pueden ayudar a mejorar la salud, reducir riesgos de enfermedades, tratar enfermedades crónicas y mejorar el bienestar y la autosuficiencia de individuos, familias, organizaciones y comunidades. Pero no todos los programas e iniciativas de promoción de la salud tienen igual éxito. Los programas con más probabilidades de éxito se basan en una clara comprensión de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar y su contexto ambiental.

Se preparan y se administran empleando modelos de planificación estratégica y se mejoraran en forma continua por medio de evaluaciones válidas. Las teorías de comportamientos pueden desempeñar una función crítica en estas esferas.

La teoría puede ayudar a pensar en varios aspectos durante las diversas etapas de la planificación, ejecución y evaluación de una intervención. Son muy útiles para tratar de explicar el porqué las personas siguen o no los consejos médicos y de salud pública o no se cuidan a sí mismas en forma saludable.

Pueden ayudar a descubrir qué necesita saber antes de planificar la intervención. Pueden proporcionar información sobre cómo dar forma a las estrategias para llegar a las personas y ejercer un efecto positivo en ellas. También ayudan a identificar qué debe vigilarse, medirse o compararse en la evaluación del programa de promoción de la salud

Pueden explicar la índole de los comportamientos de salud, explicar su dinámica, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él.

Los modelos conductuales relacionados con la salud incluyen muchos otros aspectos que influyen en las conductas relativas a la salud, tales como: percepción de susceptibilidad a una enfermedad, autoestima, percepción de la auto-eficacia para realizar una acción, entre otras. Cada modelo establece diferentes componentes para explicar estas conductas.

Un ejemplo de ello es el Modelo de Creencias en Salud, empleado en la elaboración de los mensajes educativos, con probabilidades de persuadir a las personas para la toma de decisiones saludables. Los mensajes pueden entregarse por medio de materiales didácticos impresos, por intermedio de los medios de comunicación o en sesiones de orientación de persona a persona.

En efecto, las intervenciones educativas en salud basadas en modelos psicológicos han tenido como resultado la tendencia a centrar el enfoque en el individuo y, por lo tanto, han sido útiles para la educación de pacientes.

En consecuencia, toda intervención planificada en educación para la salud deberá apuntar a intervenir en el proceso de desarrollo y cambio conductual, de

forma tal que la conducta positiva se mantenga o interrumpir un patrón conductual ligado a aumentar los riesgos de enfermedad, lesión, discapacidad o muerte.

6. El modelo PRECEDE

Se fundamenta en una educación para la salud como intervención que influya en la adopción voluntaria de conductas conducentes a la salud. PRECEDE significa causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educativa, con el propósito de llamar la atención sobre la necesidad de preguntarse qué conducta precede a cada beneficio para la salud y qué causas preceden a cada comportamiento en salud, que será objeto de la educación para la salud.

Las conductas respecto a la salud y el estilo de vida tienen un efecto directo sobre la salud. Además, la conducta influye en la salud indirectamente mediante las acciones individuales o comunitarias destinadas a producir cambios en el medio ambiente y en el desarrollo y utilización de los servicios de salud.

El modelo exige iniciar el proceso de planificación desde los resultados. Se comienza por el resultado final y se pregunta qué debe preceder a este resultado determinando qué lo origina. Antes de diseñar la intervención, se deben diagnosticar todos los factores importantes para un resultado determinado; en caso contrario, la intervención puede ser ineficaz.

La aplicación del modelo PRECEDE induce a pensar en forma deductiva, trabajando desde las consecuencias finales para llegar a las causas originales

El modelo PRECEDE tiene siete etapas, a saber:

Etapa 1: Diagnóstico social

En esta etapa, se inician las consideraciones sobre la calidad de vida, mediante la evaluación de algunos de los problemas generales que preocupan a las personas (pacientes, estudiantes, trabajadores o consumidores).

Los diferentes problemas sociales que un grupo de población o comunidad enfrenta son buenos indicadores de su calidad de vida.

Etapa 2: Diagnóstico epidemiológico

En esta etapa del proceso se identifican los problemas de salud específicos que aparentemente contribuyen a generar los problemas sociales identificados en la primera etapa

Etapa 3: Diagnóstico conductual

Esta etapa consiste en identificar las conductas relacionadas con la salud que tienen que ver con el problema de salud seleccionado en la etapa 2. Éstas son las conductas para las cuales se planificará la intervención.

Es importante, además, identificar los factores no conductuales para proporcionar una visión de las limitaciones del programa educativo. Estos factores no conductuales son: factores económicos, genéticos y ambientales que influyen en la salud

Etapa 4: Diagnóstico educativo

Aquí se identifican y categorizan los factores que tienen impacto directo en las conductas seleccionadas en la etapa 3.

El modelo PRECEDE considera tres clases de factores que tienen el potencial de afectar el comportamiento en salud: factores predisponentes, factores facilitadores y reforzadores.

Factores predisponentes son los que anteceden a la conducta y proporcionan la razón para ella; incluyen conocimientos, actitudes, creencias y valores.

Factores facilitadores son los que anteceden a la conducta y que permiten que una motivación o aspiración se realice. Entre ellos se incluyen las habilidades individuales y los recursos personales y comunitarios.

Factores reforzadores son posteriores a la conducta, proporcionan incentivos, recompensa o castigo continuos a la conducta y contribuyen a su persistencia o extinción. Entre ellos se incluyen los beneficios tanto sociales como físicos y las recompensas tanto tangibles como imaginarias.

Etapa 5: Selección del foco de intervención:

En esta etapa, el facilitador decide cuál de los factores que conforman las tres clases será el foco de la intervención. La decisión se basa en su importancia relativa y en los recursos disponibles.

Etapa 6: Desarrollo e implementación de la estrategia educativa.

Ahora, el facilitador selecciona, desarrolla e implementa la estrategia. "Se entiende como estrategia educativa la combinación de métodos, enfoques y

técnicas que se pueden emplear para afectar los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores". (Green et al., (1980)).

Etapa 7: Diagnóstico administrativo.

Este incluye el presupuesto y el análisis de los factores que determinarán la facilidad con que se introducirá el programa en un sistema. Considera las limitaciones de la organización. Analiza los factores que pueden determinar problemas u oportunidades en la administración del programa.

VII. MARCO METODOLÓGICO

A. Descripción del Área de Estudio:



Fig. No.1. Hospital Regional Nicolás A. Solano.

Los pacientes diabéticos que fueron estudiados se captaron en la Consulta Externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nicolás A. Solano.

El Hospital Nicolás A. Solano se concibe como un sistema de producción de servicios médicos, que forma parte de la Red Nacional de Servicios de Salud. Está situado en el espacio Región Panamá Oeste, en el corregimiento Playa Leona del distrito de La Chorrera, a 26 millas de la ciudad capital, con un área

total de 77 hectáreas cuadradas de terreno. Cubre las necesidades de atención de los distritos de Arraiján, La Chorrera, Capira, Chame y San Carlos. Entre sus funciones se destacan los servicios de medicina preventiva, curativa, de docencia e investigación y de rehabilitación.

De acuerdo con los servicios que presta, cumple funciones de atención médica de segundo nivel (atención médica especializada, ambulatoria y hospitalización).

B. Tipo de Estudio:

El estudio es de tipo descriptivo-transversal. Tiene un diseño cuali-cuantitativo, pues se emplean instrumentos cuantitativos y cualitativos para recolectar la información.

Se selecciona este tipo de estudio, puesto que se estima que es el más indicado, desde el punto de vista metodológico, para elaborar una propuesta innovadora de capacitación para estos pacientes.

C. Universo:

Para efectos de este estudio, el universo representa el total de los pacientes diabéticos insulino-independientes, captados en el año 1999 en la consulta externa del Hospital Nicolás A. Solano.

D. Muestra:

El grupo estaba integrado por los pacientes que fueron captados en 1999, en la Consulta Externa de Medicina y que habían sido diagnosticados con Diabetes Mellitus.

Se seleccionó un grupo de pacientes diabéticos, a los que se les aplicaron los instrumentos de recolección de información, para el diseño de una intervención educativa innovadora en la capacitación acerca del autocontrol de su enfermedad. Los mismos fueron seleccionados por muestreo consecutivo hasta completar el número de participantes que se requerían para la muestra de estudio. A éstos, se les aplicó una encuesta estructurada con preguntas abiertas y cerradas, que permitió obtener información sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en relación con su enfermedad.

1. Selección de la Muestra:

Para la selección de la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- (a). Todo paciente diabético hombre o mujer que haya sido diagnosticado por Diabetes Mellitus.
- (b). Insulino-independiente,
- (c) Atendidos solamente en la consulta externa del Hospital Solano y que acepten participar, previo consentimiento.
- (d). Que sepan leer y escribir.

Así mismo, se definen como criterios de exclusión:

- (a). Todo paciente hombre o mujer que no haya sido diagnosticado con Diabetes.
- (b). Todo /a paciente que manifieste su decisión de no participar en el programa,
- (c). Insulinodependientes,
- (d). Analfabetos.

2. Cálculo de la muestra

El cálculo de la muestra se efectuó basándose en los siguientes parámetros:

Certeza=	95%
Precisión=	5
Probabilidad de ocurrencia (p)	0.05
Probabilidad de no ocurrencia (q)	0.95
N (Universo), pacientes insulino- Independientes captados en 1999 =	625
Z=	1.96

Para la estimación se utilizó la siguiente fórmula:

$$P = Z \sqrt{\frac{p q}{n - 1} \cdot \frac{N - n}{N}}$$

$$P^2 = Z^2 \frac{p q}{n - 1} \cdot \frac{N - n}{N}$$

$$P^2 = Z^2 \frac{p \cdot q \cdot N - p \cdot q \cdot n}{N \cdot n - N}$$

$$P^2 \cdot N \cdot N - P^2 \cdot N = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N - Z^2 \cdot p \cdot q \cdot n$$

$$25 (625) n - 25 (625) = 3.84 (5) (95) (625) - 3.84 (5) (95) n$$

$$15,625 n - 15,625 = 1,140,000 - 1,824 n$$

$$15,625 n + 1,824 n = 1,140,000 + 15,625$$

$$17,449 n = 1,155,625$$

$$n = \frac{1,155,625}{17,449}$$

$$n = 66.2$$

$$n = 66.2$$

Al reemplazar los respectivos valores, se obtuvo una muestra de 66 pacientes diabéticos no insulino dependientes. Se seleccionó mediante el método de muestreo consecutivo, es decir, se admitieron en el estudio, a medida que fueron captados en la consulta, hasta completar el tamaño de la muestra requerida.

E. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos:

Para lograr los objetivos planteados en el estudio fue necesario recolectar datos de tipo cualitativo y cuantitativo. Para tales fines, se utilizaron fuentes primarias, tales como: la encuesta estructurada, antes de diseñar la intervención educativa. La misma permitió obtener datos generales, informaciones sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas del paciente diabético.

1. Proceso:

Este estudio se efectuó en varias fases:

En primer lugar, se validó el instrumento para la recolección de datos. Se procedió a su aplicación en el grupo en estudio. También se aplicó una guía de entrevista a profundidad a un grupo focal conformado por 8 pacientes, con el propósito de obtener información cualitativa acerca de sus percepciones sobre la enfermedad y valorar algunas prácticas de estos pacientes, antes del diseño de la intervención educativa, para lo cual se necesitaron cuatro encuestadores

debidamente capacitados. Una vez aplicado el instrumento, se analizaron los resultados, mediante el programa Epi-Info 6. Se realizó el diagnóstico social, epidemiológico, conductual y educativo, los cuales fueron considerados en la formulación del programa educativo. El plan metodológico de capacitación consiste en un diseño modular de autoaprendizaje. El mismo consta de cuatro módulos, uno para cada sesión educativa. Estos módulos fueron validados, utilizando para tal fin, una guía de entrevista a profundidad que fue aplicada a un grupo focal mixto de ocho pacientes con diagnóstico de diabetes pertenecientes a la APADI y un instrumento de encuesta, aplicado a quince pacientes diabéticos de la Clínica del diabético de la Policlínica J.J. Vallarino de Juan Díaz. Además, los mismos fueron validados por especialistas de Medicina Interna, Diabetología, Nutrición, Fisioterapia y una especialista en Educación Física

2. Validez del Instrumento:

Para verificar la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos, se realizó una prueba piloto en una muestra de 20 sujetos ajenos a la muestra de estudio, con características similares. La prueba fue aplicada a 20 pacientes diabéticos de la Policlínica J. J. Vallarino, de Juan Díaz.

La validez es el segundo criterio en importancia para evaluar la adecuación psicométrica de un instrumento. Se refiere al grado en que un instrumento mide lo que se supone debe medirse.

(a). Validez de contenido: Ésta intenta demostrar que los conceptos empleados miden lo que se quiere medir. No se determina numéricamente. Es el resultado de la opinión consultada a expertos, quienes analizan si los ítems son representativos en relación con las áreas de contenido y la relevancia de los objetivos a medir. Para garantizar que este instrumento fuese válido fue sometido a la consideración de expertos en investigación, además de la revisión por parte de los asesores.

(b). Validez de constructo: La validez de constructo se refiere al grado en que un instrumento mide un determinado rasgo, es decir, relaciona lo medido con un marco teórico general. Intenta medir la consistencia del instrumento. Para realizar la validez de construcción de los ítems, se calificaron cada una de las pruebas asignándoles un puntaje total y subtotal para cada una de las áreas de medición. Se seleccionó el 25% superior y el 25% inferior en puntajes y se confeccionaron tablas para estos grupos con los totales obtenidos por cada sujeto e ítem evaluado. Con estos datos se calculó el promedio y la varianza de cada pregunta. Utilizando el programa estadístico Epi-Info 6, se le aplicó la prueba F.

La fórmula es la siguiente:

$$F = S^2_a / S^2_b$$

Con:

$$S^2_a = \sum (X_a - M_a)^2 / n_a$$

Y

$$S^2_b = \sum (X_b - M_b)^2 / n_b$$

Grados de libertad: $[(n_a + n_b) - 2]$

Donde:

F = valor F calculado

S^2_a = varianza del grupo con mayor puntaje (altos)

S^2_b = varianza del grupo con menor puntaje (bajos)

n_a = tamaño muestral del grupo de puntajes altos

n_b = tamaño muestral del grupo de puntajes bajos

X_a = puntaje por ítem del grupo de altos

M_a = promedio de altos

X_b = puntaje por ítem del grupo de bajos

M_b = promedio de bajos

En cada ítem se obtuvo una F observada (F_o) que se comparó con la F crítica (F_c), seleccionándose aquellos ítems cuya F_o sea mayor que la F_c .

2. Confiabilidad del Instrumento.

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach, que se utilizó para el cálculo de la consistencia interna. Se aplica a ítems o elementos con dos o más categorías de valores.

Este indicador, exige determinar la varianza a cada uno de los ítems. Para ello, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

k = Número de ítems

$\sum Si^2$ = Sumatoria de las varianzas de cada uno de los ítems de la prueba

St^2 = varianza de las puntuaciones de cada sujeto en el total de la prueba

La prueba consta de 33 ítems. Se procede a sacar la varianza a cada uno, utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Varianza} = \frac{(x - \bar{x})^2}{N}$$

Reemplazando los valores:

$$\alpha = \frac{33}{33-1} \left[1 - \frac{13.27}{44.96} \right]$$

$$\alpha = 1.03125 (1 - 0.2952)$$

$$\alpha = 1.03125 (0.7048)$$

$$\alpha = 0.73$$

Según Del Rincón, una confiabilidad mínima de 0.70 se considera aceptable para fines de decisión. Tomando esto en consideración, la confiabilidad del instrumento, que es de 0.73, es aceptable

F. Plan de Análisis y Presentación de Resultados:

Se elaboró una matriz de datos en computadora. Los datos obtenidos del estudio se analizaron mediante el empleo de estadísticas descriptivas, utilizando frecuencias y porcentajes, por tratarse de un estudio descriptivo. Los mismos se presentan en tablas y gráficas. Para la prueba de significación estadística se utilizó el chi cuadrado y la razón de disparidad OR.

G. Hipótesis:

Para el presente estudio, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis de Nulidad:

La incorporación de metodologías educativas innovadoras en la educación del paciente diabético no refuerza o modifica los comportamientos y prácticas saludables para su buen autocontrol y autorregulación.

Hipótesis Alternativa:

Los comportamientos y prácticas saludables para un buen autocontrol y autorregulación del paciente diabético se refuerzan o modifican, después de participar en un programa de capacitación que incorpore metodologías educativas innovadoras.

H. Definición Conceptual y Operacional de Variables:

Para esta investigación se utilizaron las siguientes variables:

Socio-económicas:

1. Residencia:

Definición Conceptual: Permanencia acostumbrada en un lugar.

Definición Operativa: Lugar donde reside al momento del estudio.

2. Edad:

Definición Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a partir de su nacimiento.

Definición Operativa: Años de vida cumplidos al momento del estudio.

3. Sexo:

Definición Conceptual: Conjunto de factores biológicos, fisiológicos o psíquicos que distinguen a la especie macho de la hembra.

Definición Operativa: Diferencias biológicas y constitucionales del hombre y la mujer.

4. Estado Civil:

Definición Conceptual. Estado de la persona con relación a sus derechos y deberes civiles, socio-económicos, religiosos y legales relacionados con su condición de pareja o no.

Definición Operativa: Condición social y legal de la persona con respecto a su pareja o no.

Estos son: unido, casado, separado, soltero o viudo.

5. Ocupación:

Definición Conceptual: Profesión, oficio o tipo de trabajo que efectúa la persona, por lo que recibe remuneración o salario.

Definición Operativa: Labor en la que se desempeña un individuo o por lo que es contratado y recibe remuneración o no, al momento del estudio.

6. Ingreso Económico:

Definición Conceptual: Cantidad de salario que percibe una persona por su trabajo.

Definición Operativa: La suma de salarios de las personas que trabajan en la familia

Estos son: ninguno, bajo, medio, alto.

7. Escolandad.

Definición Conceptual: Persona que ha cursado alguno de los niveles educativos de la enseñanza formal o no formal.

Definición Operativa: Último año que ha cursado y aprobado una persona.

Estos son: primaria, secundaria, universitaria o ninguno.

8. Religión:

Definición Conceptual: Vínculo moral que establece el hombre con Dios, basado en dogmas, culto y moral.

Definición Operativa: Culto o credo que profesa determinada persona con regularidad

9. Metodología Innovadora:

Definición Conceptual: Métodos y técnicas democráticas que facilitan al individuo la adopción de una actitud activa, participativa y creativa con respecto a los contenidos educativos, lo que permite el desarrollo del pensamiento lógico.

Definición Operativa: Métodos y técnicas que involucran la participación activa del individuo en el proceso de aprendizaje.

Aspectos culturales de salud:

10. Percepción de la enfermedad.

Definición Conceptual: Interpretación que cada individuo hace sobre la conceptualización de su enfermedad, determinada por condiciones socio-económicas, políticas y culturales

Definición Operativa: Conocimiento u opinión que tiene una persona con respecto a su salud.

11. Conocimientos acerca de la Diabetes Mellitus:

Definición Conceptual: Conjunto de experiencias y capacidades relacionadas con la diabetes y sus medidas de control que posee el diabético.

Definición Operativa: Los conocimientos que tiene el paciente diabético sobre su enfermedad y la forma cómo controlarla.

12. Actitud:

Definición Conceptual: Conjunto de creencias afectivas, de motivación del individuo para reacciones favorables o desfavorables en relación con su enfermedad.

Definición Operativa: Disposición positiva o negativa frente a su condición de salud.

13. Creencias:

Definición Conceptual: Conjunto de verdades y opiniones aceptadas como hechos o normas relacionadas con su salud

Definición Operativa: Convicciones que posee el paciente diabético con respecto a su enfermedad y tratamiento.

Prácticas de salud relacionadas con su autocontrol:

14. Dieta:

Definición Conceptual: Régimen prescrito por un especialista en el beber y comer.

Definición Operativa: Alimentos que consume diariamente el paciente diabético, que puede ser favorable para su salud.

Criterios: adecuada, inadecuada.

15. Ejercicios:

Definición Conceptual: Práctica de cualquier actividad física que produzca un desgaste calórico

Definición Operativa: Toda actividad física moderada que realice el paciente diabético con regularidad para conservar su salud.

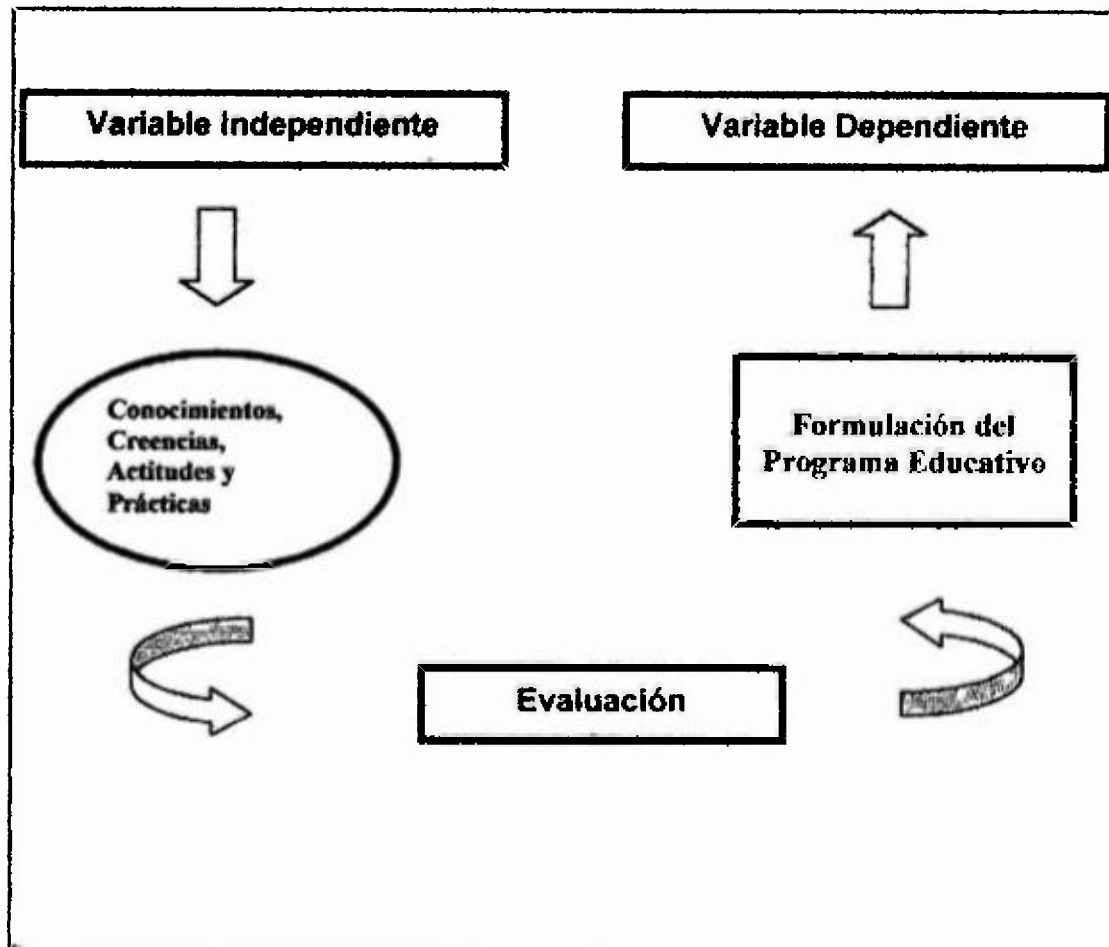


Fig No 3. Diagrama de Variables.

VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Para el análisis e interpretación de resultados se elaboró una matriz de datos en la computadora; los datos obtenidos se analizaron mediante el empleo de estadísticas descriptivas, utilizándose para ello frecuencias y porcentajes, los cuales se presentan en cuadros y gráficas. Para probar la significación estadística se utilizó la prueba de chi cuadrado y la razón de disparencia (OR), considerando sus límites de confianza.

En primer lugar, se analizan las variables sociodemográficas: Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad y Religión, las cuales son presentadas en gráficas para su respectivo análisis. Las otras variables del estudio se presentan en los diferentes cuadros elaborados con el propósito de facilitar su análisis

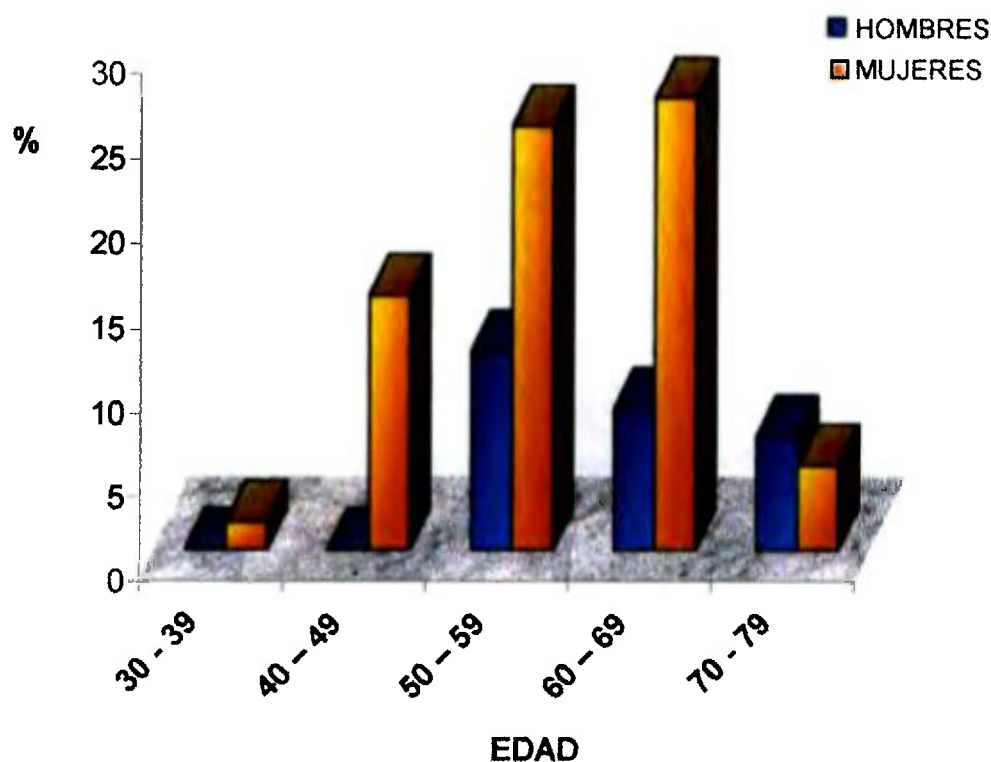
I. Características Epidemiológicas de los pacientes encuestados de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano.

Se observa que el 71.7% (43) de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos, se encuentra en los rangos de 50 a 69 años de edad, con una edad promedio de 57 años. Un alto porcentaje 51.7% (31), corresponde a las mujeres; mientras que sólo un 20% (12), son hombres, siendo las mujeres el grupo más afectado por la diabetes. (Figura No.1).

Si se considera que en Panamá, la esperanza de vida está entre los 71 años para los hombres y 75 años para las mujeres, es importante destacar que estas personas, de no controlarse adecuadamente su enfermedad, representarían una invaluable pérdida de vida útil, tanto para su familia como para el país. Por otra parte, estos y estas pacientes pueden tener complicaciones por diabetes; lo que se traduce en altos costos de atención y mala calidad de vida.

La diabetes tiene su aparición, a partir de los 40 años y como puede notarse en la distribución de personas, por grupos de edad y sexo, no hay diferencias estadísticamente significativas, con un χ^2 7.35 menor que 9.5, con 4 grados de libertad y una $p = 0.12 > p = 0.05$; lo que indica que no hay dependencia entre el sexo y la edad del paciente.

Figura No. 1. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN EDAD Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

EDAD	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
30 - 39	1	1.6	-	-	1	1.6
40 - 49	9	15.0	-	-	9	15.0
50 - 59	22	36.7	7	11.7	15	25.0
60 - 69	21	35.0	5	8.3	16	26.7
70 - 79	7	11.7	4	6.7	3	5.0

$$X^2 = 7.35$$

Gl: 4

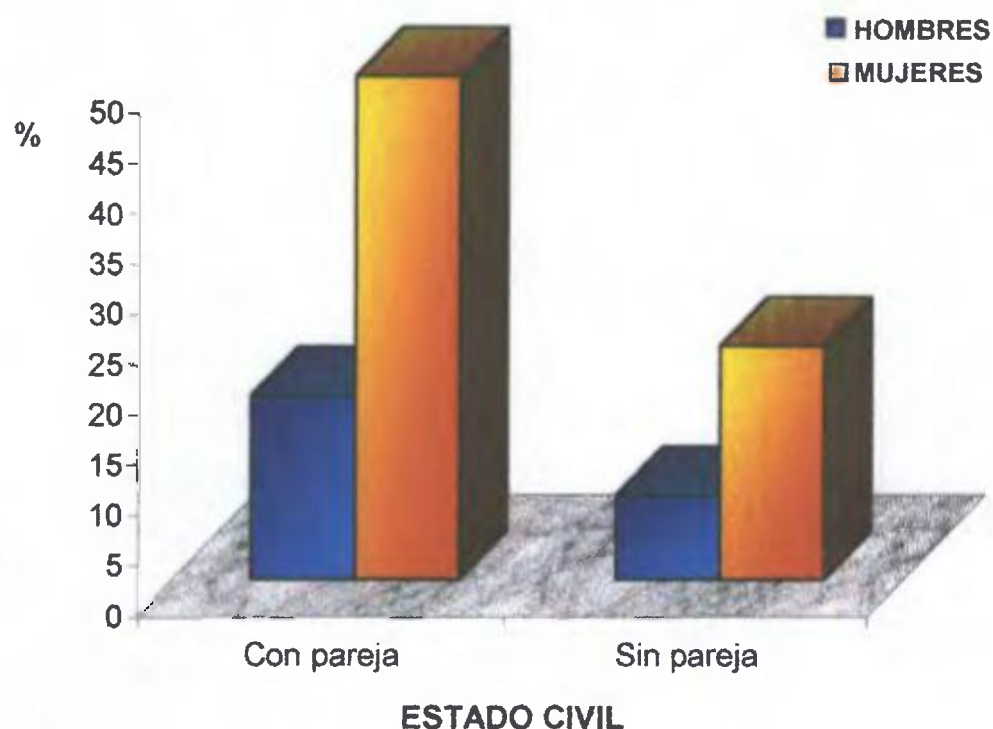
P 0.12

En la distribución de frecuencia de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados, según estado civil y sexo, se observa que el 68.3% (41) de las personas encuestadas señaló que tenía pareja, en tanto que el 31.7% (19) dijo no tener pareja. De los que tienen algún vínculo matrimonial, ya sean casados o unidos, el 50% (30) son mujeres y el 18.3% (11) son hombres. Con respecto a los que señalaron no tener pareja, el 23.3% (14) son mujeres; mientras que el 8.4% (5) son hombres. (Figura No. 2).

Puede decirse que la mayoría de los pacientes encuestados mantiene un vínculo matrimonial y el 50% de éstos son mujeres.

No se encontró diferencias significativas, ya que el $\chi^2 = 0.34$ con 1 grado de libertad y una $p = 0.12 > p = 0.05$, siendo éste inferior a 3.8 chi cuadrado de la tabla

Figura No. 2. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

EDAD	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
			FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
Con pareja	41	68.3	11	18.3	30	50.0
Sin pareja	19	31.7	5	8.4	14	23.3

$X^2 = 0.34$

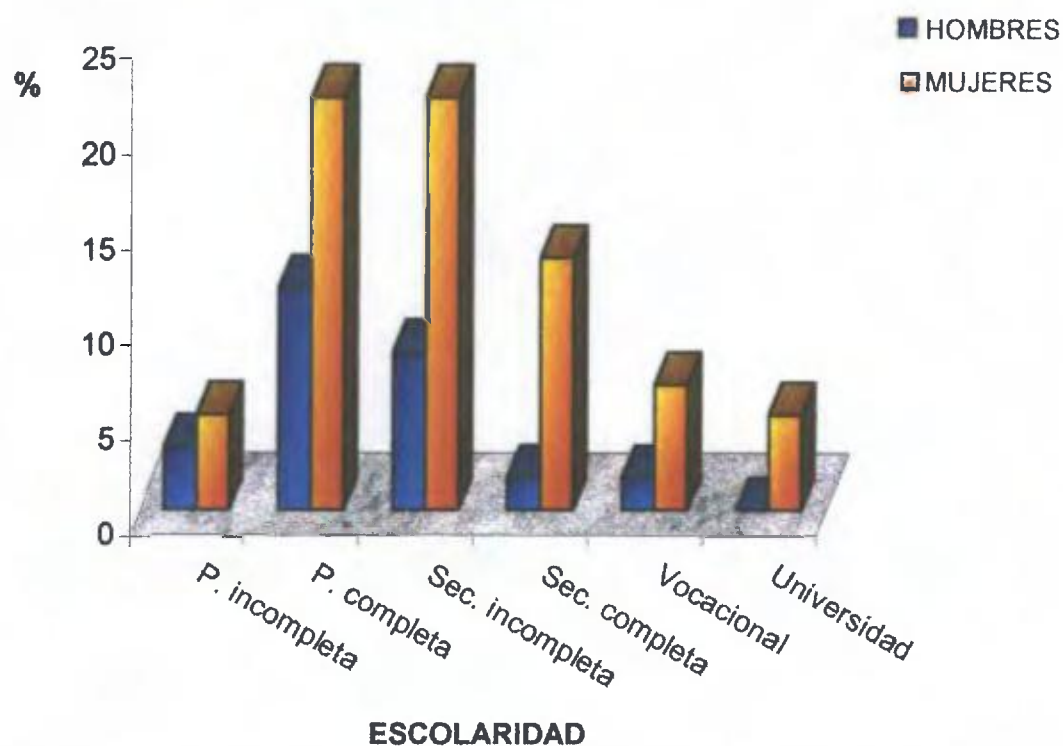
Gl: 1

P 0.12

Como puede notarse, el 8.3% (5) de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados tiene estudios primarios incompletos. De estos pacientes, el 3.3% (2) son hombres y el 5% (3) son mujeres. El 33.4% (20) cuenta con estudios primarios completos, siendo el 11.7% (7) hombres y el 21.7% (13), mujeres. El 30% (18) ha completado el primer ciclo de estudios secundarios, de los cuales el 8.3% (5) corresponde a los hombres y el 21.7% (13), a las mujeres. El 15% (9) de estos pacientes tiene secundaria completa, de los cuales el 1.7% (1) es hombre y el 13.3% (8) corresponde a las mujeres. Un 8.3% (5) manifestó haber realizado estudios vocacionales, de éstos el 1.7% (1) es hombre y el 6.6% (4) corresponde a las mujeres. Sólo un 5% (3) manifestó poseer estudios universitarios, siendo éstas mujeres. (Figura No. 3).

Con relación al nivel educativo de éstos no se encontró diferencias estadísticamente significativas, dado que 3.4943 es menor que 11.07 para una y una $p = 0.62 > p = 0.05$; lo que indica que no hay dependencia entre el sexo y el grado de escolaridad de los pacientes. Sin embargo, cabe señalar que, de acuerdo con los requerimientos del programa, estos pacientes poseen un nivel educativo adecuado. Esta variable es importante para el estudio; puesto que la propuesta educativa exige como requisito básico saber leer y escribir.

Figura No. 3. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN ESCOLARIDAD Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

Escolaridad	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
			FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
Primaria incompleta	5	8.3	2	3.3	3	5.0
Primaria completa	20	33.4	7	11.7	13	21.7
Secundaria incompleta	18	30.0	5	8.3	13	21.7
Secundaria completa	9	15.0	1	1.7	8	13.3
Vocacional	5	8.3	1	1.7	4	6.6
Universidad	3	5.0	-	-	3	5.0

$\chi^2 = 3.4943$

Gl: 5

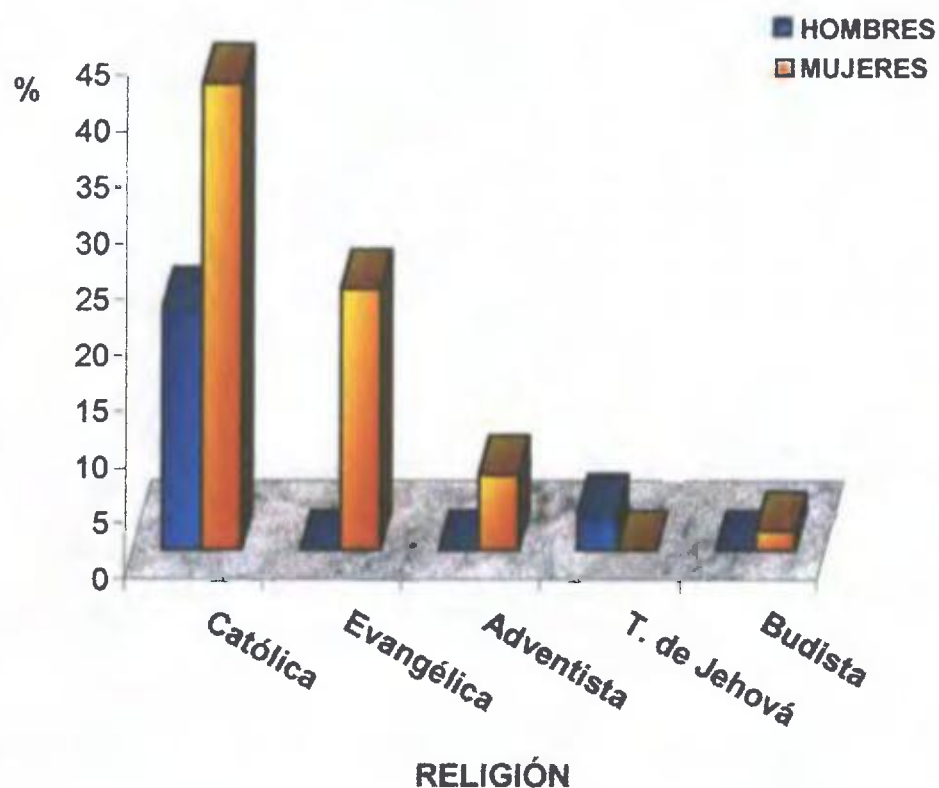
P 0.62

Los resultados obtenidos muestran que (38) personas encuestadas, que representan el 63.3% profesan la religión Católica. De estos pacientes, el 41.6% (25) son mujeres y el 21.7% (13) son hombres. No obstante, también se observa que (15) personas, es decir, un 25% son Evangélicos. De éstos, el 23.3% (14) corresponde a las mujeres y sólo el 1.7% (1), es hombre. El 6.7% (4) son Adventistas y todas son mujeres; el 3.3% (2), es Testigo de Jehová y todos son hombres; el 1.7% (1) es Budista y corresponde al sexo femenino. Con relación a los adventistas y budistas, pudo observarse que todas las personas que practican esta religión son mujeres. (Figura No. 4).

Los resultados son estadísticamente significativos, con respecto al credo religioso y sexo de las y los encuestados, ya que $\chi^2 = 11.4922$ es mayor que 9.4877, para una y una $p = 0.02 < p = 0.05$. Más del 50% de los hombres encuestados son católicos; por lo que puede concluirse que existe dependencia entre el sexo y la religión de las personas encuestadas.

Esta variable es importante para el estudio, puesto que algunas creencias y actitudes acerca de la enfermedad pueden estar relacionadas con sus ideas religiosas, tales como: aceptar y resignarse ante la enfermedad, rechazando cualquier programa que intente una modificación del comportamiento

Figura No. 4. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN RELIGIÓN Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

RELIGIÓN	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
			FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
Católica	38	63.3	13	21.7	25	41.6
Evangélica	15	25.0	1	1.7	14	23.3
Adventista	4	6.7	-	-	4	6.7
T. de Jehová	2	3.3	2	3.3	-	-
Budista	1	1.7	-	-	1	1.7

$$X^2 = 11.4922$$

$$G1 = 4$$

$$p = 0.02$$

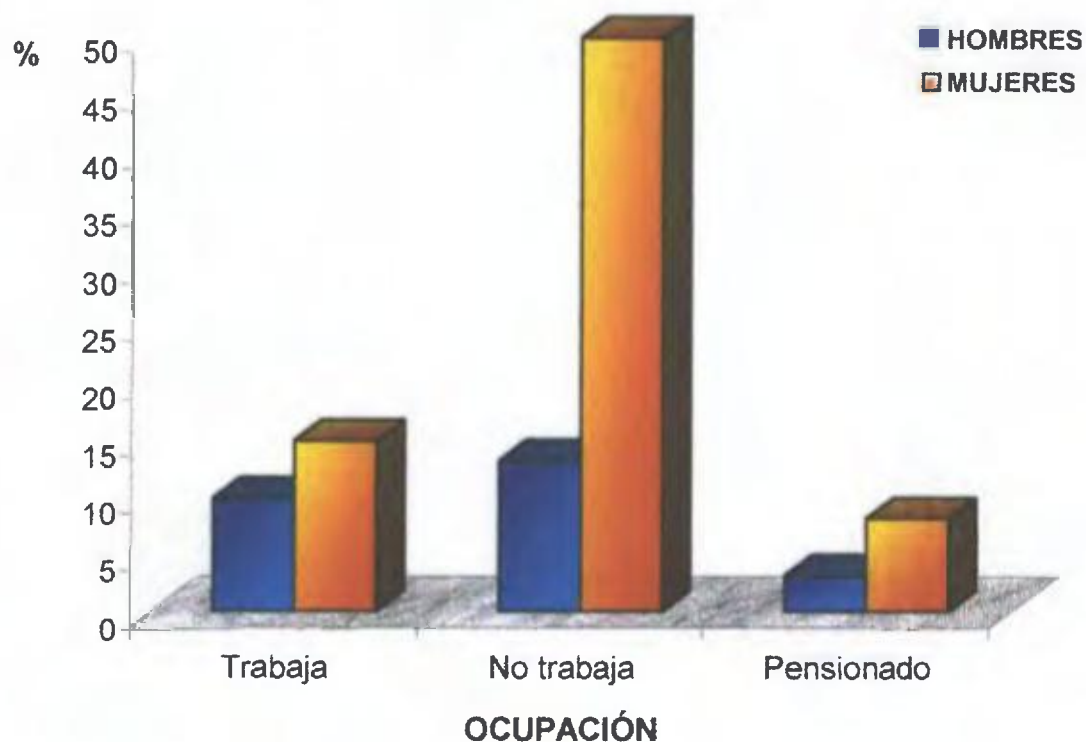
Los resultados muestran que más de la mitad de estas personas 65.0% (39) no trabaja; 11.7% (7) reciben una pensión y sólo un 23.3% (14) de las personas trabaja; lo que indica que la gran mayoría depende de su familia. De estos pacientes, el 51.7% (31) son mujeres y 13.3% (8) son hombres. Sólo un 10% (6) de los hombres trabaja, mientras que el 13.3% (8) de las mujeres cuenta con un trabajo remunerado. (Figura No. 5)

Dado que $\chi^2 = 1.989$ es menor que 6 con 2 grados de libertad y una $p = 0.60 > p = 0.05$, se concluye que no existe dependencia entre el sexo y si el paciente trabaja o no.

El 51.7% (31) de las mujeres encuestadas señala que son desempleadas, sin embargo, al preguntárseles por su ocupación manifestaron ser amas de casa. Esto puede significar que para estas mujeres, el trabajo doméstico no es visibilizado, ya que no perciben remuneración por el mismo

Al diseñarse una intervención educativa para estos y estas pacientes hay que considerar que un gran porcentaje depende económicamente de sus familiares; por lo que es vital, para el éxito del mismo, que en las actividades de capacitación se incorpore a la familia.

Figura No. 5. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

OCUPACIÓN	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
			FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
Trabaja	14	23.3	6	10.0	8	13.3
No trabaja	39	65.0	8	13.3	31	51.7
Pensionado	7	11.7	2	3.4	5	8.3

$$X^2 = 1.989$$

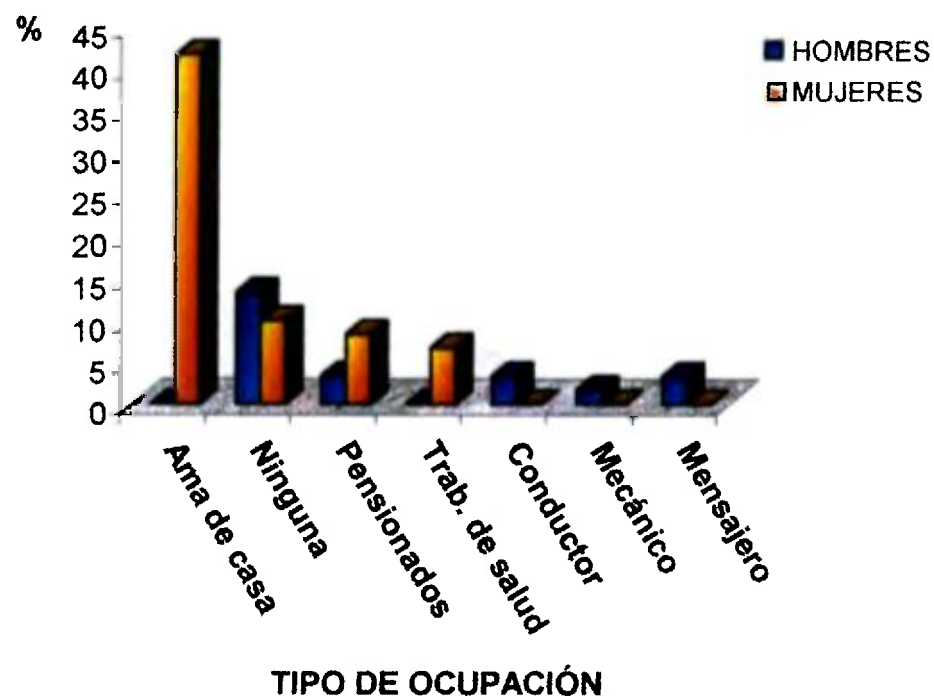
$$G1 = 2$$

$$p = 0.60$$

Con respecto a la distribución de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados en la Consulta Externa del Hospital Nicolás Solano que trabajan, según tipo de ocupación y sexo, se observa que sólo el 23.3% (14) de estos pacientes trabaja. Tomando éstos como el 100% puede observarse que el 42.9% (6) son hombres y el 57.1% (8) son mujeres. Los profesionales de salud representan el 6.7% (4); trabajadores domésticos 3.3% (2), vendedores el 3.3% (2); mecánicos 3.3% (2); conductor 3.3%(2); mensajeros 3.3% (2) y auditor 1.7% (1). (Figura No 6).

