



ASOCIACIÓN MEXICANA  
DE TANATOLOGÍA, A. C.

Pionera de la  
Tanatología en México

*MEMORIAS DEL*  
**IX CONGRESO NACIONAL**  
**DE TANATOLOGIA**

**MUERTE DIGNA**  
**UN ABORDAJE INTEGRAL**

**DEL 14 AL 17 DE NOVIEMBRE DEL 2012**

**Centro Libanés, Cd. de México**

**Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.**  
Insurgentes Sur 1160-3er piso, Col. Del Valle  
Tels. 55-75-59-95 ó 96 E-Mail: [info@tanatologia-amtac.com](mailto:info@tanatologia-amtac.com)  
[www.tanatologia-amtac.com](http://www.tanatologia-amtac.com) / Twitter: [@tanatologiamex](https://twitter.com/tanatologiamex)  
Facebook: <http://www.facebook.com/tanatologiamex>



# **APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE CUIDADOS PRIMARIOS EN DUELO EN LA NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES, EN EL MUNICIPIO DE TALA, JALISCO 2011-2012.**

*Investigador principal:*

*MGSS. Marta Cecilia Mercado Aranda*

*Investigador adjunto:*

*Dr. Edgar Jesus Ramirez Chávez*

## **INDICE**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. INTRODUCCION:</b>   | <b>3</b>  |
| <b>II. ANTECEDENTES</b>   | <b>5</b>  |
| <b>III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>                            | <b>8</b>  |
| <b>IV. JUSTIFICACIÓN</b>  | <b>9</b>  |
| <b>V. MARCO TEORICO CONCEPTUAL:</b>                               | <b>10</b> |
| <b>VI. OBJETIVOS</b>  | <b>16</b> |
| <b>VII. METODOLOGIA:</b>  | <b>16</b> |
| <b>VIII. CRITERIOS DE INVESTIGACION</b>                           | <b>16</b> |
| <b>IX. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>                        | <b>17</b> |
| <b>X. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS</b>                           | <b>17</b> |
| <b>XI. DEFINICION DEL PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION</b> | <b>21</b> |
| <b>XII. RECURSOS NECESARIOS</b>                                   | <b>22</b> |
| <b>XIII. PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN</b>                          | <b>24</b> |
| <b>XIV. ASPECTOS ETICOS Y CONFLICTO DE INTERESES</b>              | <b>24</b> |
| <b>XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>                              | <b>25</b> |
| <b>XVI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:</b>                           | <b>27</b> |
| <b>XVII. CONCLUSIONES</b>   | <b>31</b> |
| <b>XVIII. SUGERENCIAS</b>   | <b>32</b> |
| <b>XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                            | <b>32</b> |

## **I. RESUMEN:**

Notificar una noticia desagradable no es algo en lo que los profesionales de la salud estemos debidamente capacitados, desafortunadamente es una actividad que hacemos con regularidad en los tres niveles de atención, pues aunque al primer nivel de atención le corresponde la promoción a la salud y la protección específica es bien conocido que constantemente es en ese nivel donde se detecta e informa al paciente con algún problema de salud.

La información de noticias que generan duelo por lo general se realiza sin contemplar una metodología adecuada y menos aun sin identificar predictores que pudieran llegar a complicar el duelo generado por la misma.

La complicación en la elaboración del duelo puede influir negativamente en el desarrollo y control de la enfermedad de acuerdo a la experiencia compartida de otros países.

El presente trabajo se diseñó con la finalidad de evaluar la utilidad de la técnica de cuidados primarios en duelo en la notificación y seguimiento del paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco 2011-2012.

Aunque la evaluación permitió identificar que el modelo promueve la calidad de vida, permite visualizar las expectativas de vida y que la satisfacción con el mismo es adecuada, en cuanto al control metabólico no se observó un resultado favorable, ante lo cual se puede concluir que tanto el paciente como la familia muestran poco compromiso en cuanto a su autocuidado y responsabilidad de su propio proceso salud enfermedad, situación que no tiene tanto que ver con el modelo sino con la cultura educativa en cuanto a salud, además de que con relación a las mediciones antes -después que se realizaron a los pacientes en cada una de las unidades incluidas en el proyecto; se observaron sub-registros ocasionando con esto interpretaciones no acordes a lo estipulado en el protocolo del proyecto, situación que requirió retro-alimentación y re-inicio del proceso por parte de los responsables a fin de unificarlos de acuerdo a lo establecido, además para hacer frente a estos obstáculos fue necesario utilizar habilidades gerenciales y directivas, lo que permitió desarrollar actividades de liderazgo y coordinación en las actividades programadas del proyecto

## II. INTRODUCCION:

Los Cuidados Primarios de Duelo (CPD) son una guía de actuación, para ayudar a una persona en duelo en el primer nivel de atención. Se definen por unos objetivos, una estrategia para conseguirlos y unas técnicas a aplicar. La aplicación de los cuidados primarios en duelo no es exclusiva de psicólogos o psiquiatras, cualquier persona que este habilitado en la técnica la puede aplicarlos.