Dado que $\chi^2 = 30.1$ es mayor que 16.9 con 9 grados de libertad y una $p = 0.13 > p = 0.05$, se concluye que existe dependencia entre el sexo y el tipo de ocupación. Por otro lado, los hombres se identifican más con los oficios de conductor, mensajero, mecánico, vendedor, mientras que las mujeres entrevistadas se identifican más con los oficios de trabajador de salud y trabajo doméstico.

Figura No. 6. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

TIPO DE OCUPACIÓN	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
			FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
Ama de casa	24	40.0	-	-	25	41.7
Ninguna	15	25.0	8	13.3	6	10.0
Pensionados	7	11.7	2	3.3	5	8.3
Trab. de salud	4	6.7	-	-	4	6.7
Conductor	2	3.3	2	3.3	-	-
Mecánico	1	1.7	1	1.7	-	-
Mensajero	2	3.3	2	3.3	-	-
Trab. doméstico	2	3.3	-	-	2	3.3
Vendedor	2	3.3	1	1.7	1	1.6
Auditor	1	1.7	-	-	1	1.7

$$X^2 = 30.15$$

Gl: 9

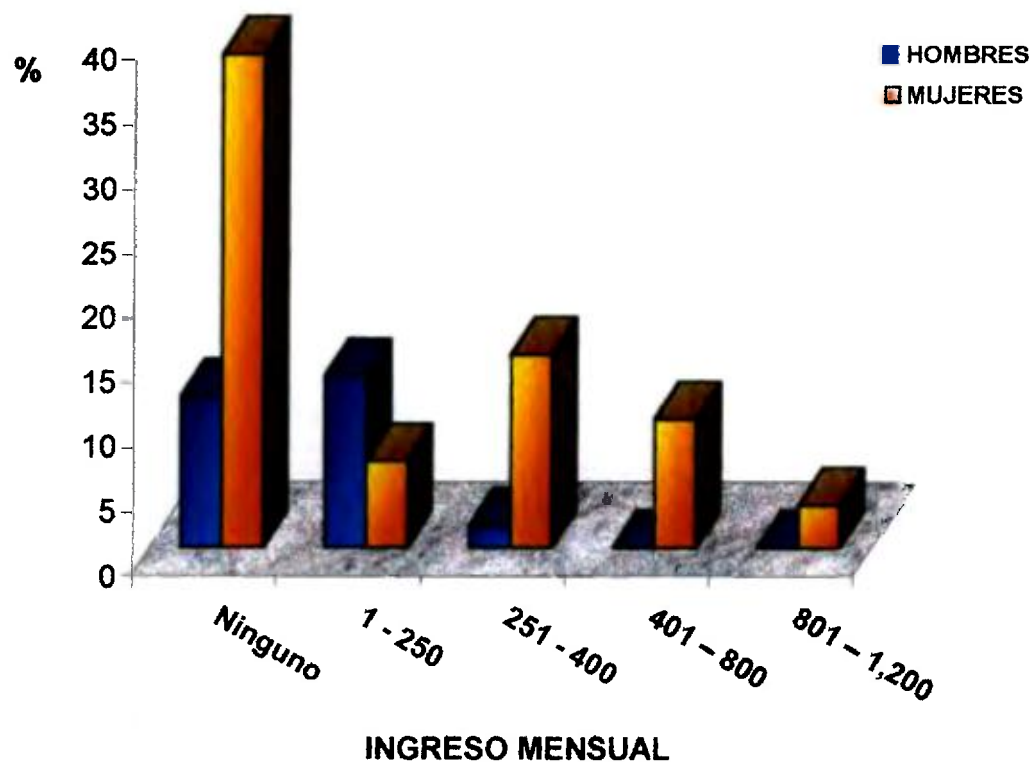
P 0.13

Los resultados encontrados con respecto al ingreso mensual de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos entrevistados muestran que 50% (30) de ellos no devenga ningún salario y que la mayoría son mujeres. El ingreso mensual promedio de las y los entrevistados está entre los 250 dólares, que es donde se encuentra el sueldo mínimo, seguido por aquellos que ganan más de 250 dólares. (Figura No. 7)

A continuación, según el análisis estadístico para verificar si existe alguna dependencia entre los ingresos mensuales y el sexo de los trabajadores, se obtiene un chi cuadrado 14.318

Dado que 14.318 es mayor que 9.4877 con 4 grados de libertad y una $p = 0.01 < p = 0.05$, se concluye que existe dependencia entre el sexo y el ingreso mensual del paciente diabético.

Figura No. 7. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN INGRESO MENSUAL Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

INGRESO MENSUAL (B/.)	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
			FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
Ninguno	30	50.0	7	11.7	23	38.3
1 - 250	12	20.0	8	13.3	4	6.7
251 - 400	10	16.7	1	1.7	9	15.0
401 - 800	6	10.0	-	-	6	10.0
801 - 1,200	2	3.3	-	-	2	3.3

$$X^2 = 14.32$$

Gl: 4

P 0.01

Con relación a la variable actividad que realizan las personas con diabetes en su tiempo libre, según sexo se observa que los resultados no fueron estadísticamente significativos, al compararse las diferencias por sexo, ya que se obtuvo un χ^2 de 7.73 menor que 7.8 con 3 grados de libertad para una $p = 0.16 > p = 0.05$.

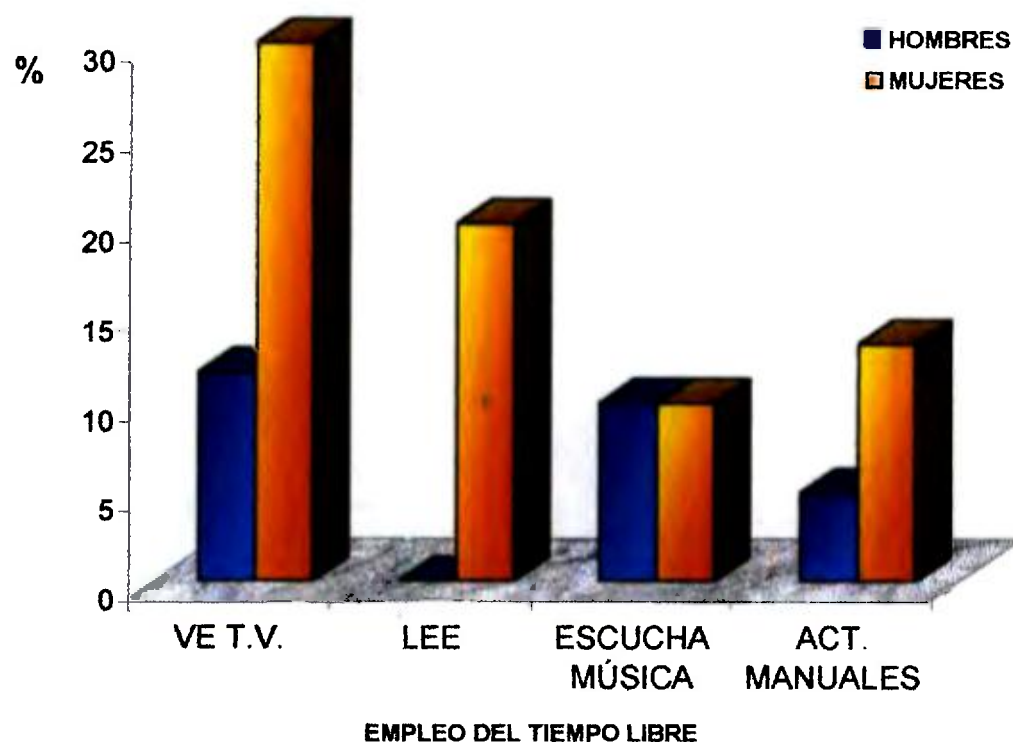
El 42% (25) del total de las personas estudiadas emplea su tiempo libre viendo televisión. Si tomamos esto como el 100%, el 72% (18) son mujeres.

El 20% (12) de las personas escucha música en su tiempo libre, siendo esta preferencia compartida en igual porcentaje 50%, tanto por hombres como por mujeres.

El 18.3% (11) realiza actividades manuales y de éstos, el 13.3% (8) son mujeres; mientras que sólo un 5% (3) son hombres. Es importante señalar que el 20% (12) ocupa su tiempo libre en la lectura y todas son mujeres. (Figura No. 8).

Este factor es sumamente importante considerarlo, pues al desarrollar la metodología educativa se requiere emplear métodos activos, tales como lectura y discusión dirigida y para ello, es primordial que en el primer contacto con el grupo se motive y estimule al participante, a fin de que participe en su proceso de auto-instrucción.

Figura No. 8. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN ACTIVIDAD QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

ACTIVIDADES QUE REALIZA	TOTAL		SEXO			
			HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
VE TELEVISIÓN	25	41.7	7	11.7	18	30.0
LEE	12	20.0	-	-	12	20.0
ESCUCHA MÚSICA	12	20.0	6	10.0	6	10.0
ACTIVIDADES MANUALES	11	18.3	3	5.0	8	13.3

$X^2 = 7.73$

GI 3

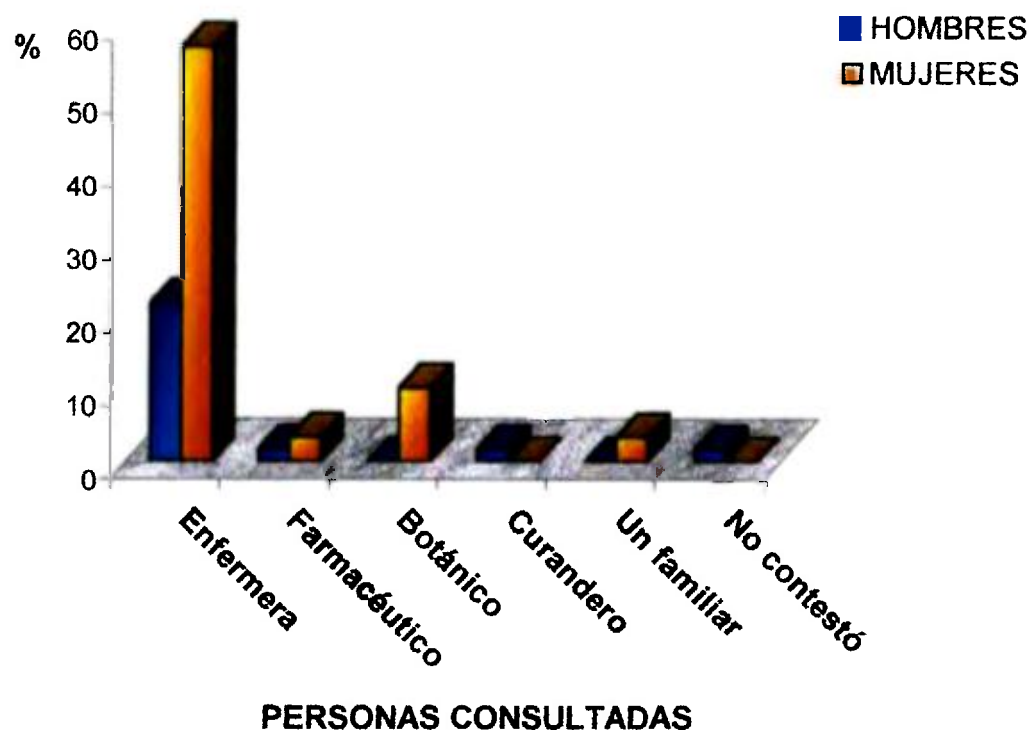
P 0.16

II. Aspectos relativos a la salud.

Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos, al comparar esta variable por sexo, obteniéndose un χ^2 de 8.50 menor que 11.1 con 5 grados de libertad y una $p = 0.13 > p = 0.05$. Se observa que un alto porcentaje de las personas encuestadas, 78.3% (47) manifiesta que consultan a la enfermera, de las cuales el 21.6% (13) son hombres y el 56.7% (34) son mujeres. Un 5% (3) de los pacientes señaló que consulta al farmacéutico. De éstos, sólo un hombre que representa el 1.7% (1) consulta al farmacéutico y el 3.3% (2) corresponde a las mujeres. Es importante resaltar que hay un 10% (6) de estos pacientes que dijo haber consultado al botánico, siendo éstas mujeres, mientras que un hombre, que constituye un 1.7% (1) indicó que consulta al curandero. El 3.3% (2), que corresponde a las mujeres señaló que ha consultado a un familiar. Solamente un hombre no contestó, representando el 1.7%. (Figura No. 9).

Puede decirse que estos pacientes mantienen un mayor vínculo con la enfermera; sin embargo, es importante señalar que, a pesar de que asisten a la instalación de salud, hay un 11.7% (7) que consultan al botánico y curandero, respectivamente

Figura No. 9. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN PERSONAS QUE MÁS CONSULTAN Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

OTRAS PERSONAS CONSULTADAS	TOTAL		SEXO			
	FREC.	%	HOMBRES		MUJERES	
			FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
Enfermera	47	78.3	13	21.6	34	56.7
Farmacéutico	3	5.0	1	1.7	2	3.3
Botánico	6	10.0	-	-	6	10.0
Curandero	1	1.7	1	1.7	-	-
Un familiar	2	3.3	-	-	2	3.3
No contestó	1	1.7	1	1.7	-	-

$$X^2 = 8.50$$

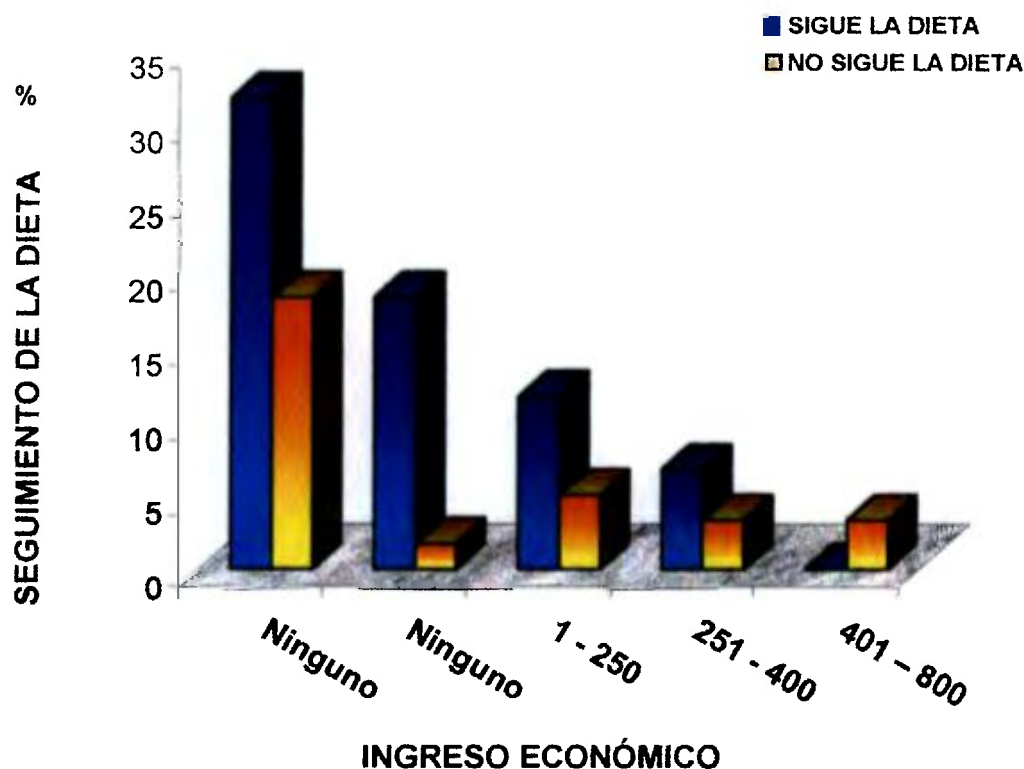
Gl: 5

P 0.13

La distribución de pacientes diabéticos de acuerdo al seguimiento de la dieta, según ingreso económico muestra en este cuadro que el 68.3% (41) de las y los entrevistados da seguimiento a la dieta; mientras que el 31.7% (19) no sigue la dieta; por otro lado, de aquellos que no tienen ningún ingreso económico, siendo el 18.3 (11) no la sigue. (Figura No. 10).

Para determinar si existe dependencia entre el seguimiento de la dieta y el ingreso económico se realizó la prueba de significación: $\chi^2 = 7.702$. Dado que 7.702 es menor que 9.49 con 4 grados de libertad y una $p = 0.10 > p = 0.05$, se concluye que no existe dependencia entre seguir la dieta y el ingreso económico del paciente diabético

Figura No. 10. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN SEGUIMIENTO DE LA DIETA E INGRESO ECONÓMICO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

INGRESO ECONÓMICO	SEGUIMIENTO DE LA DIETA					
	TOTAL		SIGUE LA DIETA		NO SIGUE LA DIETA	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	60	100	41	68.3	19	31.7
Ninguno	30	50.0	19	31.7	11	18.3
1 - 250	12	20.0	11	18.3	1	1.7
251 - 400	10	16.7	7	11.6	3	5.0
401 - 800	6	10.0	4	6.7	2	3.3
801 - 1,200	2	3.3	-	-	2	3.3

$$X^2 = 7.702$$

$$G1 = 4$$

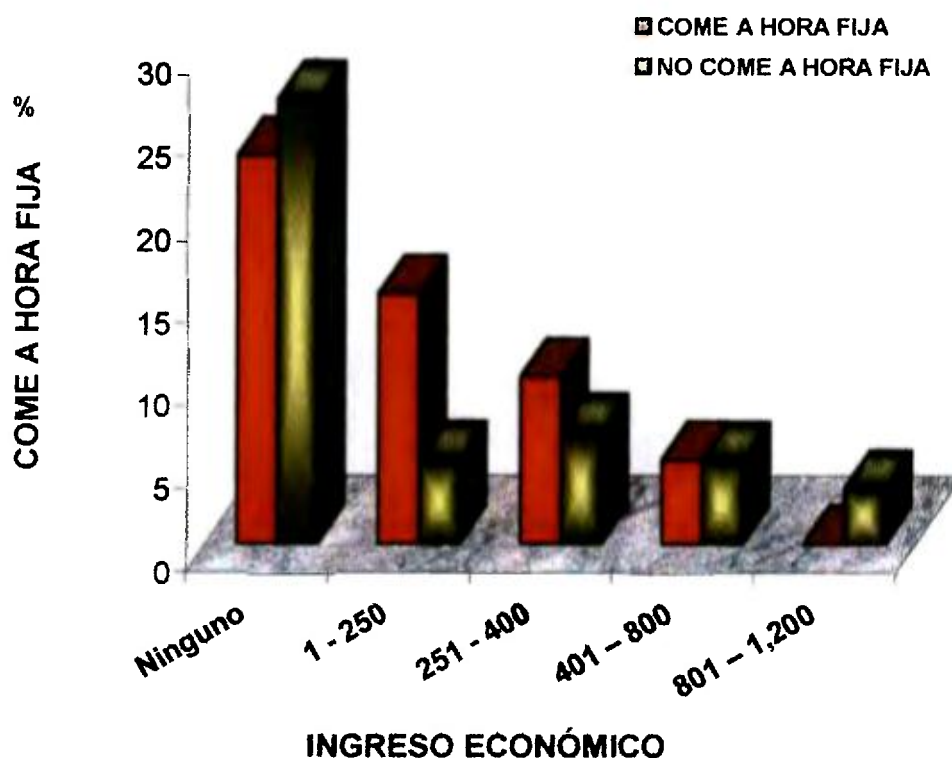
$$p = 0.10$$

Las y los pacientes encuestados fueron clasificados de acuerdo con su ingreso económico y si comen a hora fija; los resultados muestran que el 53.3%(32) come a hora fija y el 46.7% (28) no lo hace. El 50% (30) de los entrevistados no devenga ningún sueldo, de los cuales el 23.3% (14) come a hora fija, mientras que el 26.7% (16) no come a hora fija. De los que tienen ingresos el 36.7 % (22) de ellos tiene ingresos menores a los 400 dólares. El 13.3% (8) de los que tienen ingresos mayores de 400 dólares no comen a hora fija. (Figura No 11).

A continuación, se aplica la prueba de significación estadística chi cuadrado = 5.29.

Dado que 5.29 es menor que 9.4877 con 4 grados de libertad y una $p = 0.26$ $> p = 0.05$, se concluye que no existe dependencia entre comer a hora fija y el ingreso económico del paciente diabético.

Figura No. 11. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN INGRESO ECONÓMICO Y COMER A HORA FIJA: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

INGRESO ECONÓMICO	COME A HORA FIJA					
	TOTAL		COME A HORA FIJA		NO COME A HORA FIJA	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	60	100	32	53.3	28	46.7
Ninguno	30	50.0	14	23.3	16	26.7
1 - 250	12	20.0	9	15.0	3	5.0
251 - 400	10	16.7	6	10.0	4	6.7
401 - 800	6	10.0	3	5.0	3	5.0
801 - 1,200	2	3.3	-	-	2	3.3

$$X^2 = 5.29$$

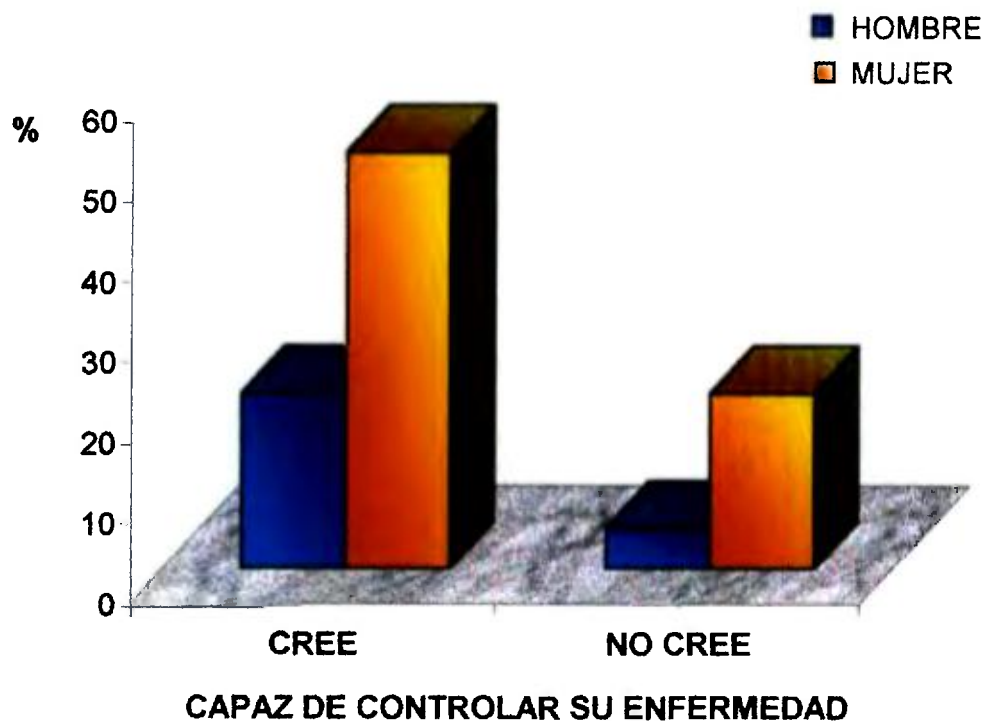
$$G1 = 4$$

$$p = 0.26$$

En la distribución de la frecuencia de las y los pacientes diabéticos encuestados, según creencia que el diabético es capaz de controlar su enfermedad y sexo, se observa que el 73.3% (44) de las personas encuestadas considera que es capaz de controlar su enfermedad. De éstos, el 21.7% (13) son hombres y el 51.6 (31) son mujeres. Sólo un 26.7% (16) contestó que no cree que es capaz de controlar su enfermedad, de los cuales el 5% (3) son hombres y 21.7 (13) son mujeres; siendo en este caso, las mujeres las que en su mayor porcentaje señalan que no se sienten capaces de controlar su diabetes. (Figura No. 12)

Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos. Se obtuvo un $\chi^2 = 0.69$ inferior al chi cuadrado 3.8 de la tabla, para una $p = 0.40 > p = 0.05$.

Figura No. 12. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CREENCIA QUE EL DIABÉTICO ES CAPAZ DE CONTROLAR SU ENFERMEDAD Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

ES CAPAZ DE CONTROLAR SU ENFERMEDAD	SEXO					
	TOTAL		HOMBRE		MUJER	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
CREE	44	73.3	13	21.7	31	51.6
NO CREE	16	26.7	3	5.0	13	21.7

R.R: 1.58

O.R.: 1.82

$X^2 = 0.69$

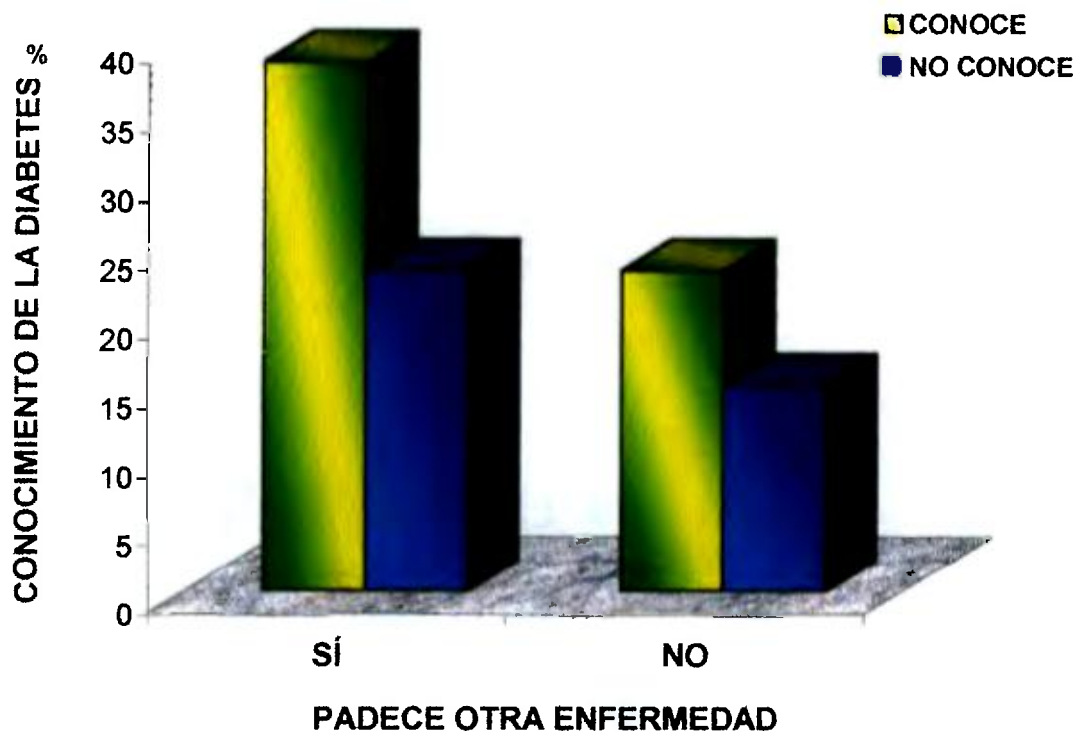
P 0.40

III. Conocimientos, actitudes y creencias del paciente diabético.

Puede observarse que más de la mitad de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados, es decir, el 61.7% (37) tiene conocimientos acerca de la enfermedad, mientras que más de un tercio, 38.3% (23) de estos pacientes manifiesta que no posee conocimientos acerca de su enfermedad. La mayoría de estos pacientes, 61.7% (37) indica que, además de la diabetes, padece otras enfermedades, la principal es la Hipertensión Arterial. De éstos, el 38.4% (23) tiene conocimientos acerca de la enfermedad, mientras que 23.3% (14) de estos pacientes no posee conocimientos sobre diabetes. De los pacientes que manifiestan no padecer otras enfermedades, menos de un tercio, 23.3% (14) tiene conocimientos sobre su enfermedad y un 15% (9) de estos pacientes no tiene conocimientos sobre la enfermedad. (Figura No. 13).

Los resultados no son significativos, pues se obtuvo una OR de 1.06, pero el límite de confianza inferior 0.32 es menor que 1, para una $p = 0.92 > p = 0.05$.

Figura No. 13. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA DIABETES Y PADECEN OTRA ENFERMEDAD: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

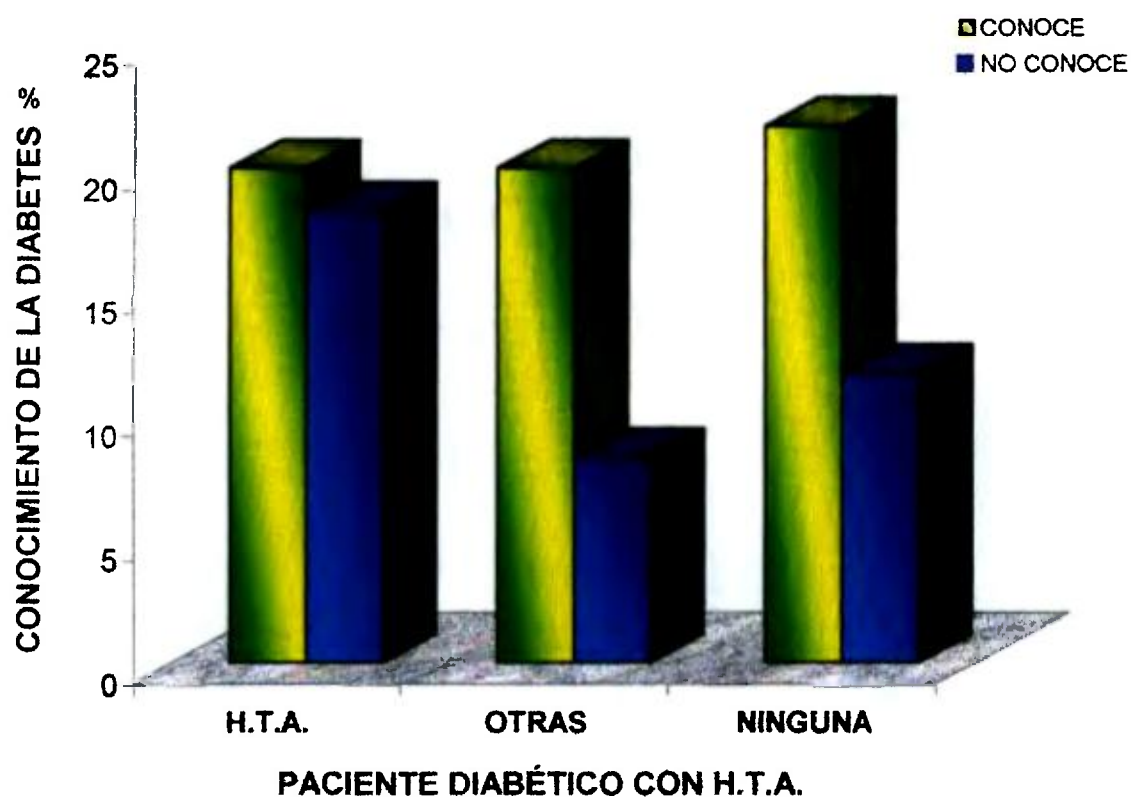
CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	PADECE OTRA ENFERMEDAD					
	TOTAL		NO PADECE		SÍ PADECE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	23	38.3	37	61.7
NO CONOCE	23	38.3	9	15.0	14	23.3
CONOCE	37	61.7	14	23.3	23	38.4

R.R: 1.02 O.R.: 1.06 L.C. 0.32<OR<3.51 $X^2 = 0.01$ P 0.92

En la distribución de frecuencia de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados, según pacientes con hipertensión y conocimiento de la diabetes se observa que el 38.3% (23) informó que padece hipertensión arterial. De éstos, el 20% (12) tiene conocimiento acerca de la diabetes y el 18.3% (11) no tiene conocimiento. (Figura No. 14).

Los resultados no muestran diferencias significativas, pues el chi cuadrado obtenido es de 1.54 con 2 grados de libertad para una $p = 0.46 > p = 0.05$, inferior a 6.0 de la tabla de chi cuadrado.

Figura No. 14. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN. PACIENTE DIABÉTICO CON H.T.A Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

PADECIENTE DIABÉTICO CON H.T.A.	CONOCIMIENTO DE LA DIABETES					
	TOTAL		CONOCE		NO CONOCE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	37	67.7	23	38.3
HTA	23	38.3	12	20.0	11	18.3
OTRAS ENF.	17	28.3	12	20.0	5	8.3
NINGUNA	20	33.4	13	21.7	7	11.7

$$X^2 = 1.54$$

Gf: 2

P 0.46

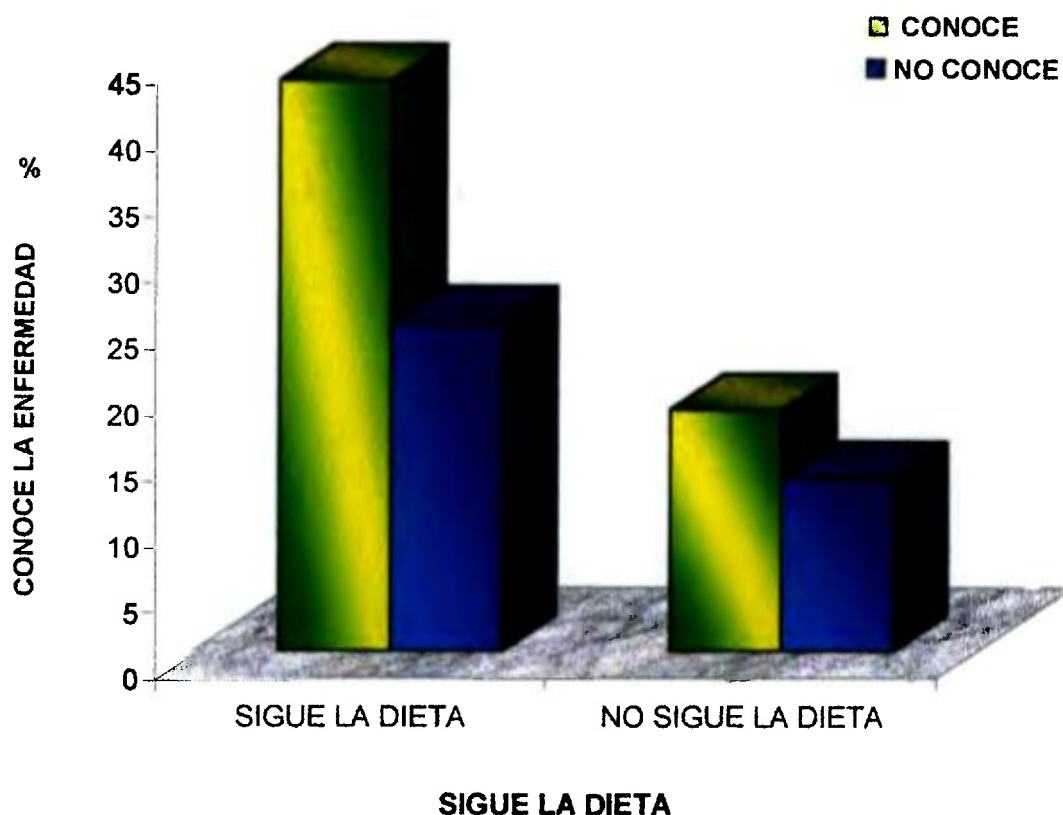
En la distribución de frecuencia de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados el 61.7% (37) conoce acerca de la diabetes, de los cuales el 43.3% (26) sigue las indicaciones de la dieta, mientras que el 18.4% (11) no lo hace. De los pacientes que manifestaron no tener conocimiento, 38.3% (23); el 25% (15) sigue las indicaciones de la dieta; mientras que el 13.3% (8) no sigue indicaciones de dieta. (Figura No. 15)

A continuación, se presenta la prueba estadística para determinar si existe dependencia entre el conocimiento de la diabetes y si sigue las indicaciones de la dieta.

Se obtuvo un chi cuadrado de 0.16. Dado que 0.16 es menor que 3.841 con 1 grados de libertad y una $p = 0.90 > p = 0.05$, se concluye que no existe dependencia entre el conocimiento de la diabetes y el seguimiento de las indicaciones de dieta.

Se aplicó también la razón de dispanidad, obteniéndose una OR de 1.26 (mayor que 1), lo que indica que puede ser un posible factor de riesgo.

Figura No. 15. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DE LA DIETA: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	SIGUE LAS INDICACIONES DE LA DIETA					
	TOTAL		NO SIGUE DIETA		SIGUE DIETA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	19	31.6	41	68.3
NO CONOCE	23	38.3	8	13.3	15	25.0
SÍ CONOCE	37	61.7	11	18.3	26	43.3

R.R= 1.10 O.R= 1.26 L.C. 0.30<OR<4.40 $X^2 = 0.16$ P= 0.90

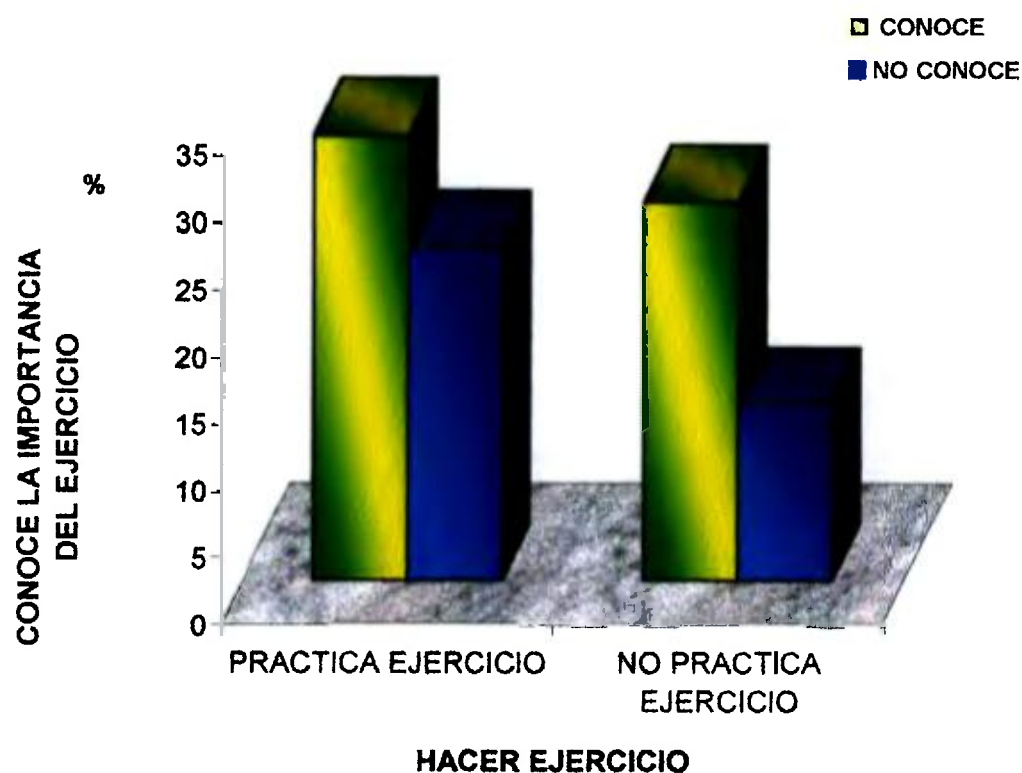
En la distribución de la frecuencia de las y los pacientes entrevistados de acuerdo a si conocen la importancia del ejercicio y si lo práctica. En este cuadro se observa que el 25 % (15) de los que no conocen la importancia del ejercicio lo practica; mientras que el 13.3% (8) no lo practica; por otro lado, el 33.3% (20) de los que conocen la importancia del ejercicio, sí lo practica y el 28.4% (17) no lo practica. Cabe destacar que el 58.3% (35) de los pacientes hace ejercicios; mientras que del 41.7% (25) que no practica ejercicio la mayoría tiene conocimiento acerca de su importancia. El ejercicio que más practican es caminar. (Figura No. 16).

La significancia estadística entre estas categorías clasificatorias se probó a través de la prueba: chi cuadrado, el cual fue de 1.386.

Dado que 1.386 es menor que 3.841 con 1 grados de libertad y una $p = 0.24 > p = 0.05$, se concluye que no hay evidencia significativa para asegurar que conocer la importancia del ejercicio y realizarlos guardan dependencia.

Se aplicó la OR que fue de 0.62 con un límite de confianza inferior de 0.15 (menor que 1); por lo que puede decirse que los resultados obtenidos no son significativos; por lo que no se presenta como factor de riesgo para estos pacientes.

Figura No. 16. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE PRACTICAR EJERCICIO Y HACER EJERCICIO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

CONOCIMIENTO DE HACER EJERCICIO	PRACTICA EJERCICIO					
	TOTAL		NO PRACTICA		SÍ PRACTICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	25	41.7	35	58.3
NO CONOCE	23	38.3	8	13.3	15	25.0
SÍ CONOCE	37	61.7	17	28.4	20	33.3

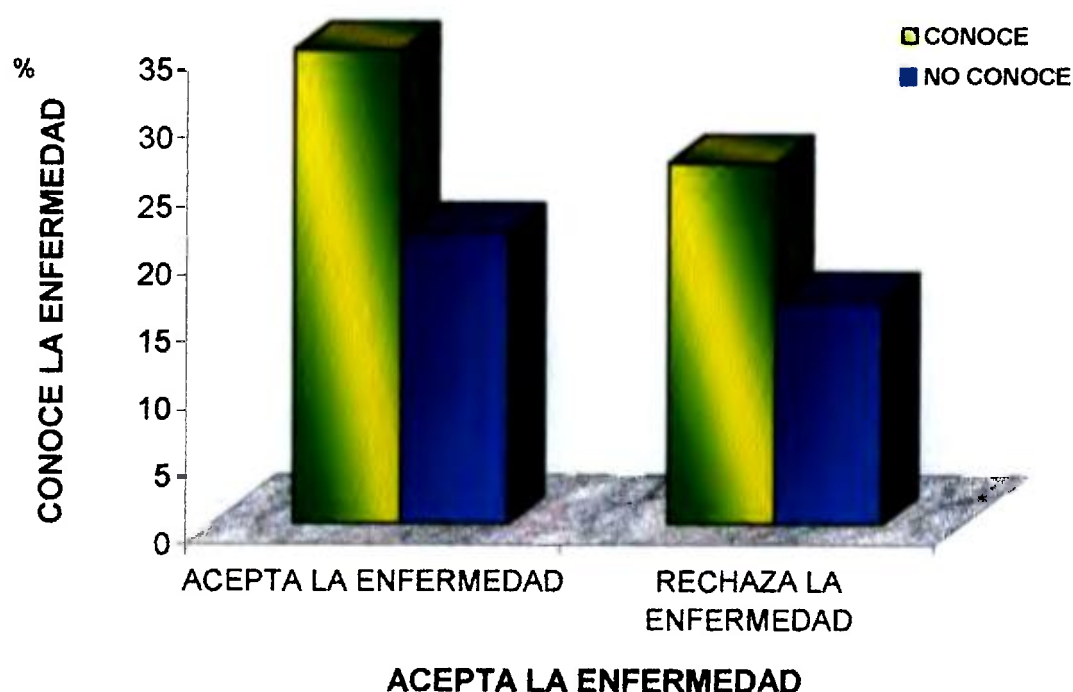
R.R: 0.77 O.R.: 0.62 L.C. 0.15<OR<1.75 $X^2 = 1.36$ P 0.24

De las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos entrevistados, el 38.3% (23) no conoce acerca de la diabetes, mientras que el 61.7% (37) sí tienen conocimiento. De los que conocen, el 35% (21) acepta esta enfermedad, mientras que el 26.7% (16) no la aceptan; por otro lado, de los pacientes que no tienen conocimiento sobre la enfermedad, el 21.7% (13) la acepta; mientras que el 16.6% (10) rechaza su enfermedad (Figura No. 17)

A continuación, se aplica la prueba de significación estadística OR que = 1.01, para una $p = 0.98 > p = 0.05$, se concluye que los resultados no son significativos, pues el límite de confianza inferior es menor que 1.

Figura No. 17.

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA DIABETES Y ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD					
	TOTAL		RECHAZA		ACEPTA	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	60	100	26	43.3	34	56.7
NO CONOCE	23	38.3	10	16.6	13	21.7
CONOCE	37	61.7	16	26.7	21	35.0

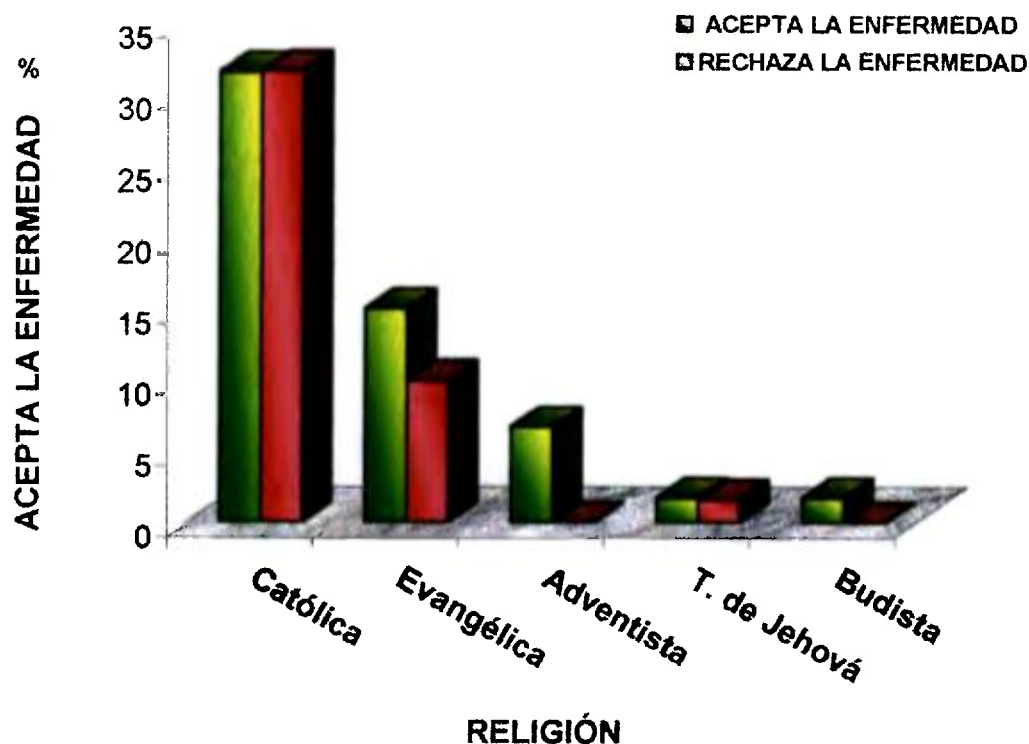
R.R: 1.0 O.R.: 1.01 L.C. 0.34<OR<2.93 $X^2 = 0.6$ P 0.98

En la distribución de frecuencia de las y los pacientes con diabetes encuestados, según reacción al conocer que padecían diabetes y la religión, muestra que el 63.3% (38) es Católico, tomando esto como el 100%, puede decirse que el 50% (19) acepta la enfermedad y el otro 50% (19) la rechaza. El 25% (15) es Evangélico, de los cuales el 15% (9) acepta la enfermedad, mientras que el 10% (6) la rechaza.