Por lo general se considera que el primer nivel de atención es ajeno o distante a pacientes en fase terminal, pero se pasa de lado que aunque no es común que el paciente fallezca en este nivel, si es el espacio en donde muchas veces el paciente o familia reciben noticias o diagnósticos que generan duelo.

Se ha observado en los últimos años que más del 70% de los pacientes que son tratados en el primer nivel de atención tienen asociada a la patología de base un duelo en el mejor de los casos de tipo fisiológico y en el peor de tipo patológico, sin que nadie en la unidad de salud haga algo al respecto, sobre todo mientras nos e manifiesta con signos que ponga en riesgo la vida del paciente; los estudios muestran que el profesional de salud se percata o decide hacer algo al respecto hasta que el duelos se encuentra a estos niveles de complicación y no como medida preventiva que es la razón de ser del primer nivel de atención: la promoción ala salud y la protección específica en todos los aspectos.

el municipio 2010 presento 43 casos, con una tasa de 7.50 por 10000 habitantes, y considerando que el problema ha adquirido una importancia a escala mundial, ya que de ser una enfermedad característica de los países desarrollados ha pasado a ser una epidemia en países en desarrollo y que a pesar de que existe un progreso considerable en el esclarecimiento de los mecanismos de sus causas y consecuencias, las estrategias para su prevención han resultado insuficientes, además de que los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes, además en el municipio se registraron en año anterior 52 casos nuevos, 3537 casos en control, con 683 controlados lo que equivale a un 19.3 % lo cual demuestra un control inadecuado de la enfermedad ya que la incidencia y la mortalidad va en aumento, además de que existe un pobre impacto del programa y una insuficiente importancia por la medicina preventiva, que repercute en el incremento económico de la atención curativa, la sobre carga de trabajo en la unidades de salud, el aumento de costo en la atención sanitaria, las complicaciones de la enfermedad y sus repercusiones en la familia, paciente y comunidad.

### **III. ANTECEDENTES**

La Federación Internacional de Diabetes estima un incremento del 900% en el número de pacientes diabéticos en el mundo, al pasar de 30 millones en 1985 a 300 millones para 2025. El incremento en México entre 1995 a 2025 respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200%.

En el año de 1991 en México se estimó un costo directo de 330 millones de dólares y un costo indirecto de 100 millones de dólares para la atención de la Diabetes Mellitus (DM). Para mediados de los noventa, otra estimación sobre el costo fijo de la atención ambulatoria de la DM determinó que el costo anual promedio por paciente diabético era de \$7080 pesos, lo que corresponde a un costo anual total de diabéticos de \$2,6180 millones de pesos. Esto representó el 15.48% del porcentaje del gasto en salud, o el 0.79% del Producto Interno Bruto (PIB).

Las estimaciones económicas en todo el mundo indican que el costo para la salud para una persona con diabetes es 2.5 veces mayor que para una persona sin diabetes; por supuesto, este costo se incrementa con la presencia de complicaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud, se calcula que para el año 2020 la población mexicana con diabetes padecerá algún tipo de complicación macro o micro vascular, siendo el 10% para enfermedad coronaria y el 45% para retinopatía diabética<sup>1</sup>

Por otra parte, se estima que el 10% de la población masculina adulta en general sin diabetes presenta impotencia sexual mientras que en los pacientes diabéticos aumenta dicha condición hasta en un 60%. Además como causa secundaria es uno de los factores de riesgo más importantes de enfermedades cardiovasculares.<sup>2</sup>

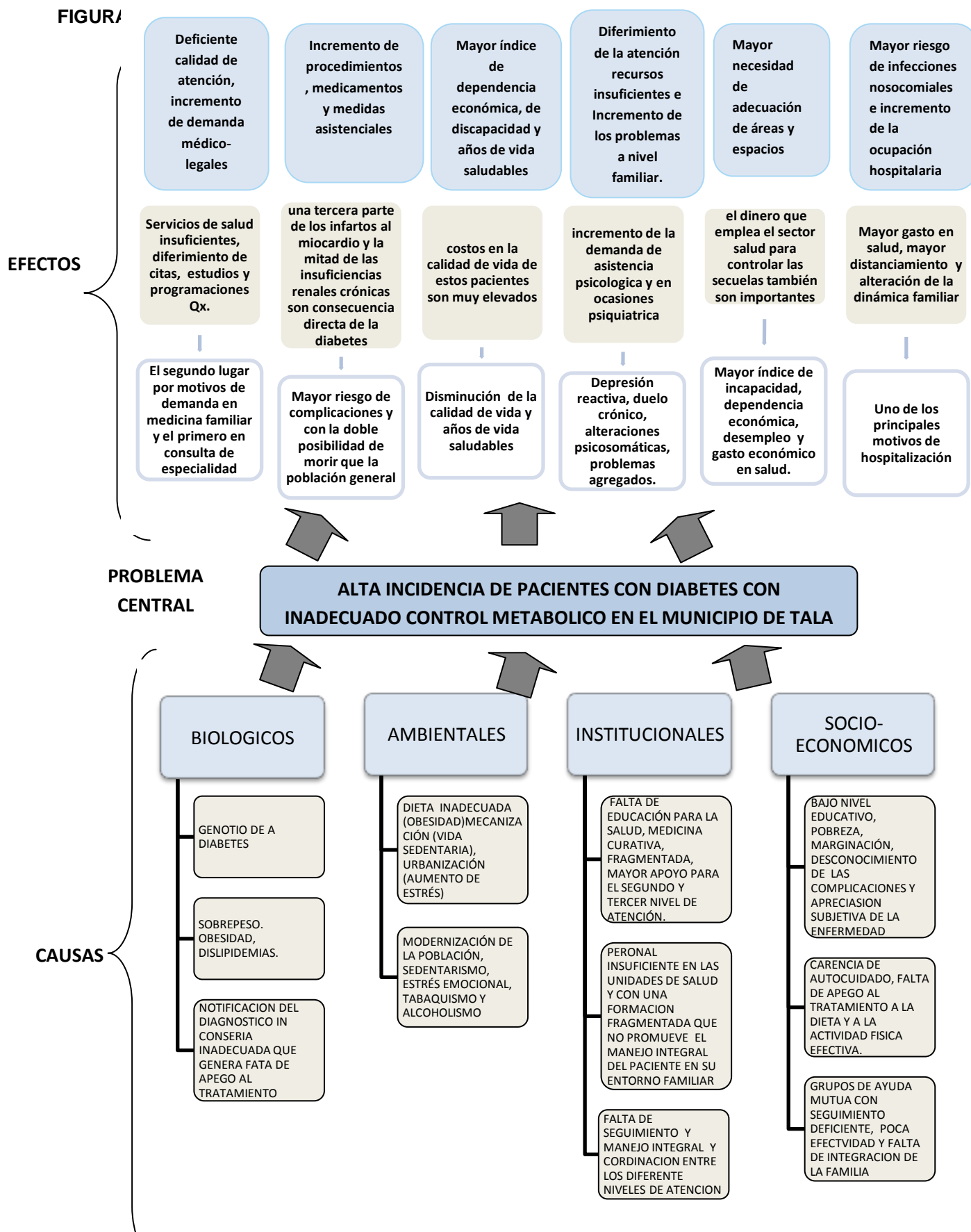
Además es importante analizar que la diabetes mellitus puede reducir tanto la calidad como la esperanza de vida de las personas, porque va asociada a un mayor riesgo de enfermedad coronaria, hipertensión arterial, accidente cerebral vascular, claudicación intermitente y enfermedad micro vascular, que es causa de retinopatía, nefropatía, diversas neuropatías, ceguera y un mayor riesgo de infección y considerando que la DM tiene un claro componente genético, cuyos genes y regiones cromosómicas han sido plenamente identificadas, las cuales confieren susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad; y que entre sus factores de riesgo se encuentran la obesidad, inactividad física, exceso de consumo de grasas de origen animal principalmente. Se ha demostrado que si se controlan estos factores, la diabetes puede prevenirse o en su defecto retardar su aparición.<sup>3</sup>

Motivo por el cual la familia del paciente diabético se considera un grupo blanco ya que del resto de la población son ellos los que tiene mayor riesgo de padecer la enfermedad por el factor genético y estilos de vida similares, lo que incrementa la susceptibilidad.

Por otro lado considerando que este es un padecimiento incurable, y que los diabéticos deben recibir tratamiento durante toda su vida, además de que la educación para la salud y el auto cuidado son de vital importancia para elevar la

calidad de vida en todos los aspectos y que esta actividad propia del primer nivel de atención se ha desvirtuado al enfocar los esfuerzos a la medicina curativa dejando en segundo plano la actividad preventiva, es importante buscar estrategias que promuevan este tipo de actividad como medida de alto valor impactante en este y otro tipo de padecimientos crónico degenerativos.