El 6.7% (4) es Adventista y todos aceptan la enfermedad, el 3.3% es Testigo de Jehová, de los cuales uno acepta su enfermedad y el otro la rechaza; 1.7% (1) es Budista y acepta su enfermedad. (Figura No. 18).

Se aplicó la prueba de significación estadística y no se encontró diferencias significativas. El X^2 obtenido fue de 4.72, con 4 grados de libertad para una $p = 0.32 > p = 0.05$, siendo menor que X^2 9.5 de la tabla.

Figura No. 18. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN REACCIÓN AL CONOCER QUE PADECÍAN DE DIABETES Y RELIGIÓN: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

RELIGIÓN	REACCIÓN AL CONOCER QUE PADECE DE DIABETES					
	TOTAL		ACEPTA LA ENFERMEDAD		RECHAZA LA ENFERMEDAD	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	60	100	34	56.7	26	43.3
Católica	38	63.3	19	31.6	19	31.7
Evangélica	15	25.0	9	15.0	6	10.0
Adventista	4	6.7	4	6.7	-	-
T. de Jehová	2	3.3	1	1.7	1	1.6
Budista	1	1.7	1	1.7	-	-

$X^2 = 4.72$

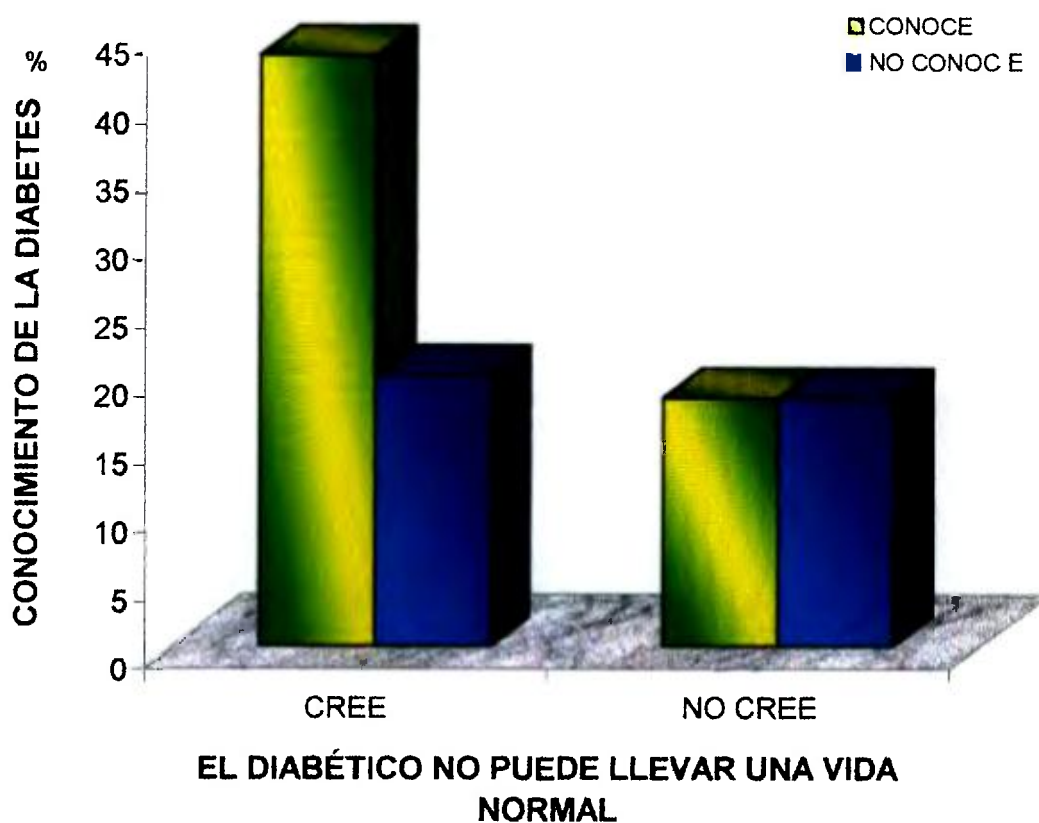
Gl 4

P 0.32

Los resultados de la distribución de frecuencia de las personas con diabetes encuestadas, según creencia de que el diabético no puede llevar una vida normal, muestran que, del total de personas encuestadas, el 36.6% (22) cree que sí puede llevar una vida normal; mientras que hay un 63.3% (38) que señala que no pueden llevar una vida normal. De estos pacientes, el 61.7% (37) tiene conocimiento; en tanto que, el 38.3% (23) no tiene conocimientos acerca de la enfermedad. De los pacientes que creen que no pueden llevar una vida normal, el 43.3% (26) tiene conocimientos y el 20.0% (12) reportó no tener conocimientos. Se observa que aquellos pacientes que respondieron no tener esta creencia y que tienen conocimiento representan el 18.3% (11) y en igual porcentaje respondieron aquellos que tampoco tienen conocimiento acerca de la enfermedad. (Figura No. 19).

Se obtuvo una OR de 2.17; para una $p = 0.16 > p = 0.05$, lo que indica que esta creencia puede ser un posible factor de riesgo para estos pacientes; puesto que más de la mitad de éstos tiene la creencia de que por su enfermedad no pueden llevar una vida normal; lo que puede significar un rechazo para su incorporación en un plan de autocontrol y autocuidado de su enfermedad.

Figura No. 19. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CREENCIA DE QUE EL DIABÉTICO NO PUEDE LLEVAR UNA VIDA NORMAL Y CONOCIMIENTO DE LA DIABETES: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

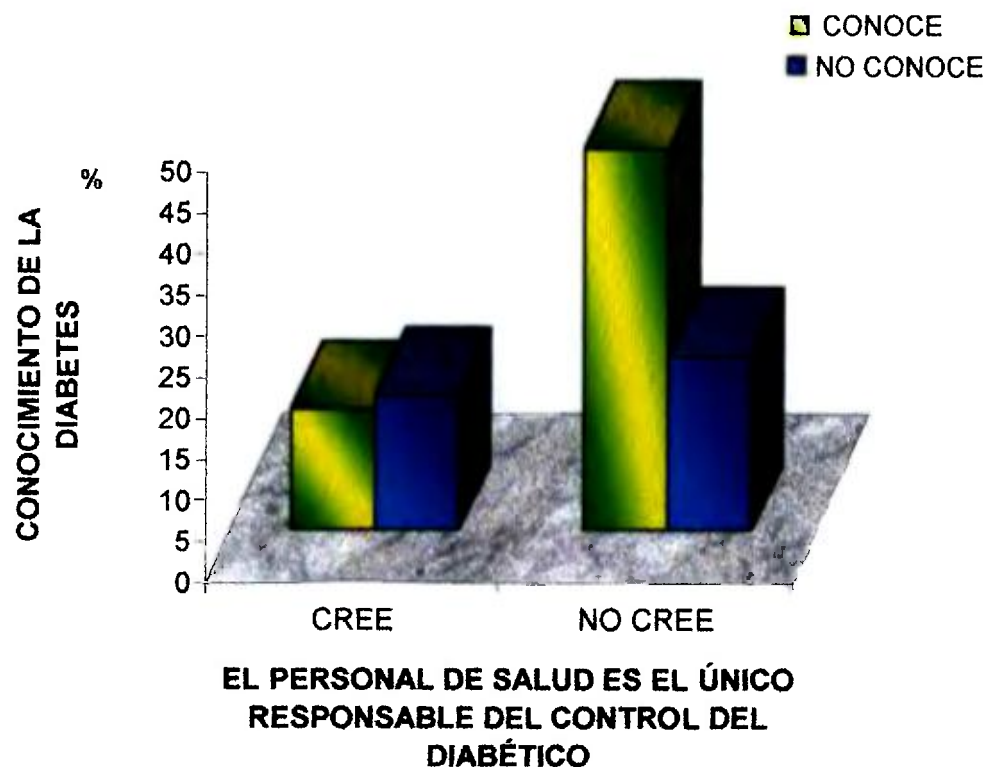
CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	EL DIABÉTICO NO PUEDE LLEVAR UNA VIDA NORMAL					
	TOTAL		NO CREE		CREE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	23	38.3	37	61.7
NO CONOCE	22	36.7	11	18.3	11	18.4
CONOCE	38	63.3	12	20.0	26	43.3

R.R: 1.37 O.R.: 2.17 L.C. 0.64<OR<7.37 $X^2 = 1.97$ P 0.16

En la distribución de la frecuencia de las personas con diabetes encuestadas, según creencia de que el personal de salud es el único responsable del control del diabético y su conocimiento de la enfermedad, se muestra que el 31.7% (19) cree que el personal de salud es el único responsable del control del diabético; mientras que el 68.3% (41) señaló lo contrario. De estos pacientes, sólo el 15% (9) que conoce manifestó que cree que es el personal de salud el único responsable del autocontrol del diabético, en tanto que, el 16.7% (10) que no conoce dijo que cree que el único responsable es el personal de salud. El 46.7% (28) que conoce indicó que no cree que el personal de salud es el único responsable del control del diabético y sólo un 21.6% (13), que no tiene conocimiento, señaló que no cree que el personal es el único responsable del control del diabético. (Figura No. 20).

Los resultados no son significativos, ya que la OR es de 0.42 (inferior a 1); para una $p = 0.12 > p = 0.05$, lo que puede significar que, si más de la mitad de los pacientes encuestados señala que no cree que el personal de salud es el único responsable del control del diabético, éste no es un factor de riesgo para estos pacientes.

Figura No. 20. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CREENCIA DE QUE EL PERSONAL DE SALUD ES EL ÚNICO RESPONSABLE DEL CONTROL DEL DIABÉTICO Y CONOCIMIENTO DE LA DIABETES: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	EL PERSONAL DE SALUD ES EL UNICO RESPONSABLE DEL CONTROL DEL DIABÉTICO					
	TOTAL		NO CREE		CREE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	41	68.3	19	31.7
NO CONOCE	23	38.3	13	21.6	10	16.7
CONOCE	37	61.7	28	46.7	9	15.0

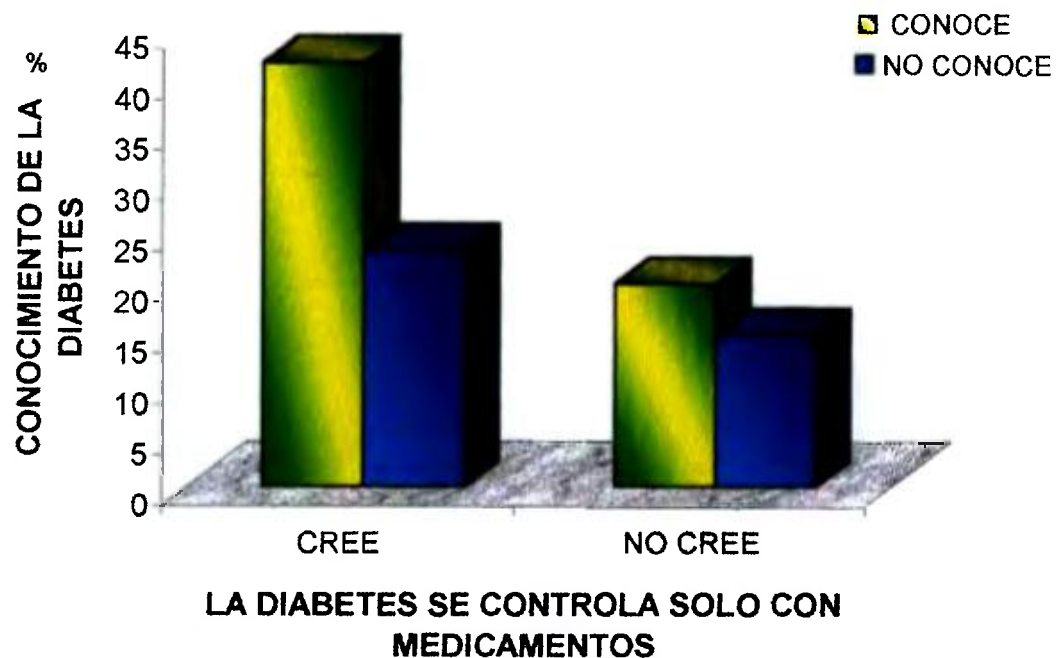
R.R: 0.69 O.R.: 0.42 L.C. 0.13<OR<1.31 $X^2 = 2.36$ P 0.12

En la distribución de frecuencias de las personas con diabetes que creen que la diabetes se controla sólo con medicamentos, se muestra que el 65% (39) del total de encuestados mantiene esta creencia; mientras que el 35% (21) manifiesta no poseer esta creencia. Al relacionar estos datos con las frecuencias observadas, con relación al conocimiento de la enfermedad, se puede notar que el 41.7% (25) que tiene conocimientos sobre la enfermedad cree que sólo tomando medicamentos puede controlarla; en tanto que hay un 23.3% (14) que no conoce acerca de la enfermedad y manifiesta esta creencia. El 20% (12) que tiene conocimiento indicó no estar de acuerdo con esta creencia y un 15% (9) de estos pacientes, que no tiene conocimientos acerca de la enfermedad, señaló no tener esta creencia (Figura No. 21).

Los resultados obtenidos son estadísticamente significativos, con una OR de 1.34; para una $p = 0.59 > p = 0.05$, lo que permite inferir que puede ser un posible factor de riesgo en estos pacientes, ya que, a pesar de que la mayoría tiene conocimientos acerca de la diabetes, más del 50% de los pacientes diabéticos y las pacientes diabéticas mantiene la creencia de que sólo tomando sus medicamentos puede controlar su enfermedad. Este resultado es sumamente importante considerarlo al formular la propuesta educativa; puesto que puede incidir negativamente en la práctica de otras medidas para su autocontrol, por estimar que no son necesarias en el tratamiento de su enfermedad.

Figura No. 21.

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CREENCIA DE QUE LA DIABETES SÓLO SE CONTROLA CON MEDICAMENTOS Y CONOCIMIENTO DE LA DIABETES: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	LA DIABETES SE CONTROLA SOLO CON MEDICAMENTOS					
	TOTAL		NO CREE		CREE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	21	35.0	39	65.0
NO CONOCE	23	38.3	9	15.0	14	23.3
CONOCE	37	61.7	12	20.0	25	41.7

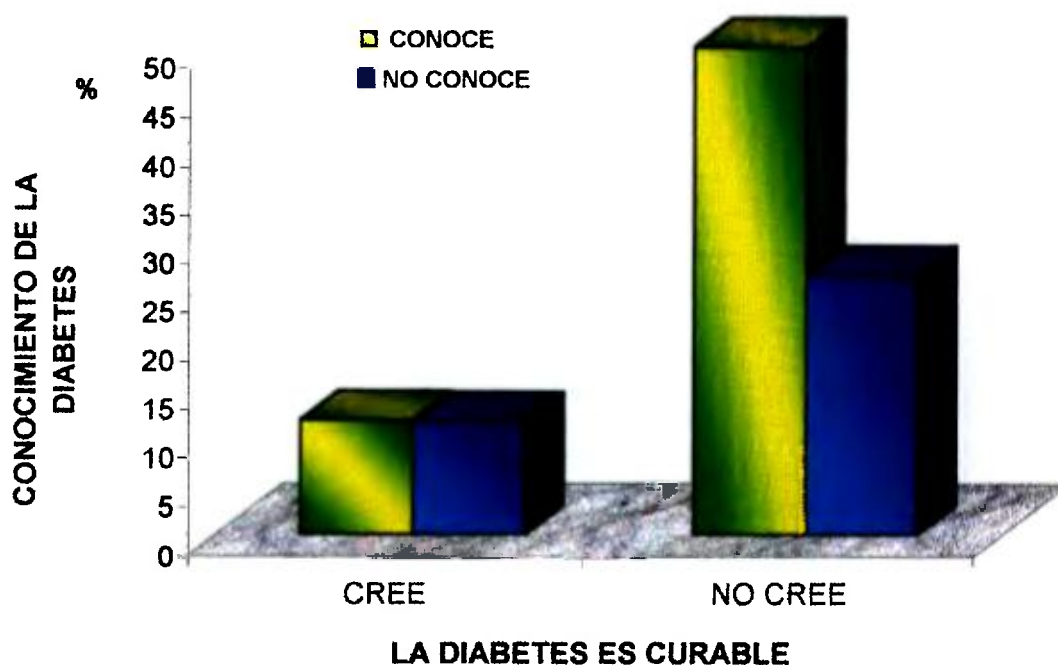
R.R: 1.12 O.R.: 1.34 L.C. 0.44<OR<4.02 $X^2 = 0.28$ P 0.59

En la distribución de la frecuencia de personas con diabetes encuestadas, según creencia de que la diabetes es curable, con relación al conocimiento de la enfermedad, se encontró que el 76.7% (46) no cree que la diabetes es curable; mientras que hay un 23.3% (14) que manifiesta que la diabetes sí es curable. De estos pacientes, el 61.7% (37) tiene conocimientos acerca de la enfermedad y el 38.3% (23) no conoce sobre la enfermedad. De los pacientes que conocen, sólo un 11.7% (7) cree que su enfermedad es curable; en tanto que el 50% (30) señaló no estar de acuerdo con esta creencia. De los pacientes que señalaron no tener conocimientos sobre la enfermedad, el 26.7% (16) contestó no estar de acuerdo con esta creencia y sólo un 11.6% (7) señaló que la diabetes es curable. (Figura No. 22).

Sin embargo, al analizar estos resultados se observa que no son estadísticamente significativos, una OR de 0.53; una $p = 0.14 > p = 0.05$ y un límite de confianza inferior a uno, por lo que puede concluirse que no es un factor de riesgo.

Figura No. 22.

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CREENCIA DE QUE LA DIABETES ES CURABLE Y CONOCIMIENTO DE LA DIABETES: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

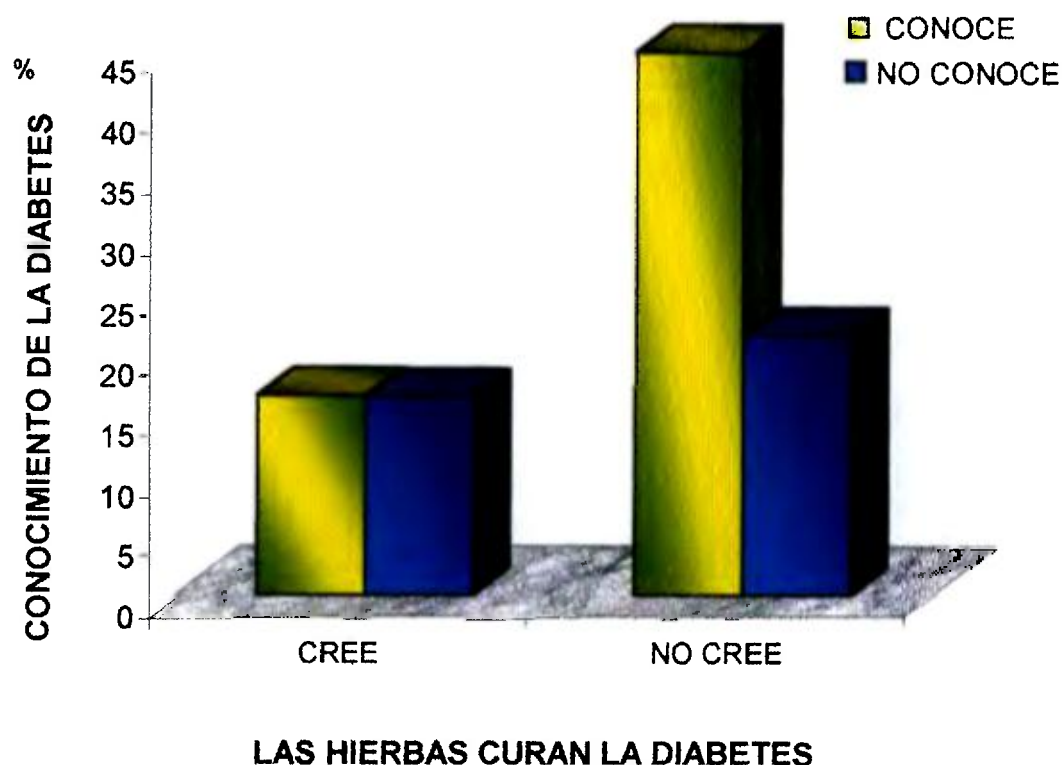
CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	LA DIABETES ES CURABLE					
	TOTAL		NO CREE		CREE	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	60	100	46	76.7	14	23.3
NO CONOCE	23	38.3	16	26.7	7	11.6
CONOCE	37	61.7	30	50.0	7	11.7

R.R: 0.77 O.R.: 0.53 L.C. 0.15<OR<2.15 $X^2 = 1.03$ P 0.14

Según los resultados obtenidos en la distribución de frecuencias de personas con diabetes que creen que algunas hierbas curan la diabetes, en relación con su conocimiento de la enfermedad, se observa que el 66.7% (40) del total de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados señaló que no creen que las hierbas pueden curar la diabetes; mientras que hay un 33.3% (20) que considera que algunas hierbas sí curan la diabetes. De estos pacientes, el 61.7% (37) conoce sobre diabetes y el 38.3% (23) no tiene conocimientos acerca de su enfermedad. De los pacientes que tienen conocimientos sobre su enfermedad, el 45% (27) no cree que algunas hierbas pueden curar la diabetes; sin embargo, hay un 16.7% (10) que sí cree que algunas hierbas pueden curar la enfermedad. De los que no conocen sobre su enfermedad, el 21.7% no cree que algunas hierbas curan la diabetes; no obstante, se observa que en igual porcentaje de los que conocen, hay un 16.6% (10) que sí creen que algunas hierbas pueden curar la diabetes (Figura No. 23).