FIGURA



#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas, alrededor de mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversas complicaciones como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal, además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera hasta en un 45%. Motivo por el cual es de vital importancia a nivel federal, estatal y local implementar estrategias tendientes tanto a modificar los factores de riesgo de la población, como el implementar modelos de atención que realmente impacten en el manejo de la enfermedad con el fin de retardar la aparición de complicaciones y disminuir de la mortalidad por dicho problema.

En el municipio de Tala, Jal, se realizó Diagnóstico Integral de Salud, durante el 2010-2011, del cual de los resultados obtenidos resalta en factores condicionantes: el grupo de edad mayoritario de 10 a 14 años de edad los cuales representa el 10.3 % del total de la población, por lo que sería importante enfatizar en los programas prioritarios para este grupo de edad, además de involucrarlos en las actividades que benefician tanto a sus pares como a la comunidad en general.

Con relación a los daños a la salud uno de los principales problemas es la alta incidencia, prevalencia y muerte por diabetes lo cual al considerar la priorización de los problemas encontrados, así como la preocupación de las autoridades por los daños a la salud mostrados en los últimos años, el número de complicaciones a causa de la diabetes, que impactan en la calidad de vida del paciente, la familia e incremento del gasto en salud, además de que en el municipio fue la causa de muerte más alta, ya que el 2010 presentó 43 casos, con una tasa de 7.50 por 10000 habitantes, y considerando que el problema ha adquirido una importancia a escala mundial, ya que de ser una enfermedad característica de los países desarrollados ha pasado a ser una epidemia en países en desarrollo y que a pesar de que existe un progreso considerable en el esclarecimiento de los mecanismos de sus causas y consecuencias, las estrategias para su prevención han resultado insuficientes, además de que los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes, además en el municipio se registraron en año anterior 52 casos nuevos, 3537 casos en control, con 683 controlados lo que equivale a un 19.3 % lo cual demuestra un control inadecuado de la enfermedad ya que la incidencia y la mortalidad va en aumento, además de que existe un pobre impacto del programa y una insuficiente importancia por la medicina preventiva, que



repercute en el incremento económico de la atención curativa, la sobre carga de trabajo en la unidades de salud, el aumento de costo en la atención sanitaria, las complicaciones de la enfermedad y sus repercusiones en la familia, paciente y comunidad.

Mediante ejercicio de proyección realizado en el Diagnóstico de Salud Integral el cual se realizó tomando en cuenta las tres principales causas de muerte en el municipio y a través del método gráfico de series de tiempo, se detectó un componente estacional hacia arriba, partiendo de 45 casos de diabetes en el 2008, los cuales en la proyección para el 2018 se encontró que se espera tener 67 casos, motivo por el cual es de vital importancia implementar estrategias que incidan en los factores condicionantes de dichas enfermedades con la finalidad de modificar el perfil epidemiológico y disminuir la tendencia y con ello el costo ocasionado por dichos problemas.

De ahí la importancia de implementar otro tipo de modelos de atención, que promuevan la atención integral integración familiar al control y tratamiento así como a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), enfocado a la promoción de la salud principalmente en los grupos de riesgo con la finalidad de disminuir la incidencia de la misma.

## **V. JUSTIFICACIÓN**

La aplicación de la técnica de cuidados primarios en duelo en la notificación y seguimiento del paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco 2011., se basa principalmente en el hecho de que las intervenciones sobre problemas de salud competen, mayoritariamente, a los centros de salud, en donde se pretende pasar, del modelo tradicional de las intervenciones personales a las intervenciones familiares y del abordaje de problemas de salud, al trabajo más amplio sobre estilos de vida y transiciones vitales, lo cual corresponde mejor con las prioridades marcadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los distintos organismos internacionales.

Es un proyecto de demanda urgente, ya que en diez años de acuerdo a la proyección realizada en el diagnóstico de salud del municipio de Tala, 2010-2011 si no se realiza una intervención favorable la incidencia de diabetes se incrementara de 43 casos a 69, además de que la pirámide poblacional se invertirá, ocupando su base los adultos mayores, los cuales si no adquieren estilos de vida saludables serán víctimas de padecimientos crónico-degenerativos que repercutirán en su calidad de vida y en el incremento del gasto en salud por la atención y complicaciones de la diabetes en el segundo y tercer nivel de atención.