Estos resultados no son estadísticamente significativos, puesto que se obtuvo una OR de 0.48, para una $p = 0.19 > p = 0.05$ y un límite de confianza 0.16 inferior, menor que 1, sin embargo, puede concluirse que no es un factor de riesgo para la salud de estos pacientes, ya que la mayoría, tanto de los que conocen como de los que no tienen conocimiento no están de acuerdo con esta creencia. Este es un factor favorable para el éxito de un programa de autocontrol del paciente diabético.

Figura No. 23. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CREENCIA DE QUE LAS HIERBAS CURAN LA DIABETES Y CONOCIMIENTO DE LA DIABETES: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

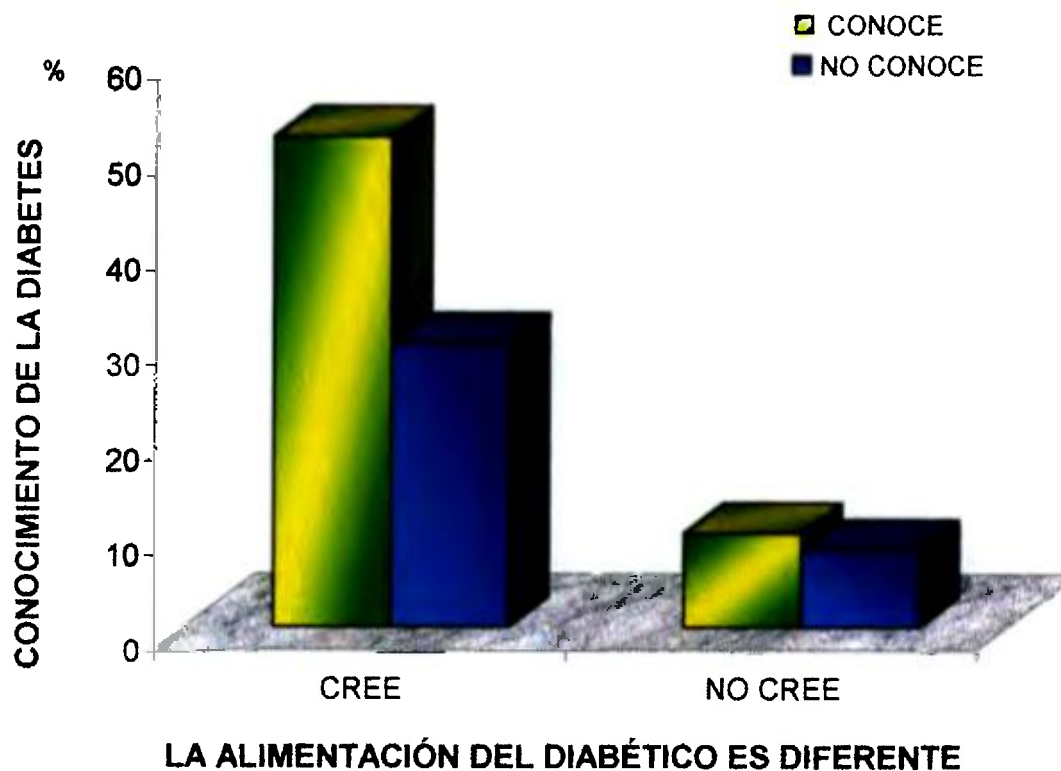
CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	LAS HIERBAS CURAN LA DIABETES					
	TOTAL		NO CREE		CREE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	40	66.7	20	33.3
NO CONOCE	23	38.3	13	21.7	10	16.6
CONOCE	37	61.7	27	45.0	10	16.7

R.R: 0.74 O.R.: 0.48 L.C.0.16 <OR<1.49 $X^2 = 1.70$ P 0.19

En la distribución de la frecuencia de personas con diabetes encuestadas, según creencia de que la alimentación del diabético es diferente a la del resto de la familia y su conocimiento de la enfermedad, se observa que el 81.7% (49) de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos cree que la alimentación del diabético es diferente. Sólo un 18.3% (11) indica lo contrario. De estos pacientes, el 51.7% (31) tiene conocimiento de la enfermedad y el 30% (18) no conoce acerca de la enfermedad. De los pacientes que señalaron no creer que la alimentación es diferente, el 10% (6) tiene conocimientos y el 8.3% (5) dijo no tener conocimientos acerca de la diabetes. (Figura No. 24).

Estos resultados son significativos, ya que la OR es de 1.43 (mayor que 1), una $p = 0.05$, lo que sugiere que esta creencia puede ser un posible factor de riesgo, puesto que el 81.7 %, siendo la mayoría los que conocen sobre su enfermedad creen que su alimentación debe ser diferente a la del resto de la familia.

Figura No. 24. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA DIABETES Y CREENCIA DE QUE LA ALIMENTACIÓN DEL DIABÉTICO ES DIFERENTE: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	LA ALIMENTACIÓN DEL DIABÉTICO ES DIFERENTE					
	TOTAL		NO CREE		CREE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	11	18.3	49	81.7
NO CONOCE	23	38.3	5	8.3	18	30.0
CONOCE	37	61.7	6	10.0	31	51.7

R.R: 1.16 O.R.: 1.43 L.C.0.35<OR<5.59 $\chi^2 = 0.28$ P 0.05

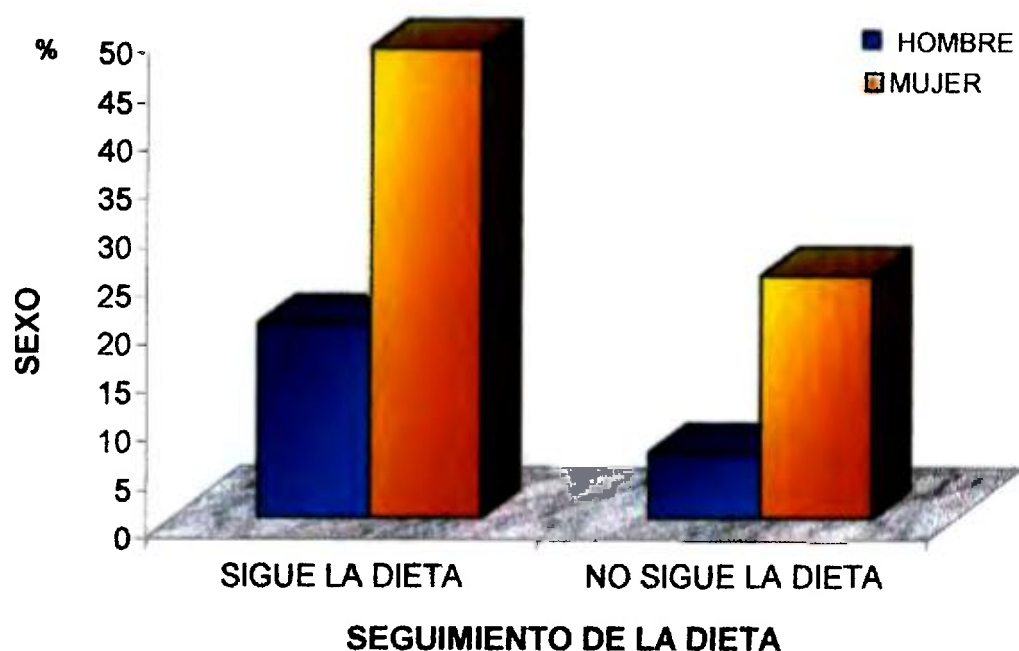
IV Prácticas.

En la distribución de frecuencias de las personas con diabetes encuestadas, con relación al cumplimiento de indicaciones de dieta, según sexo se observa que el 68,3% (41) manifiesta que sí sigue su dieta. De éstos, el 20% (12) corresponde a los hombres y el 48 3% (29) a las mujeres; en tanto que un 31.7% respondió que no cumple con su dieta, de los cuales 6.7% (4) son hombres y el 25% (15), mujeres. (Figura No. 25).

Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos, con un χ^2 de 0.44 inferior a 3.8 chi cuadrado de la tabla, para una $p = 0.50 > p = 0.05$.

Cabe destacar que más de un cuarto del total de los hombres y mujeres encuestadas (31.7%) no cumple con las indicaciones de la dieta, factor básico para un adecuado control de su enfermedad, siendo la mayoría las mujeres. Todo esto justifica un programa educativo que estimule la modificación de este comportamiento.

Figura No. 25. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES DE DIETA Y SEXO: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

SIGUE LA DIETA	SEXO					
	TOTAL		HOMBRE		MUJER	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	60	100	16	26.7	44	73.3
SIGUE LA DIETA	41	68.3	12	20.0	29	48.3
NO SIGUE LA DIETA	19	31.7	4	6.7	15	25.0

$$X^2 = 0.44$$

$$G1 = 1$$

$$P 0.50$$

La distribución de la frecuencia de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados, según comer a hora fija y seguimiento de dieta muestra que el 46.7% (28) come a hora fija. De éstos, el 21.7% (13) sigue dieta, mientras que el 25% (15) no sigue dieta.

De los pacientes que no comen a hora fija 53.3% (32), el 46.6% sigue dieta y el 6.7% (4) no la sigue. (Figura No. 26).

Se aplicó la prueba de significación estadística y se encontró que hay una razón de dispanidad de 0.12, para una $p = 0.01 < p = 0.05$ y un límite inferior de confianza de 0.03 (menor que 1), ello indica que no presenta como un posible factor de riesgo.

Figura No. 26. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS ENCUESTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO, SEGÚN COMER A HORA FIJA Y SEGUIMIENTO DE LA DIETA: AÑO 2001.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las personas con diabetes, de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano. Año 2001.

HORA FIJA DE COMER	SEGUIMIENTO DE LA DIETA					
	TOTAL		NO SIGUE LA DIETA		SIGUE LA DIETA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	60	100	19	31.7	41	68.3
NO COME A HORA FIJA	32	53.3	4	6.7	28	46.6
COME A HORA FIJA	28	46.7	15	25.0	13	21.7

R.R: 1.88 O.R.: 0.12 L.C. 1.97<OR<38.70 $\chi^2 = 11.45$ P 0.01

**PROPUESTA INNOVADORA DE EDUCACIÓN PARA EL AUTOCONTROL DE
LAS PERSONAS CON DIABETES.**

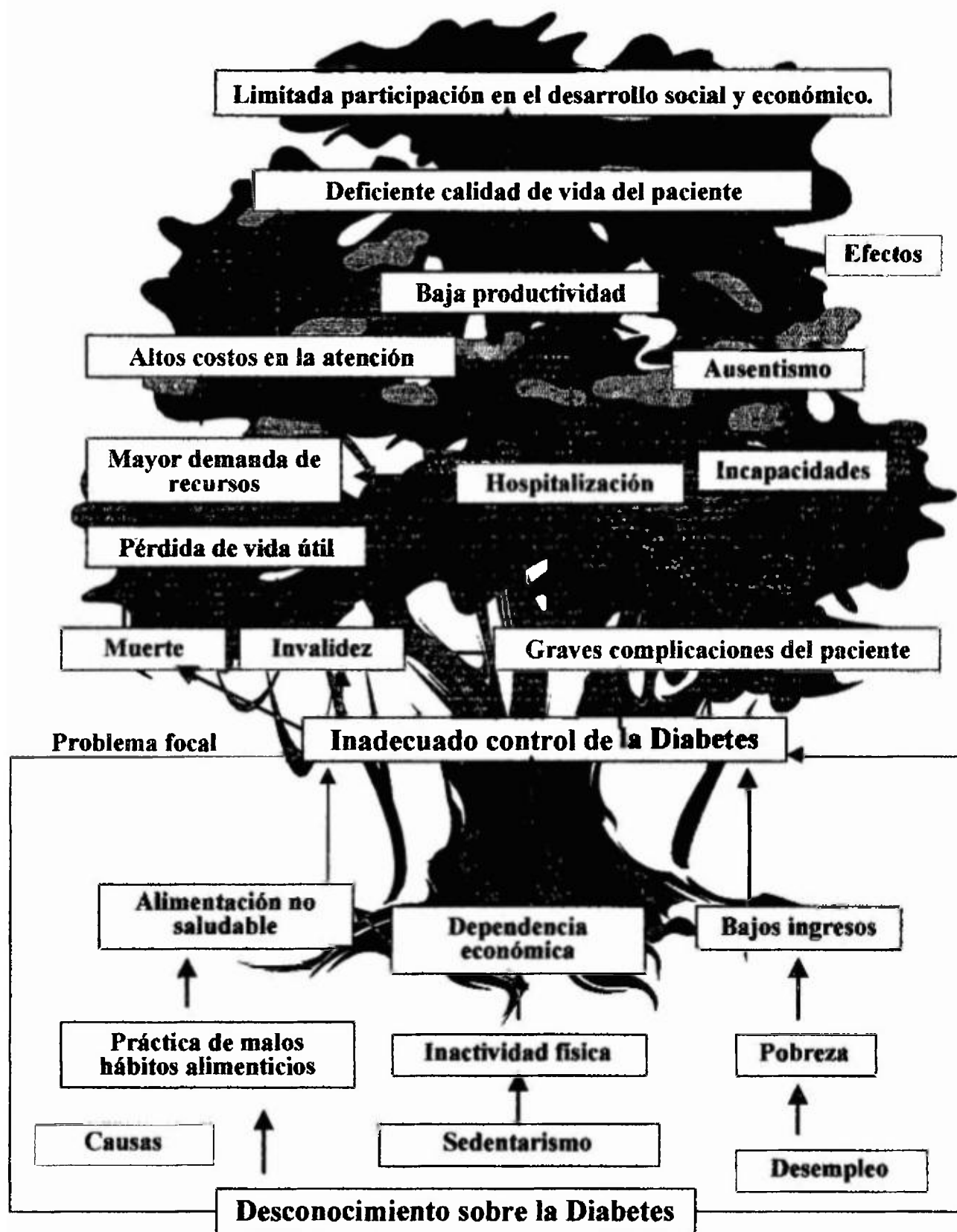


Fig. No. 3. Técnica del Árbol de Problemas.

IX. PROPUESTA INNOVADORA DE EDUCACIÓN PARA EL AUTOCONTROL DE LAS PERSONAS CON DIABETES.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF discutieron en la Conferencia de Alma Ata el futuro de la salud y formularon una estrategia global de la salud. La Declaración de Alma Ata estableció que:

“la educación relacionada con los problemas de la salud prevalentes y los métodos para identificarlos, prevenirlos y controlarlos” son el primer elemento esencial de la atención primaria de salud. La participación comunitaria e individual en la asunción de autorresponsabilidad en relación con la salud y el bienestar fueron la base de la estrategia que había de seguir cada país. (OMS (1978)).

En el presente, no se discute la importancia de los comportamientos y los estilos de vida de las personas, grupos y comunidades como determinantes principales de enfermedad, discapacidad y muerte. La práctica de conductas saludables adquiere gran importancia cuando las principales causas de muerte y discapacidad dejan de ser las enfermedades transmisibles y pasan a serlo las enfermedades crónicas. La protección contra las enfermedades infecciosas se puede lograr mediante inmunizaciones, en cambio, la protección contra las enfermedades crónicas como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares implican mantener un peso adecuado, dejar de fumar, dejar de beber en exceso, hacer ejercicio regularmente y evitar el estrés, entre otros. Estas prácticas deben realizarse de por vida. En consecuencia, los programas de educación para la salud deben ser planificados sobre la base del conocimiento de estos factores determinantes de la salud de las personas. En este sentido, el Modelo

PRECEDE ofrece las bases para una planificación eficaz, de tal forma que antes de diseñar la intervención educativa, se conozcan todos los factores importantes que pueden ejercer influencia en la conducta

A. Diagnóstico Social.

El 50% de las personas con diabetes no tiene ningún tipo de ingresos y depende de su familia. El 37% de los pacientes encuestados tienen bajos ingresos económicos. El 86.8% tiene ingresos por debajo de la canasta básica. Con relación a la escolaridad, el 33.3% tiene primaria completa y el 30%, secundaria incompleta.

El 68% de las personas con diabetes son casadas o unidas y el 31.6% son solteros

En su mayoría, las personas estudiadas profesan la religión católica.

En cuanto a su procedencia, la mayoría son residentes habituales del área urbana y peri urbana del sector oeste de la provincia de Panamá.

B. Diagnóstico Epidemiológico.

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa. Esta enfermedad disminuye la esperanza de vida en un tercio y la frecuencia de incapacidades por invalidez es el doble o triple comparado a la población general. La mayoría de

las Diabetes de apañción adulta son obesos. La tasa de incidencia es más alta entre negros, personas de ascendencia hispana y asiáticos en Estados Unidos. Las tasas de hospitalización comparadas con la población general son 2 - 4 veces más altas en adultos diabéticos y 5.3 veces más altas en niños diabéticos. La mitad de estas personas con más de 65 años se hospitalizan cada año. Los diabéticos tienen 20 veces más la frecuencia de gangrena de los pies con relación a los no diabéticos. El mayor número de pacientes pertenece al sexo femenino, constituyendo el 73% de la muestra en estudio en edades entre 50 – 69 años

Para 1999, la Diabetes se encuentra en el sexto lugar entre las diez primeras causas de muerte en Panamá. La tasa de mortalidad es más alta en mujeres (20.3 por 100,000 habitantes.) que en los hombres, con relación a las otras principales causas de muerte, en una proporción de 0.8:1

Actualmente, por disposición de la O. P. S. Se considera que el 5% de la población adulta padece diabetes. De éstas 5 a 10 % son del Tipo 1 y el 90 a 95%, del Tipo 2.

1. Características clínicas de la Diabetes:

Síntomas y signos: Poliuria y sed, Polifagia con pérdida de peso, Visión borrosa, Debilidad o fatiga, Hiperglicemia.

2. Evaluación Diagnóstica:

- (a) Presencia de glicemia anormalmente alta
- (b) . Una glicemia mayor de 105 mg / dl.
- (c) . Si en dos o más mediciones en ayuno, la glicemia es igual o mayor de 140 mg / dl

3 Factores que la ocasionan:

La herencia

Estilos de vida no saludables

Malos hábitos alimenticios

Sedentarismo

4. Factores predisponentes:

Obesidad

Hipertensión Arterial

La edad mayor de 40 años

Antecedentes familiares de diabetes Tipo 2

5. Complicaciones que puede presentar el paciente:

Retinopatía

Nefropatía

Neuropatía periférica Micro y macro angeopatía

Pre diabético

Enfermedad periodontológica complicada.

Puede produce invalidez por.

Ceguera

Amputaciones

Impotencia sexual

Pérdida de los dientes.

C. Diagnóstico conductual:

1. Causas conductuales y no conductuales de la Diabetes Mellitus

Pobreza

Desempleo

Dependencia Económica

Baja Escolaridad

Estrés

Sedentarismo o Falta de Actividad Física

Antecedentes familiares de Diabetes Tipo 2

Poco consumo de alimentos ricos en fibra, vegetales y frutas.

Obesidad

Edad mayor de 40 años

La herencia

Sexo

Publicidad en los medios sobre consumo de alimentos sin valor nutricional.

Consumo predominante de grasas y azúcares.

Consumo de bebidas alcohólicas

2. Diferenciación de las causas conductuales y no conductuales

2.1 Causas no conductuales:

Pobreza

Desempleo

Dependencia Económica

Baja Escolaridad

Antecedentes familiares de Diabetes Tipo 2

Edad mayor de 40 años

La herencia

Sexo

Publicidad en los medios sobre consumo de alimentos sin valor nutricional.

1.2. Causas Conductuales:

Consumo predominante de grasas y azúcares.

Consumo de bebidas alcohólicas

Obesidad

Poco consumo de alimentos ricos en fibra, vegetales y frutas.

Estrés

Sedentarismo o Falta de Actividad Física.

Malos hábitos alimentarios.

2. Inventario de Conductas

2.1. Conductas preventivas:

Disminuir el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares.

Evitar el consumo de bebidas alcohólicas o no empezar.

Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra, vegetales y frutas.

Continuar haciendo ejercicios o iniciar un plan para aumentar la actividad física.

Manejar adecuadamente el estrés.

Comer a horas regulares.

Seguir un plan de alimentación balanceada.

Emplear adecuadamente el tiempo libre.

2.2. Conductas de Tratamiento:

- (a). Participar en programas de educación no formal para el autocontrol.**
- (b). Dejar de consumir bebidas alcohólicas.**
- (c). Hacer ejercicios de relajación.**
- (d). Mantener un peso adecuado para la edad y sexo.**
- (e). Participar en programas de ejercicios con asesoría profesional.**
- (f). Iniciar un régimen de alimentación saludable.**
- (g). Regular la publicidad en los medios en lo que a alimentos se refiere**
- (h). Participar en programas para Terapia de Ocio.**
- (i). Tomar medicamentos prescritos por el médico.**

3 Clasificación de las conductas de acuerdo con su capacidad de cambio.

CAMBIABLE	BASE PARA CAMBIAR LA CONDUCTA
<p>Disminuir el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares.</p> <p>Seguir un plan de alimentación saludable</p> <p>Iniciar un plan para aumentar la actividad física</p> <p>Manejar adecuadamente el estrés.</p> <p>Establecer un horario regular de comidas.</p>	<p>Mediante un Programa Educativo con metodologías activas, las personas con Diabetes de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A Solano pueden modificar estas conductas</p>
MENOS CAMBIABLE	BASE PARA CLASIFICAR LA CONDUCTA
<p>Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.</p> <p>Participar en programas de ejercicios con asesoría profesional</p> <p>Participar en Programas para Terapias de ocio</p> <p>Mantener un peso conveniente</p>	<p>Estas conductas para su modificación requieren intervenciones especializadas.</p> <p>Las personas con Diabetes tienen que hacer un gasto adicional de su presupuesto familiar</p>

4. Formulación de Objetivos Conductuales:

- (a). El 90% de las personas con diabetes disminuirán el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares en un período de seis meses, una vez finalizado el programa.**
- (b) El 80% de las personas con diabetes aumentarán el consumo de fibras, vegetales y frutas en un período de seis meses, una vez finalizado el programa.**
- (c). El 90% de las personas con diabetes establecerán un horario regular de comidas al mes de finalizado el programa.**
- (d). El 85% de las personas con diabetes aumentarán su actividad física en un período de tres meses de finalizado el programa.**
- (e). El 85% de las personas con diabetes practicarán ejercicios de relajación al mes de finalizado el programa.**

D. Diagnóstico Educativo:

1. Factores Predisponentes: Conocimientos, Creencias, Valores y Actitudes.

POSITIVOS	IMPORTANCIA	POTENCIAL DE CAMBIO
Las personas con diabetes identifican las complicaciones de la enfermedad.	Alta	Alto
Las personas con diabetes del Hospital Solano valoran el ejercicio como bueno para su salud	Alta	Alto
Las personas con diabetes del Hospital Nicolás Solano creen que son capaces de controlar su enfermedad.	Alta	Alto
NEGATIVO	IMPORTANCIA	POTENCIAL DE CAMBIO
Las personas con diabetes del Hospital Nicolás Solano creen que sólo tomando medicamentos pueden controlar su enfermedad.	Alta	Alto
Creen que la alimentación de las personas con diabetes es diferente a la del resto de la familia.	Alta	Alto
Creen que las personas con diabetes sólo deben preocuparse cuando su glicemia está alta.	Alta	Alto
Las personas con diabetes del Hospital Solano no practican ejercicio con regularidad	Alta	Alto
La mayoría de las personas con diabetes depende de su familia o tienen bajos ingresos.	Alta	Alto

1 Factores Facilitadores:

POSITIVOS	IMPORTANCIA	POTENCIAL DE CAMBIO
Las personas con diabetes tienen acceso a los servicios de salud.	Alta	Alto
El Equipo de Salud de la Clínica está altamente motivado.	Alta	Alto
Las personas con diabetes reconocen la enfermedad se puede controlar.	Alta	Alto
La gran mayoría ocupa su tiempo libre viendo televisión.	Alta	Medio
NEGATIVO	IMPORTANCIA	POTENCIAL DE CAMBIO
En el área se carece de sitios de sano esparcimiento	Alta	Bajo
Los lugares donde se practica deportes no son accesibles a las personas con diabetes.	Alta	Bajo

2. Factores Reforzadores:

POSITIVOS	IMPORTANCIA	POTENCIAL DE CAMBIO
Existe un programa de orientación al diabético.	Alta	Medio
Se cuenta con una Clínica y personal para la atención de las personas con diabetes.	Alta	Bajo
La mayoría de las y los pacientes ocupa su tiempo libre viendo televisión, esto puede ser útil para reforzar los mensajes educativos.	Alta	Medio
NEGATIVO	IMPORTANCIA	POTENCIAL DE CAMBIO
Los y las pacientes no cuentan con suficientes recursos económicos.	Alta	Bajo
La mayoría de los pacientes no tienen autonomía, ya que dependen de la familia	Alta	Bajo

E. Diagnóstico Administrativo:

1. Presupuesto Total: B/. 1,350.00

Objeto de Gasto	Costo
Papelería	B/. 300.00
Refrigerios	B/. 240.00
Equipo	B/. 200.00
Transporte	B/. 10.00
Módulos	B/. 300.00
Salario estimado de facilitadores	B/. 300.00

Personal:

- Personas con Diabetes
- Nutricionista
- Enfermera
- Fisioterapista
- Médico
- Educador para la Salud.