Por lo consiguiente esta metodología de trabajo en la educación grupal pretende pasar de un planteamiento de educación basado únicamente en información, que podríamos sintetizar en el modelo charla, a un modelo de educación activa y participativa, que comprende diferentes sesiones educativas, en las que se pretende lograr resultados no sólo cognitivos, sino de capacidades prácticas, cuya finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el “experto” sino facilitar que las personas desarrollen capacidades, que les permitan

tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud, abordando los factores relacionados con los comportamientos en la misma; por lo tanto debemos considerar que la promoción y educación para la salud deben de responder de forma coherente, sistemática e integral a la evolución de las necesidades en salud que ocurren en nuestra sociedad, tomando en cuenta lo referido en el documento “salud para todos en el año 2000” donde enfatiza enormemente la prevención y promoción de la salud y cita como aéreas prioritarias de intervención: los estilos de vida, las transiciones vitales, emigrantes , minorías étnicas, la salud mental y los accidentes.<sup>4</sup>

## **VI. MARCO TEORICO CONCEPTUAL:**

Los Cuidados Primarios de Duelo (CPD) son una guía de actuación, para ayudar a una persona en duelo en el primer nivel de atención. Se definen por unos objetivos, una estrategia para conseguirlos y unas técnicas a aplicar. La aplicación de los cuidados primarios en duelo no es exclusiva de psicólogos o psiquiatras, cualquier persona que este habilitado en la técnica la puede aplicarlos.

**Prevención primordial:** educar en la muerte y el duelo a no dolientes; bien sea población general (charlas informales en asociaciones, conferencias en institutos...), población consultante (hablando en consulta, nuestra actitud...) o profesionales sanitarios (seminarios, talleres, guías como la presente...) acciones que se pueden a través de los medios masivos de comunicación o documentos escritos como trípticos, carteles, periódicos murales, volantes.

**Prevención primaria:** cuidar que la persona elabore su duelo de la manera más natural y saludable posible -saliendo incluso crecida de la crisis- y que no enferme, este aspecto es de vital importancia ya que implica por parte del profesional de la salud identificar cuáles son los componentes de **CASIC** que se deben explorar en busca de factores de riesgo y como las alteraciones existentes pueden llegar a complicarse con el conocimiento diagnostico reciente de la enfermedad terminal o crónica.

Con relación a la notificación de un diagnostico a través de la técnica de CPD implica que previo a la notificación del diagnóstico se identifiquen factores predictivos que pudieran llegar a desencadenar en el paciente un duelo patológico y por ende la complicación de su problema de base, cubriendo con este apartado la **técnica exploratoria de los CPD**.

Es importante recalcar que no es una técnica que requiere de la inversión de un tiempo mayor a 15 minutos en a consulta externa, requiere por parte del medico la realización de una pregunta que genere sentimientos, la cual puede ser: ¡Don Raúl como se siente usted el día de hoy? o ¿cómo se siente con el hecho de saber que le mandamos a hacer estudios y en este momento vamos a revisar los resultado? O Don Raúl me dijera como se encuentra usted el día de hoy pero no con una palabra generalizando, le voy a pedir que se den un minutito y trate de identificar en cada uno de los aspecto de su vida su estado actual y luego me diga como esta en cuanto a lo físico, psicológicos, social y espiritual- esto le permitirá al médico tener un panorama general o la apreciación del CASIC ( Componente Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva) de la persona que está

tratando y que le dará la pauta para saber si solo deberá canalizar al GAM o con el promotor de salud a manejo del duelo a través de CPD de tipo secundario.

Se procede posteriormente a la notificación del diagnóstico, se asesora sobre el manejo terapéutico y se informa sobre citas subsecuentes y el grupo de apoyo, asegurando un seguimiento integral ya que mientras en el GAM se asesora sobre alimentación, actividad física y control del peso, en los CPD se aplican técnicas útiles para trabajar el duelo fisiológico y detectar a tiempo el patológico, de esa manera se asegura una positiva percepción de la enfermedad y mayor apego al tratamiento.

**Prevención secundaria:** detectar precozmente el duelo complicado, para poder establecer una terapia temprana y/o derivar a otro nivel, y realizar labores de seguimiento y/o soporte de personas con duelos complicados ya diagnosticados, implica en pacientes conocidos por el servicios como portadores de un duelo activo, a la par de que se les atiende por su patología de base llevar seguimiento con relación a la resolución de su duelo, lo que lleva al personal a dominar la técnica de intervención general de los cuidados primarios en duelo mejor conocida como REFINO, Conforman nuestra actitud al intervenir. Las técnicas de intervención generales que desarrollamos en CPD son: Relación (R), Escucha (E), Facilitación (F), Informar (I), Normalizar (N), Orientar (O) -R E F I N O- Establecer una Buena Relación. Construir una adecuada relación profesional con el doliente es el fundamento y el principio de todo. Una buena relación de cuidados se caracterizará por:

- Tener una estrategia, con unos objetivos centrados en el doliente y negociados con él, así como unas actividades encaminadas a conseguirlos técnica que marca las pautas de actuar por parte del personal que atiende.