Equipos y materiales:

- **Papel periódico**
- **Tablero portátil**
- **Hojas blancas**
- **Módulos de auto-instrucción**
- **Marcadores**
- **Tiza**
- **Borrador**
- **Equipo para demostración del Cuidado de pies:**
 - (a) **Limas de cartón**
 - (b) . **Piedra Pómez**
 - (c) . **Corta uña**
 - (d) . **Espejo**

F. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

1. Introducción.

La Educación para la Salud es esencial en el abordaje terapéutico del diabético. Es inadecuado introducir los contenidos temáticos: ¿Qué es la Diabetes?, Alimentación Saludable, Actividad Física y Cuidados de los Pies sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que asuma su compromiso en el autocontrol de su enfermedad

Se pretende que las personas estén mejor preparadas para tomar sus propias decisiones. El propósito es que los y las pacientes diabéticos (as) estén y vivan lo mejor posible.

Es incuestionable que la Diabetes y su manejo están en manos del propio(a) diabético(a). Los trabajadores de salud se constituyen en facilitadores del aprendizaje de las y los diabéticos, pero el éxito en el control de su enfermedad dependerá de ellos mismos.

Estos programas se han elaborado con el propósito de que contribuyan a la autoformación de estos pacientes, disminuyendo con ello las complicaciones, sobre todo, los altos costos de atención y mejorando su calidad de vida

2 Objetivos de Aprendizaje:

Conocimiento:

Al finalizar el programa educativo, el 90% de las personas con diabetes de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano:

- (a) Identificará correctamente los síntomas de la diabetes.
- (b). Seleccionará correctamente alimentos de los cuatro grupos de la pirámide para una alimentación equilibrada
- (c). Explicará la importancia del ejercicio para el control de su diabetes.
- (d). Enumerará las medidas para el cuidado de los pies.

Creencias:

Al finalizar el programa educativo, el 85% de las personas con diabetes:

- (a). Creerá que las consecuencias de una diabetes no controlada son graves.
- (b). Creerá que la diabetes es una enfermedad crónica que se puede controlar.
- (c). Creerá que el control de su diabetes es su responsabilidad.
- (d) Creerá que su alimentación no es diferente a la del resto de su familia.

Habilidades:

Al finalizar el programa educativo, el 80% de las personas con diabetes:

- (a). Podrá hacer ajustes en sus hábitos alimentarios.
- (b). Practicará algún tipo de actividad física.
- (c) Hará ejercicios de relajación.
- (d) Practicará las medidas para el cuidado de sus pies.
- (e). Apoyará en la capacitación a otros pacientes.

3. Estrategias educativas:

El programa empleará estrategias de comunicación que incluyen: auto-instrucción, mediante un diseño modular. La estrategia puede ser desarrollada a nivel individual o grupal

Las metodologías de capacitación incluyen: desarrollo de habilidades, mediante métodos individuales como lecturas dirigidas, aprendizaje indagatorio; colectivizados como: juegos de simulación, demostraciones, discusiones en grupo.

4. Métodos organizacionales: Las personas con diabetes, una vez capacitadas, conformarán grupos de autoayuda para otros pacientes.

5. Participantes. Personas con Diabetes de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano.

6. Responsable: Equipo de la Clínica de Diabetes

7. Duración: 4 sesiones de 40 minutos cada una.

8. Lugar: Sala de Conferencias del Hospital Nicolás A. Solano.

9. Temáticas: Aprendo y Controlo Mi Diabetes, Como Saludablemente y Controlo Mi Diabetes; Ejercito Mi Cuerpo y Controlo Mi Diabetes y Cuido Mis Pies y Mi Higiene Personal

10 Cronograma:

ACTIVIDAD	SEMANAS				RECURSOS	RESPONSABLE	PRODUCTO ESPERADO
	1	2	3	4			
Planificación de los talleres.					Sala de reuniones, sillas, módulos	Enfermera de la Clínica de Diabetes.	Programa educativo elaborado.
Reunión para la capacitación del Equipo Facilitador					Sala de reuniones, Transporte.	Administrador	Compromiso del Equipo facilitador para la aplicación de la metodología.
Ejecución de los talleres.					Facilitadores Sala de reuniones Materiales equipo	Equipo facilitador	Personas con diabéticos capacitados y motivados hacia la adopción de comportamientos sanos para su autocontrol.
Evaluación					Facilitadores Personas con diabetes Materiales y equipo	Enfermera de la Clínica.	Informe final

11. Evaluación.

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de participantes al inicio y al final de la capacitación. - Porcentaje de utilización de recursos planificados - Métodos y técnicas adecuadas al grupo. - Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas - Disponibilidad de los recursos materiales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Listas de asistencia - Informe de actividad. - Hoja de cotejo. - Cronograma de actividades. - Informe de la actividad
<p>Impacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de cumplimiento de metas del programa a corto plazo. - Porcentaje de participantes que contestan correctamente la prueba de conocimiento - Porcentaje de participantes interesados que participan en el grupo de autoayuda. - Disminución de tasas de hospitalización - Disminución de casos de hipoglucemia e hiperglicemia. - Disminución de retinopatías, nefropatías. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cronograma Programa. - Test de conocimiento. - Grupo de autoayuda conformado. - Discusión de grupo.
<p>Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con Diabetes capacitadas que conforman el grupo de autoayuda. - Número de actividades para la prevención y control de la Diabetes desarrolladas por los pacientes. - Número de personas con Diabetes que practican medidas de autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de autoayuda organizados desarrollando actividades. - Plan de acción del grupo de autoayuda.

12. Hoja de Cotejo.

Evaluación de la metodología utilizada.

Valor 35 puntos.

35 – 28
27 – 20

Muy apropiada
Medianamente
apropiada

Objetivo. Establecer la relación
entre metodología, motivación,
participación y aprendizaje.

19 – 12
Menos de
11

Poco apropiada
No fue apropiada

CRITERIOS	1	2	3	4	5	OBSERVACIÓN
1. Aceptación: La actividad gustó a los y las participantes.						
2. Participación: Las y los participantes se involucraron con entusiasmo.						
3. Comprensión del propósito y manejo de la actividad.						
4. Comprensión del mensaje: Demostraron haber comprendido el mensaje.						
5. Utilización de lo aprendido: Los y las participantes podrán utilizar lo aprendido.						
6. Seguimiento: Las y los participantes solicitaron informes complementarios o actividades similares.						
7. Impacto en el grupo: Demostraron interés en organizarse y realizar actividades con otros grupos de pacientes.						

X. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Una vez concluido el análisis de las diferentes variables y los cruces posibles, se plantean las siguientes conclusiones:

El 73.3% son mujeres y el 26.7%, hombres. Siendo las mujeres el grupo más afectada por el problema de la diabetes.

El 71.7% de las y los pacientes se encuentra entre los rangos de edad de 50 a 69 años, con una edad promedio de 57 años.

La mayoría de estos pacientes (63.4%) ha completado su educación básica general (primaria completa y primer ciclo de secundaria).

El 65% de estos pacientes depende económicamente de algún miembro de su familia. De éstos, la mayoría son mujeres (51.7%), las cuales no perciben ningún tipo de ingreso.

De los pacientes diabéticos y las pacientes diabéticas que trabajan, los hombres se inclinan por oficios como vendedor, conductor, mensajero, mecánico; mientras que las mujeres, por trabajo de salud y doméstico.

El ingreso mensual promedio que perciben las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos es de B/ 250.00.

El 63.3% de los pacientes diabéticos y las pacientes diabéticas profesan la religión Católica.

El 68.3% es casado o unido. No obstante, hay un porcentaje significativo que no tiene compañero o compañera.

El 38.3% de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos no posee conocimientos acerca de su enfermedad. Sin embargo, el 68.3% de éstos hace dieta.

El 56.7% de los pacientes diabéticos y las pacientes diabéticas aceptan su enfermedad; mientras que 43.3% la rechaza.

En cuanto a la practica de ejercicio o realizar algún tipo de actividad física, el 58.3% de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos señaló que sí lo practican. Sin embargo, hay un 41.7% que no realiza ningún tipo de actividad física. De éstos, el 28.4%, a pesar de que tiene conocimiento de la importancia de hacer ejercicio, no lo practica.

El 42% de las pacientes diabéticas y de los pacientes diabéticos encuestados ocupan su tiempo libre en ver televisión y el 40%, en leer y escuchar música. De éstos, la mayoría son mujeres en un 50%

El 61.6% manifestó que padece otras enfermedades, destacándose como la primera complicación la Hipertensión Arterial.

El 78% de estos y estas pacientes consulta a la enfermera, además de su médico, no obstante hay algunos pacientes que consultan al botánico y curandero, respectivamente

Creencias de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos encuestados:

El 63.3% de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos cree que no puede llevar una vida normal. De éstos, el 43.3% tienen conocimiento acerca de su enfermedad

El 81.7% cree que su alimentación debe ser diferente a la del resto de la familia y el 65%, que sólo tomando medicamentos puede controlar su enfermedad, a pesar de que el 41.7% tiene conocimientos acerca de su enfermedad.

El 76.7% de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos cree que la diabetes es controlable.

El 73.3% de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos cree que es capaz de controlar su enfermedad. De éstos, el 51.6% son mujeres.

El 66.7% de las pacientes diabéticas y de los pacientes diabéticos no cree que algunas hierbas curan la diabetes.

El 68.3% de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos no cree que el personal de salud es el único responsable del control del diabético

Algunos conocimientos identificados en las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos:

Las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos en su mayoría conocen que su enfermedad no es curable y que sólo puede controlarse.

La mayoría de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos conocen la importancia del ejercicio para el control de su enfermedad.

La mayoría de las **pacientes diabéticas** y los **pacientes diabéticos** tienen conocimientos acerca de su alimentación. Entre los alimentos que señalaron que deben evitarse están los **azúcares** y **grasas**, principalmente.

Algunos comportamientos y prácticas que deben ser reforzados en las **pacientes diabéticas** y los **pacientes diabéticos**, por medio de la intervención educativa:

Seguir practicando ejercicios con regularidad.

Continuar con una alimentación saludable.

Mantener un horario regular de comidas.

Emplear adecuadamente su tiempo libre.

Cumplir con sus citas de control.

XI. RECOMENDACIONES

Una vez finalizado este estudio, nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones.

- Realizar otros estudios que profundicen el problema de la diabetes, particularmente en las mujeres; puesto que es el grupo más afectado.
Las mujeres van a tener una mayor demanda de los servicios de salud que los hombres; por lo que el sistema de salud deberá adecuar estrategias de promoción de la salud que garanticen una mejor calidad de vida para las mujeres.
- Capacitar a los Equipos de Salud del Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas en el manejo de la propuesta educativa innovadora para el autocontrol de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos.
- Proponer al Sistema de Salud la adecuación de los servicios para brindar una atención integral y oportuna a estas y estos pacientes, priorizando la atención a las mujeres.

- Es de fundamental importancia incorporar el enfoque de género en las intervenciones de atención y promoción dirigidas a estas y estos pacientes.
- Fortalecer el sistema de vigilancia para las enfermedades crónicas, especialmente la diabetes.
- Integrar a la familia, a los programas de autocontrol de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos, especialmente a aquellos miembros que están al cuidado de las personas con diabetes.
- Sugerir a las autoridades de salud, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social la revisión y actualización de las Normas de Atención de las pacientes diabéticas y los pacientes diabéticos.
- Dar continuidad a este estudio, a fin de medir los efectos de esta propuesta de intervención educativa.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

- Actualidades Diagnósticas. Boehringer Mannheim. 1986. No. 16. pág. 1-3.
- ALVAREZ, R. F. 1986. Tecnología Educativa en Salud. INCAP, Guatemala, 88 págs.
- BAUTISTA Z, Norma. Educación al paciente diabético. Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos – USAC, 1992 30 págs.
- CALERO, J. D. R. 1989. Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad 1^º edic Editorial Interamericana McGraw-Hill. España. 580 págs.
- CANALES, F. de, ALVARADO, E. P. de y PINEDA, E. B. 1986. Metodología de la Investigación. 1^º edic. Editorial LIMUSA, S.A. México. 330 págs.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud Ottawa, noviembre de 1986.
- COPPARD L. La autoatención de la salud y los ancianos. En La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación Científica No. 546 OPS. Washington D.C., 1994. 488 págs.
- Del Rincón, Delio, et al. 1995. Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Editorial DYKINSON. Madrid. 74 págs.
- Diabetes News. Excerpta Médica. 1987. No. 1. pág. 7

FALVO D. **Effective Patient Education: A Guide to Increased Compliance** Maryland: Aspen Publication, 1985.

GLANZ M, GLANZ R, eds **Health Education**. San Francisco: Jossey – Bass Publications, 1990.

GUEVARA, E. A. de. **Bases Teóricas de la Andragogía**. Caracas, Venezuela. Documento Mimeografiado. 12 – 18 págs.

HERNÁNDEZ S., R., FERNÁNDEZ C, C. Y BAPTISTA L., L. 1996. **Metodología de la Investigación** 2ª edic. McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V. México 505 págs

MARROQUIN, C., O. y ALVAREZ, R. F. 1987. **Módulo de Educación y Participación Comunitaria**. INCAP, Guatemala, 104 págs.

MINSA. 1997. **Curso, Manejo y Educación del Paciente Diabético**. Documento Memoria pág. 39

MINSA/CSS. 1992. **Programas de Salud dirigidos al Adulto**. Normas de Atención. pág. 23. OMS. 1991. **Salud Mundial Inter -Salud y Diabetes**. No. 9. pág. 23

OPS. 1981. **Plan de Acción para la Instrucción de Estrategias Regionales**. Washington D C., USA.

OPS. 1983 **Plan de Acción para la Instrucción de Estrategias Regionales**. Washington D.C., USA No. 179.

OPS. 1984. **Manual de Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus**. Serie PALTEX. No. 2. Washington D.C., USA. 56-59 págs. O. P. S.

OPS. 1990. **Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud**. Serie PALTEX. No. 18. Washington D.C., USA 3-14 págs.

OPS/OMS. 1996. Educación sobre Diabetes. Publicación Científica No. 9. Washington D C. 75 págs.

OPS. 1996. Educación sobre Diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia. Washington D.C 88 págs

OPS. 1997. Orientaciones estratégicas y Programáticas 1989 – 2002. 17 págs

OPS. 1998. Vigilancia y Evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2,000. CSP. 21 – 24 págs

OREM D. Nursing. Concepts of Practice 4 th ed. St Louis: Mosby, 1991

PALLADINO, E. 1980. Educación de Adulto. 1ª edic. Editorial HVMANITAS, Buenos Aires, Argentina. 189 págs.

PÁRAMO H., A. 1990. Manual de Autocuidado. 1ª edic Editorial El POIRA, Colombia. 151 págs.

REDMAN B. The Process of Patient Education. 6 th ed. St Louis Mosby, 1988.

ANEXOS

CUADRO No.1. NÚMERO DE MUERTES Y TASA POR DIABETES MELLITUS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR PROVINCIA. AÑOS: 1995 – 1999.

PROVINCIA	AÑOS									
	1995		1996		1997		1998		1999	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL	403	15.3	440	16.5	485	17.8	510	18.5	535	19.1
BOCAS DEL TORO	9	7.5	14	11.3	12	9.4	7	5.3	8	5.9
COCLÉ	16	8.4	24	12.5	17	8.8	23	11.7	39	19.7
COLÓN	51	27.1	41	21.5	56	28.9	54	27.6	39	19.7
CHIRIQUÍ	48	11.8	62	15	81	19.4	72	17	63	14.7
DARIÉN	2	3.6	0	0.0	0	0.0	1	1.6	1	1.6
HERRERA	19	1.8	13	12.8	15	14.6	19	18.5	29	28.0
LOS SANTOS	8	10.0	23	28.8	25	31.3	23	28.9	16	20.1
PANAMÁ	237	19.2	244	19.4	260	20.2	296	22.6	309	23.1
VERAGUAS	11	5.0	19	8.6	19	8.6	14	6.3	26	11.6
SAN BLAS	2	5.3	0	0.0	0	0.0	1	2.6	5	12.6

Cálculo por 100,000 habitantes, con base en la estimación de población al 1º de julio de los años respectivos

Fuente: Contraloría General de la República

CUADRO No 2. DEFUNCIONES DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN CAUSA AÑO 1999

CAUSA	TOTAL		DEFUNCIONES		MUJERES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Total	10,218	363.7	5,941	419.0	4,277	307.4
Tumores (Neoplasias Malignas)	1,620	57.7	901	63.5	719	51.7
Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresión y otras violencias	1,113	39.6	908	64.0	205	14.7
Enfermedades cerebrovasculares	1,087	38.7	573	40.4	514	15.4
Enfermedades isquémicas del corazón	988	35.2	554	39.1	434	31.2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	531	18.9	281	19.8	250	18.0
Diabetes Mellitus	501	17.8	218	15.4	283	20.3
Otras enfermedades del corazón	498	17.7	273	19.2	225	16.2
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	415	14.8	249	17.6	166	11.9
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	412	14.7	315	22.2	97	7.0
Neumonía	366	13.0	202	14.4	164	11.8
Las demás causas	2,687	94.9	1,467	103.4	1,220	87.7

Tasa por 100,000 habitantes y por sexo en base a la estimación de la población al 1º de julio del año respectivo

Cifras preliminares o provinciales

Fuente: Contraloría General de la República

**República de Panamá
Universidad de Panamá
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**

Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas del Paciente Diabético de la Consulta
Externa del Hospital Nicolás A. Solano

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas del diabético en relación con su autocontrol

Instrucciones: Conteste correcta y claramente las preguntas listadas en la presente encuesta Marque con una X su respuesta

Número de Orden Fecha
Antes de la intervención 1 Después de la intervención 2

I. DATOS GENERALES

1 Nombre y Apellido _____
2 Número de Cédula _____
3 Dirección actual de su residencia. _____
4 Lugar de residencia _____
5 Edad _____ (años cumplidos)
6 Sexo Hombre 1 Mujer 2

7 Estado Civil

Unido 1
Casado 2
Divorciado 3
Soltero 4
Viudo 5

8. Escolaridad

Primaria incompleta 1 Vocacional 5
Primaria completa 2 Universidad 6
Secundaria incompleta 3 Sin escolaridad 7
Secundaria completa 4

9 ¿A qué religión pertenece?

Católica 1 Testigo de Jehová 5
Evangélica 2 Budista 6
Adventista 3 Ateo 7
Mormona 4 Otra 8

10. ¿Trabaja actualmente? Si la respuesta es No, pasar a la pregunta No 13

Sí 1
No 2

11. ¿Cuál es su ocupación actual? _____

12 ¿Cuál es su ingreso mensual? B/. _____

II ASPECTOS RELATIVOS A LA SALUD

13 Además de su médico, ha consultado a otras personas por su enfermedad.

- | | | | | |
|------------|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------------------|
| Enfermera | <input type="checkbox"/> 1 | Curandero | <input type="checkbox"/> 4 | |
| Farmacéuta | <input type="checkbox"/> 2 | Un familiar | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Botánico | <input type="checkbox"/> 3 | Otro | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> |

14 ¿Padece otras enfermedades? Si la respuesta es Sí, especifique cuál

- Sí 1
- No 2
- ¿Cuál? _____

15 ¿Sigue las indicaciones de su dieta? Si la respuesta es No, especifique el porqué

- Sí 1
- No 2
- ¿Por qué? _____

16 ¿Come sus alimentos en horas fijas, según horario establecido? Si la respuesta es No, especifique el porqué

- Sí 1
- No 2
- ¿Por qué? _____

III CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADOS CON LA DIABETES

17 ¿Qué reacción provocó en usted saber que tenía Diabetes?

- | | | | | |
|--------------|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------------------|
| Temor | <input type="checkbox"/> 1 | Desconsuelo | <input type="checkbox"/> 4 | |
| Indiferencia | <input type="checkbox"/> 2 | Rechazo | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Ira | <input type="checkbox"/> 3 | Resignación | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> |

18 ¿A qué se dedica en su tiempo libre?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------------------|
| Leer | <input type="checkbox"/> 1 | Ver T.V | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Oír música | <input type="checkbox"/> 2 | Otro: _____ | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |

19 ¿Práctica algún tipo de ejercicio?

- Sí 1
- No 2
- Cuál _____

20 ¿La diabetes es una enfermedad que se puede curar?

- Sí 1
- No 2
- ¿Por qué no? _____

21 ¿Qué alimentos no deben ser incluidos en su dieta ?

22 La persona diabética

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| No produce suficiente insulina | <input type="checkbox"/> 1 | |
| Come demasiada azúcar | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Tiene mala función de los riñones | <input type="checkbox"/> 3 | |
| No sabe | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |

23 El ejercicio regular diario.

Debe evitarse a toda costa

1

No afecta el azúcar en la sangre y puede hacerse regularmente

2

Es bueno para la salud del diabético

3

No sabe

4

24 La dieta de un diabético

Es individualizada y consiste en comidas regulares bien balanceadas

1

Es rica en grasa y colesterol

2

Tiene un alto contenido de azúcar

3

No sabe

4

25 Cuando su glicemia está alta, qué hace _____

baja, qué hace _____

26 Los síntomas principales de la Diabetes son

Sed excesiva

1

Apetito excesivo

2

Orina frecuente

3

Todos los arriba mencionados

4

No sabe

5

27 ¿Qué complicaciones puede tener, a largo plazo, un diabético, si no se controla adecuadamente?