Producirse en un tiempo y en un espacio. Acordar un tiempo por sesión, una periodicidad de ellas (más cercana al principio y progresivamente mas alejada) y un seguimiento (aconsejable el primer año, por lo menos).

- Desarrollarse entre iguales, en una teórica relación entre pares. Ambos se mantienen en el mismo nivel de poder, el médico y el doliente son simplemente dos seres humanos que interactúan en un marco profesional de dispensación de cuidados.

- Realizarse en una dirección, es decir, que aunque es una relación entre iguales, hay una persona que ayuda (el profesional) y otra persona que recibe la ayuda (el doliente), y no a la inversa.

- Con empatía: el profesional trata de sintonizar con las emociones del doliente y además se lo hace ver, le hace ver que está “rozando” lo que siente.

- Genuina y auténtica, mostrando un interés por lo que nos cuenta la persona en duelo, tomando conciencia del sufrimiento del otro.

- Respeto: no dejar entrar en nuestra mente los juicios de valor que automáticamente se nos activan cuando tenemos una persona delante.

- Mantenerse dentro del marco profesional establecido. Subrayando las características

“profesionales” de la relación para evitar malos entendidos y reacciones de transferencia contratransferencia dramáticas (ej. evitar ser un “sustituto interino” del que falta).

Escucha activa. La escucha activa es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo:

- Es atenta, porque el profesional está con los cinco sentidos.
- Es centrada, debido a que se vive el aquí y ahora del momento.
- La escucha de nosotros mismos mientras estamos con el doliente, el conectarnos con nuestras emociones y tomar conciencia de lo que nos dicen.

En la atención de personas que sufren profundamente tenemos que recordar, casi de continuo, que: “yo soy yo... y el otro es el otro”. Lo mismo que no se puede morir con cada muriente,... no se puede perder a nuestra pareja, nuestro hijo,... con cada doliente. También debemos tener en cuenta, que nos podemos impregnar de los sentimientos del doliente y saber que son de él, no nuestros.

Facilitación. Facilitar es favorecer la comunicación, esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente) y darle “permiso” con nuestra actitud y ese clima “seguro” que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas. La tristeza, culpa, miedo, amor y alegría, serán partos más o menos fáciles, solo hay que estar y no interrumpir; mientras que la rabia siempre será un parto difícil.

Son técnicas facilitadoras de la comunicación: preguntas abiertas, baja reactividad, miradas, silencios, ecos, asentimientos, hacer resúmenes para resituar mentalmente al doliente.

Informar. Informar al doliente es:

- Explicarle lo que hoy define la psicología occidental como el constructo duelo, pero siempre volviendo a insistir que lo suyo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera.
- Aclararle que la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones
- Orientarle sobre las dudas más habituales: “¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar...?, ¿y hablar siempre del muerto....?, ¿porqué ahora no me fío de nada ni de nadie, y porqué me parece todo distinto?, ¿porqué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme?. Normalizar. Normalizar es asegurarle al doliente –y se lo está diciendo su médico- que lo que siente, piensa, hace... es totalmente normal y lo natural en su situación... Esto valida sus reacciones y sentimientos, los legitima, confirma, desculpabiliza y además puede seguir sintiéndolos.

Cuando normalizamos es mejor tomarnos tiempo y tener en cuenta la cadencia del encuentro; controlando nuestra reactividad,... dejando transcurrir un tiempo entre el estímulo del doliente y la respuesta que damos.

Normalizaremos especialmente, que no se quiera olvidar, ni dejar de llorar... que se continúe hablando con él o que se refiera a él en presente...

Orientar. Orientar es guiar, sugerir, aconsejar... o incluso prescribir mediante instrucciones concretas determinadas conductas o rituales, y a veces lo contrario; por ejemplo, disuadir de una decisión precipitada,... “quiero vender este piso, creo

que aquí no puedo vivir, son muchos recuerdos, entro en casa y es como una losa que se me viene encima...”.

Como orientación general, desanimamos de la toma de decisiones importantes durante el primer año, pero a la vez fomentamos la toma independiente de decisiones menores.

También podemos asesorar en la reorganización familiar, explicando que la pérdida de uno de los componentes de la familia lo trastoca todo,... interacciones, roles, espacios, normas, autoridad, poder, economía,... todo se tiene que renegociar y reconstituir

**Prevención terciaria:** asumir -también- el seguimiento y/o soporte de personas con duelos crónicos, de años de evolución y secuelas de por vida, apoyándose con las técnicas de intervención de uso habitual.

Se usarán con frecuencia en las intervenciones, por estar relacionadas con los problemas que plantea habitualmente el doliente.

Anticipación de fechas y situaciones. Algunas fechas (aniversario de la muerte, cumpleaños,

Navidades, Todos los Santos, etc.) Son especiales y con ellas llegarán nuevos tirones de dolor que sorprenden y desmoralizan al doliente. Por esta razón, conviene tener en cuenta fechas significativas que se avecinan o han pasado, para adelantarse si están por venir, adivinando o imaginando como se vivirán, o averiguar el impacto y la estela que han dejado atrás si ya han ocurrido.

Toma de decisiones, solución de problemas y adquisición de habilidades. A veces la persona en duelo tiene un auténtico bloqueo cognitivo mezclado con miedo, su mundo se le ha venido abajo y todo puede ser extremadamente peligroso. En esta situación, a veces, la toma de decisiones para problemas que en otro momento supo resolver, resulta difícil. Otras veces se trata de adquirir habilidades que ejercía su pareja (arreglo de un enchufe, cambiar una bombilla, ir al banco, etc.).

Le podemos ayudar a concretar los problemas, generar alternativas, elegir una opción, ponerla en marcha y evaluar resultados.

Narración repetitiva de la muerte y “contar” historias. La narración de un hecho trágico lo desdramatiza en parte. La descripción del drama de la muerte será espontáneamente reiterativa, no importa, se repetirá una y otra vez. Todo se recuerda, hasta el último detalle, y si no es en la primera versión lo será en la siguiente.

El relato pormenorizado y redundante de la muerte es catártico, lava, purga, abre la espita de la emoción y además libera, ordena y estructura el pensamiento, casi hace de la muerte una parte de nosotros mismos, la normaliza.

El profesional puede preguntar también por retazos de vida pasada, extraerlos del viejo archivo de la memoria y actualizarlos. Con ello el doliente perfila lo que fue y lo que es, reflexiona, busca, rebusca y tiene la oportunidad de ver que los vínculos son ahora distintos pero perviven. Puede hacer nuevas amistades, ilusionarse con los nietos, la vida,... sin miedo, nunca se va a olvidar,... porque el olvido es imposible.

Prescripción de tareas y rituales. La prescripción es una “orden” concreta e individualizada, negociada y pactada previamente entre las partes, que compromete al doliente y le obliga en su consecución.

La recomendación de realizar ejercicio físico con unas pautas determinadas, entraría de lleno en la educación para la salud, consiguiéndose además -por el efecto dominó y casi sin querer- cambios en otros hábitos de vida del doliente, y sobre todo evitando maneras de afrontar su pérdida, claramente perjudiciales: abusar del alcohol, del tabaco, del vídeo, de la televisión, del juego, etc.

Para aproximarnos a cual es la prescripción más correcta, se podría utilizar la pregunta: “¿qué cosas harías -que ahora no haces- si Juan estuviera vivo?, ¿crees que podríamos recuperar algo de todo eso?, ¿podrías salir a la calle 20 minutos cada día?”.

Hablar de los sueños y de las presencias: visuales, auditivas, táctiles... Los sueños a veces asustan e inquietan y en otras ocasiones alivian y reparan, producen sosiego. Es conveniente

de ellos y de el significado que tienen para el doliente.

Las presencias: “se le ve, se le oye, se le nota, se le huele, se le siente, te toca,...”, ¿fenómenos normales?, ¿paranormales?

30

..., lo que diga el doliente, en cualquier caso debemos de normalizar.

Sondas emocionales y preguntas terapéuticas. Son preguntas que penetran y rastrean las emociones del otro, y en general siempre nos devuelven respuestas jugosas. El doliente baja las defensas y, por un momento, libera parte de su tormenta interior.

Una buena pregunta puede ser: “desde la última vez que nos vimos... ¿habías pensado en hablar hoy de algo que se te haya quedado colgado?...”, eso que te ronda a veces en la cabeza, y le das vueltas y vueltas,... ¿querías comentarlo conmigo?”. Otra pregunta que también a veces conecta:

“¿ha habido alguna fecha o se acerca alguna fecha significativa para el recuerdo?”, por ejemplo el cumpleaños, aniversario de boda, cabo de año, fiesta de Todos los Santos,... son todos puntos álgidos y si hacemos “diana” nos permitirá hablar de ello y sacarlo.

A veces es útil preguntar directamente por el relato de los hechos: “¿cómo fue el accidente?”, pero ¡ojo! porque también le podemos exponer a un dolor innecesario que no conduce a nada, por eso hay que estar muy atentos a cuándo lanzamos estas preguntas, evaluando previamente su oportunidad.

Es inexcusable preguntar: “¿has pensado quitarte la vida?”, “¿cómo y cuándo?”, para valorar el riesgo de suicidio, si es algo concreto o sólo una idea fugaz, o la pérdida del “norte” existencial

(propia del duelo), y qué cosas (frenos y anclajes) se lo impiden y lo pegan a la vida.