28 ¿Cómo se puede controlar la Diabetes?

29 Creencias y Actitudes

Marque con una equis (X), si está de acuerdo o no con las siguientes frases

De acuerdo

No estoy de acuerdo

1 Sólo tomando mis medicamentos puedo controlar mi enfermedad

2 Algunas hierbas medicinales curan la diabetes

3 Una persona diabética no puede llevar una vida normal, como el resto de las personas

	De acuerdo	No estoy de acuerdo
4 Todos los pacientes diabéticos necesitan insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Si usted mantiene sus niveles de azúcar en sangre normales, esto significa que se ha curado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 La alimentación del diabético es diferente a la del resto de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Cualquier persona puede sufrir de diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Yo soy capaz de controlar mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 El personal de salud es el único responsable del buen control de la Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El diabético sólo debe preocuparse cuando tiene el azúcar en sangre alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Encuestador

nombre completo

**República de Panamá
Universidad de Panamá
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**

Guía de entrevista a profundidad sobre: Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas del Paciente Diabético de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano.

1. Conocimientos del paciente acerca de la diabetes y su tratamiento.
 - a. ¿Tiene algún material informativo sobre diabetes?
 - b. ¿Ha habido algún diabético cercano a usted?
 - c. ¿Cuáles han sido sus vivencias, creencias acerca de la diabetes?
 - d. ¿Cree que pueda tener algún problema para el autocuidado?
2. Condición física.
 - 2.1. Capacidad visual y auditiva.
 - (a) Alimentación.
 - 3.1. ¿Cuáles son sus preferencias alimentarias?
 - 3.2. ¿Cuáles son sus gustos, costumbres?
 - 3.3. Horario
 - 3.4. ¿Come fuera o en casa?
 - (b) Actividad física.
 - 4.1. Tiempo de ocio
 - 4.2. Recreación
 - 4.3. Ejercicio
 - 4.4. Trabajo
 - (c) Aspectos familiares
 - 5.1. ¿Cómo son las relaciones familiares?

5.2. Actitud de la familia

5.3. Apoyo al paciente

5.4. Valore estado de ánimo, ansiedad, interés, tristeza.

**República de Panamá
Universidad de Panamá
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**

Guía de entrevista a profundidad sobre: Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas del Paciente Diabético de la Consulta Externa del Hospital Nicolás A. Solano.

Instructivo.

Esta es una entrevista a profundidad, contiene una serie de temas para ser desarrollados durante la entrevista.

- a) Fomente un ambiente que facilite la comunicación. Inicie con un saludo.
- b) Cada tema genera una serie de preguntas abiertas, que conducen a otras preguntas, profundice las mismas para obtener mayor información Haga preguntas abiertas, dando tiempo al paciente para que responda
- c) Escuche activamente y deje hablar al paciente
- d) Registre todos los comentarios y respuestas del paciente, tal como los ofrece (palabras, como son dichas, no corrija ni cambie los términos).
- e) Valore la actitud del paciente. Observe gestos, actitudes y haga las anotaciones respectivas.

Universidad de Panamá
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

Cuestionario de Validación para Módulos de Auto-instrucción en Diabetes Mellitus.

Objetivo: Obtener información cualitativa acerca de los Módulos de Auto-instrucción.

Instrucción: Lea el módulo asignado. Luego proceda a llenar este cuestionario. Marque con una X la respuesta seleccionada,

1. Según su opinión, ¿cuáles son los mensajes principales comunicados en este folleto?

2. ¿Qué tan importante piensa que son estos mensajes para las y los pacientes diabéticos?

Muy importantes _____
Algo importantes _____
Poco importantes _____

3. ¿En su opinión, las recomendaciones que se hacen aquí son apropiadas para las y los pacientes diabéticos?

Sí _____
No _____

4. ¿Existe algo en este folleto que Ud. Encontró vago, confuso o poco claro?

Sí _____
No _____

5. ¿Considera que hay algún punto importante que se ha omitido en relación con este tema? Señale su observación.

6. ¿Existe algo en este folleto que Ud. considera que puede resultar ofensivo para las y los pacientes diabéticos?

Sí _____ Señale su observación _____
 No _____

7. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su opinión acerca de las instrucciones o fotos usadas en este folleto?

a. Apoyan el mensaje _____
 b. No apoyan el mensaje _____
 a. Son pertinentes para el grupo _____
 b. No son pertinentes _____

8. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su opinión de este folleto?

a. Muy informativo _____ b. Algo atractivo _____
 b. No muy informativo _____ c. No es atractivo _____

a. Muy fácil de comprender _____ a. Muy motivador _____
 b. Bastante fácil de comprender _____ b. Algo motivador _____
 c. Difícil de comprender _____ c. No es motivador _____

a. Muy atractivo _____

9. ¿Qué le gusta de este folleto?

10. ¿Qué le disgusta en particular de este folleto?

11. ¿Cómo podría mejorarse este folleto?

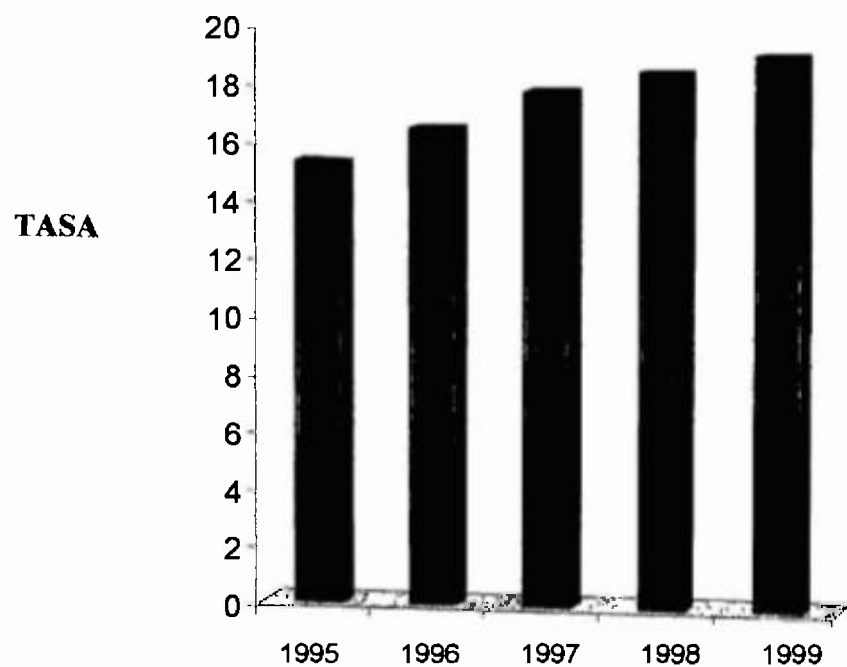
**Universidad de Panamá
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Criterios de Validación.**

- 1 ¿Qué le parecen los dibujos?
- 2 ¿Qué ve usted en estas ilustraciones?
- 3 ¿Encuentra algo en los dibujos que considere puede ser ofensivo para usted u otros miembros del grupo?
- 4 ¿Qué cambios sugeriría?
- 5 ¿Qué probabilidades existen de que este material contribuya al cambio de comportamiento?
- 6 ¿En qué medida este material puede convencer a otros pacientes para que adopte comportamientos sanos?

Con relación al texto o mensaje escrito:

- 1 ¿Es claro el mensaje?
- 2 ¿Considera que es comprensible?
- 3 ¿Es legible o se lee con facilidad?
4. ¿El tipo y tamaño de letra, qué le parece?
- 5 ¿Le parece adecuado el mensaje?

**GRÁFICA No 1 TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ AÑOS 1995-1999**

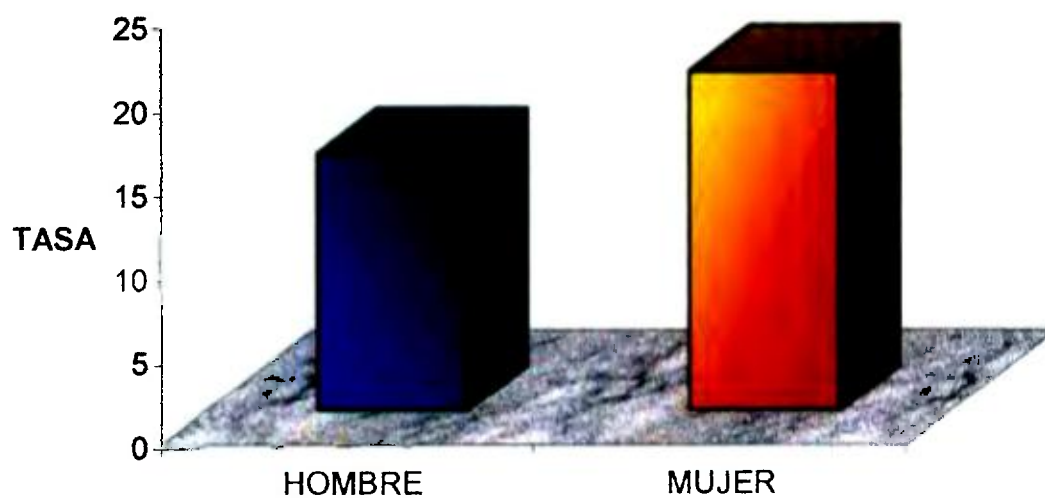


Tasa por 100,000 habitantes y por sexo con base en la estimación de la población, al 1º de julio del año respectivo

Cifras preliminares o provinciales

Fuente: Contraloría General de la República

GRÁFICA No. 2 DEFUNCIONES POR DIABETES MELLITUS, SEGÚN SEXO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 1999



Tasa por 100,000 habitantes y por sexo con base en la estimación de la población, al 1º de julio del año respectivo.

Cifras preliminares o provinciales.

Fuente: Contraloría General de la República.



Módulo 0

METODOLOGÍA DEL CURSO DE AUTOINSTRUCCIÓN PARA EL CONTROL DE LA DIABETES.



*“ AYUDAR A LOS DEMÁS ES BUENO,
PERO ENSEÑARLOS A AYUDARSE
A SÍ MISMOS ES MEJOR. ”*

Jak Jervell.

*“ HACIENDO LAS COSAS
ES COMO APRENDEMOS
A HACERLAS. ”*

Aristóteles.





ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN .	1
II. METODOLOGÍA GENERAL DEL CURSO.	3
III. ESTRATEGIA GENERAL DEL CURSO.	4
IV. PRINCIPIOS DIDÁCTICOS.	5
V. ESTRUCTURA Y SÍNTESIS DE LOS MÓDULOS.	7
VI. SÍNTESIS DE CONTENIDOS DEL CURSO.	8
VII. ETAPAS DE DESARROLLO DEL CURSO.	10
VIII. GUÍA DE ESTUDIO.	12
IX. SISTEMA DE EVALUACIÓN.	13
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14



PRESENTACIÓN

Señor/ a Facilitador (a):

La Educación para la Salud es esencial en el abordaje terapéutico del diabético. Es inadecuado introducir los contenidos temáticos: ¿Qué es la Diabetes?, Alimentación Saludable, Actividad Física y Cuidados de los Pies sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que asuma su compromiso en el autocontrol de su enfermedad.

Se pretende que las personas estén mejor preparadas para tomar sus propias decisiones. El propósito es que los y las pacientes diabéticos /as estén y vivan lo mejor posible.

Es innegable que la Diabetes y su manejo está en manos del propio (a) diabético (a). Los trabajadores de salud se constituyen en facilitadores del aprendizaje de los diabéticos (as) ; pero el éxito en el control de su enfermedad dependerá de ellos mismos.

Estos módulos se han elaborado con el propósito de que contribuyan a la autoformación de estos pacientes, disminuyendo con ello las complicaciones, sobre todo, los altos costos de atención y mejorando su calidad de vida.



PRESENTACIÓN

Desde la perspectiva metodológica, los objetivos de los módulos se basan en los conocimientos, valoración y práctica, de modo que el participante establezca una relación con su realidad. Se trata, pues, de que cada quien construya su aprendizaje. Pueden aplicarse de manera individual o grupal.

En un proceso de autoformación es muy importante considerar la motivación y estimular el desarrollo de la responsabilidad del participante con su propio aprendizaje.

En este módulo 0, usted encontrará cuadros resúmenes acerca de la Metodología General para la utilización de los diferentes módulos; Estrategia general del curso; Síntesis de los contenidos modulares; Etapas del desarrollo del curso y una Guía para el estudio de los módulos.

Es nuestro deseo que esta nueva metodología para el abordaje de contenidos para los y las pacientes diabéticos contribuya, en gran medida, al logro de un aprendizaje eficaz.

Se espera que al utilizar esta modalidad le proporcione ricas y novedosas experiencias, que puedan fortalecer su quehacer en salud.

¡ ÁNIMO... A PONERLO EN PRÁCTICA !

METODOLOGÍA GENERAL DEL CURSO

OBJETIVOS:

- Presentar los objetivos, síntesis y estrategias andragógicas de los Módulos de Auto-instrucción para el Autocontrol de la Diabetes.
- Proporcionar lineamientos metodológicos y prácticos para el uso y manejo de los módulos de Auto-instrucción.
- Brindar orientación para el desarrollo de la capacitación dirigida al autocontrol de los y las pacientes diabéticos/ as.

CAPÍTULO	CONTENIDOS
I. Estrategia General del Curso.	<ol style="list-style-type: none">1. Población a la que se dirigen los módulos.2. Principios didácticos.
II. Estructura y Síntesis de los Módulos.	<ol style="list-style-type: none">1. Estructura Curricular.2. Síntesis de contenido de los Módulos.3. Etapas de desarrollo del curso.
III. Guía de Estudio.	<ol style="list-style-type: none">1. Orientación para el uso de los módulos.2. Sistema de Evaluación.

1. ESTRATEGIA GENERAL DEL CURSO.

1. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LOS MÓDULOS.

Los módulos que ofrece este curso de autoformación están dirigidos a los y las pacientes diabéticos y sus familiares. De igual modo, son una valiosa herramienta didáctica para aquellos profesionales comprometidos con el quehacer educativo, especialmente aquellos que trabajan en la Clínica de Diabetes.

Requisitos de Ingreso:

Como requisito único para esta capacitación se requiere interés personal y el compromiso con su autoaprendizaje.



2. PRINCIPIOS DIDÁCTICOS

El Curso de Auto-instrucción para el Autocontrol de la Diabetes se orienta fundamentalmente en los principios que a continuación, se detallan:

- La educación debe considerarse como parte integral de la terapia general de la diabetes y prestar atención, sobre todo, a las dificultades que enfrenta el/ la paciente para adquirir los conocimientos sobre su enfermedad.
- La educación para los y las pacientes diabéticos/ as pretende que las personas piensen por sí mismas, tomen sus propias decisiones y se fijen sus metas de acuerdo con sus posibilidades.
- La educación desarrollará los principios de aprendizaje - aprendizaje, saber, querer , poder y hacer. La formación de comportamientos saludables y el autocuidado no sólo dependen del saber, que conozca los beneficios que le puede aportar el autocontrol de su enfermedad;

también dependen del querer, que la persona decida adoptar el comportamiento de salud. Además, una vez que toma la decisión dependen del poder, que tenga a su alcance los medios necesarios para realizar dicho comportamiento y por último, dependen del hacer, que adopte y ponga en práctica con regularidad el comportamiento.

- La educación se puede realizar de forma individual y en grupo. Ambas se complementan.
- La duración de las sesiones educativas no debe exceder a los 30 minutos.
- El ambiente debe ser lúdico, estimulante y relajado.
- El proceso educativo se debe caracterizar por el respeto, la ayuda y confianza mutua, libertad de expresión y aceptación de las diferencias entre las personas.

II. ESTRUCTURA Y SÍNTESIS DE LOS MÓDULOS

1. Estructura Curricular:

Los módulos son auto-instruccionales, cuya finalidad es utilizarlos en una estrategia semi-presencial.

El curso se realiza en cuatro sesiones, con una duración de 30 minutos cada una.

El módulo es un conjunto didáctico que:

- Desarrolla una sola unidad conceptual, con un solo tema, en orden secuencial y con un enfoque teórico-práctico.
- Presenta un formato de auto-instrucción centrado en el proceso de aprendizaje más que en el de enseñanza.
- Incluye objetivos operacionales para lograrlos en breve plazo y que exigen la participación activa del participante.
- Son aplicables tanto para la educación individual como grupal.
- Son orientados más a la motivación que a la trasmisión de información.

2. SÍNTESIS DE CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo N° 1: APRENDO Y CONTROLLO MI DIABETES.

Ofrece información básica sobre la Diabetes y su Control. Presenta en un lenguaje sencillo: Qué es la Diabetes, los diferentes tipos de Diabetes y sus principales síntomas; Qué es Hipoglicemia, Hiperglicemia; Riesgos a largo plazo de una Diabetes no controlada y las Medidas a seguir para el Autocontrol de la Diabetes.

En resumen, ofrece la información básica para que el y la paciente diabética adquieran los conocimientos necesarios acerca de su enfermedad, a fin de que, desde el momento de su diagnóstico, aprenda a convivir y actuar en relación con su enfermedad y participe activamente, mediante un laborioso autocuidado en el control de su enfermedad.

Módulo N° 2: CUIDO MIS PIES Y MI HIGIENE PERSONAL.

Brinda una orientación general acerca de las medidas de higiene personal, como: el cuidado de la piel, dientes y ojos y especialmente, los cuidados que debe tener con sus pies, a fin de evitar infecciones, problemas circulatorios y cualquier otra complicación que pueda agravar su estado de salud.

2. SÍNTESIS DE CONTENIDOS DEL CURSO

Módulo N° 3 : EJERCITO MI CUERPO Y CONTROL MI DIABETES.

En este módulo se trata acerca de la importancia del ejercicio, como elemento esencial en la terapéutica del paciente diabético/ a.

Hace referencia a los beneficios que tiene el ejercicio, los diferentes tipos de ejercicios apropiados para los y las diabéticos/ as, las recomendaciones que debe observar al practicar ejercicios y se presentan algunos ejemplos de ejercicios que puede poner en práctica con regularidad el/ la paciente.

En resumen, se trata de que el y la paciente tomen la decisión de practicar algún tipo de deporte, de acuerdo con su condición física o haga ejercicios con moderación y de forma controlada.

Módulo N° 4: COMO SALUDABLEMENTE Y CONTROL MI DIABETES.

Se desarrollan en este módulo los principios básicos para una alimentación saludable, cómo seguir un plan de alimentación que proporcione los nutrientes necesarios y que a su vez le garanticen a los y las pacientes un buen control de su diabetes y el funcionamiento adecuado de su cuerpo.

En síntesis, se trata de que los y las pacientes establezcan la relación que existe entre el comer saludablemente, hacer ejercicio y el control de su diabetes.



3. ETAPAS DE DESARROLLO DEL CURSO

El proceso de desarrollo de este curso de autoinstrucción comprende las etapas que se describen , a continuación:

Primera Etapa: Fase de Sensibilización.

En este periodo se construyen los objetivos de común acuerdo con el participante (el/ la paciente), se ofrece información relacionada con la metodología del curso. Se realiza una dinámica de integración y animación, que puede ser el **intercambio de expectativas**.

Procure crear un clima favorable al aprendizaje individual y colectivo.

Segunda Etapa: Desarrollo de la Sesión Educativa:

La modalidad de esta capacitación es semi-presencial, de modo que el/ la participante reciba orientación sobre el uso del módulo y que además, pueda resolver algunas inquietudes e interrogantes que surjan del estudio de los mismos.

Los roles de las y los facilitadores consisten en:

- Orientar, motivar e incentivar a las y los pacientes que participan en el proceso educativo.
- Servir de enlace entre el estudio de cada módulo y las estrategias de aprendizaje (talleres, discusiones grupales, demostraciones prácticas, lecturas dirigidas y estudio de casos).
- Guiar al participante en el proceso de auto-evaluación.
- Verificar el grado de cumplimiento de los objetivos de aprendizaje.



3. ETAPAS DE DESARROLLO DEL CURSO

Tercera Etapa: Fase de Refuerzo.

Una vez culminadas las fases anteriores, se requiere continuar con el proceso educativo. Es importante seguir informando, motivando e incentivando el aprendizaje; puesto que algunos conocimientos pueden caer en el olvido y en otros casos, se pueden descontinuar las prácticas saludables.

Es muy recomendable que este refuerzo personal se efectúe en grupo. De ahí que el/ la paciente deberán ser incorporados en los grupos organizados de pacientes diabéticos/ as.

Valore cualquier esfuerzo personal que realice uno de sus pacientes, pues por muy poco que parezca es un logro significativo de este proceso. Anímelo /a , apóyelo/ a para que adquiera confianza y supere sus temores.



III. GUÍA DE ESTUDIO

1. ORIENTACIÓN PARA EL USO DE LOS MÓDULOS:

Es probable que sus pacientes no hayan tenido experiencias en el uso de diseños autoinstruccionales, por esa razón , le sugerimos algunas recomendaciones para un mejor aprovechamiento del aprendizaje.

Es muy importante que considere el tiempo que se dedicará al estudio individual de los módulos.

- Al iniciar el estudio de cada módulo, sugiera al participante que haga un estudio y análisis de la presentación para que se familiarice con los contenidos de éste.
- Analice con el participante los objetivos del módulo.
- Estimule al participante para que lea cada sección del módulo, de manera individual y luego si se trata de un grupo, asigneles un trabajo grupal basado en el contenido del módulo.
- Pida a los participantes que, en la medida en que avancen en su lectura, anoten las dudas e inquietudes para ser resueltas al final de cada sesión.
- Confronte la lectura con las experiencias cotidianas de los y las participantes.
- Al finalizar el estudio, pida a los participantes que resuelvan las pruebas de auto-evaluación.



2. SISTEMA DE EVALUACIÓN

Cada módulo contiene una evaluación formativa, que consiste en una prueba de autoevaluación que debe ser resuelta por el/ la participante.

Esto permitirá la verificación de los aprendizajes.

Es muy importante que estimule al participante para que realice sus ejercicios prácticos, a fin de que éste asegure su proceso gradual de aprendizaje.

Recuerde que es muy importante señalarle al participante que en caso de no haber contestado correctamente todas las preguntas, él deberá repasar su módulo nuevamente y realizar su prueba de auto-evaluación, cuando esté seguro/ a de su aprendizaje.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

UNESCO, SIMED, PAÍSES BAJOS, *La Escuela Líder: Una institución inteligente para Mejorar la Calidad de la Educación*, Costa Rica, 1993.

UNESCO, CERLAC, Alemania, *Guía para la Planificación y Estudio de los Módulos*, Bogotá, 1995.

UNESCO, CAP, *Módulos Autoformativos sobre Formulación y Evaluación de proyectos en la Esfera de la Educación*, Costa Rica, 1993.

ROCHON, Alain. *Educación para la Salud. Guía Práctica para realizar un proyecto*. EDIT. Masson S.A. Barcelona, 1991.

SÁENZ, Hernáiz J. *Efectividad de la educación sanitaria a diabéticos tipo II, no insulino dependientes. Atención Primaria* 1992.