Huir de los tópicos sociales al uso. Es aconsejable evitar las frases hechas: “el tiempo lo cura todo”, “aun eres joven”, “ya ha pasado un año”, “tú eres fuerte”,... porque esto nos alejará emocionalmente e incluso puede provocar enfado.

Si como profesionales no sabemos qué decir, es mejor verbalizarlo: “no se qué decirte... esto también me afecta...”, o expresarlo de forma no verbal con un apretón de manos, una abrazo, una mirada en silencio,...

Fármacos. En el duelo normal los psicofármacos serán de uso sintomático y ocasional ya que, medicalizar el duelo supone darle categoría de enfermedad, y esto va a tener importantes repercusiones en su elaboración, tanto para el doliente como para la familia.

Se debe controlar la utilización de ansiolíticos e hipnóticos. En general se puede recomendar su prescripción sólo en caso necesario, por períodos cortos o a demanda 16,29, p.ej. a la hora de actos públicos y a dosis mínimas para evitar tanto la “anestesia emocional” como la dependencia.

Si nos planteamos la administración de antidepresivos, debemos de diferenciar la depresión mayor, de la tristeza propia del duelo, ya que en ésta son totalmente ineficaces.

Pruebas complementarias: análisis, radiografías, electrocardiograma,... El doliente, a pesar de las ganas de morirse, tiene miedo a la muerte, a la enfermedad, al dolor, a pasar por lo mismo que su..... y aquí tienen cabida las pruebas complementarias -no excesivamente yatrógenas- que tranquilicen y confirmen la salud.

Detección de complicaciones y filtro del sistema. Estaremos especialmente atentos a personas con estilos de afrontamiento claramente perjudiciales, p. ej. “compensadores químicos” que van a echar mano de sustancias para curar su dolor y su impotencia, léase alcohol, nicotina, pastillas,... o conductas repetitivas y compulsivas del tipo “trabajo adictos”, “jugadores de máquinas”,... que anclen el dolor y lo narcoticen por la repetición,...

Actuaremos de filtro y derivaremos al nivel especializado, Equipo de Salud Mental, en caso de:

- Estilos de afrontamiento abiertamente autolesivos a corto o largo plazo.
- Aparición de comorbilidad asociada: trastorno por estrés postraumático, fobias, crisis de angustia, etc.
- Sospecha de duelo patológico: aparente ausencia de duelo, cronificación,... o cumplirse los criterios de duelo “complicado”
- Duelos límite, duelos ocultos, duelos “cargados” con factores de riesgo, etc.

## **VII. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la aplicación de la técnica de cuidados primarios en duelo en la notificación y seguimiento del paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco 2011-2012.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Diseñar la aplicación de la técnica de cuidados primarios en duelo en la notificación y seguimiento del paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco.
2. Ejecutar las acciones programadas en el modelo integral de atención para el paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco de Enero a Junio del 2012.
3. Capacitar al personal de salud de las unidades de primer nivel de atención para la notificación y seguimiento del diagnóstico a través de la técnica de cuidados primarios en duelo y a los promotores adolescentes en la implementación del modelo psico-educativo para la promoción a la salud en los grupos de ayuda mutua de pacientes con diabetes y su familia.
4. Medir la efectividad del modelo integral de atención para el paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco.

## **VIII. METODOLOGIA:**

Se realizó un estudio de observación con intervención o también denominado **Ensayo comunitario**: cuyo objetivo de este estudio es probar la eficacia y la efectividad de la técnica de cuidados primarios en duelo en la notificación del diagnóstico y seguimiento de la diabetes mellitus en los pacientes de cuatro unidades de salud de la micro región Tala, de la secretaria de salud Jalisco durante el periodo de de junio del 2011 a junio del 2012.

## **IX. CRITERIOS DE INVESTIGACION**

### **7.1.-Criterios de inclusión:**

Pacientes que fueron diagnosticados durante de Enero a Julio del 2011 en con diabetes en las unidades de san Juan de los Arcos, Cuisillos, San Antonio Mazatepec y Col. Guadalupe del Municipio de Tala, Jal, sin ningún tipo de derecho-habencia.

### **7.2.-Criterios de no inclusión:**

Pacientes que fueron diagnosticados de junio del 2011 a junio del 2012 en con diabetes en las unidades restantes del Municipio de Tala, Jal.

### **7.3-Criterios de exclusión:**

Pacientes que fueron diagnosticados de junio del 2011 a junio del 2012 con diabetes en las unidades de san Juan de los Arcos, Cuisillos, San Antonio



Mazatepec y Col. Guadalupe del Municipio de Tala, Jal. con algún tipo de derecho-habencia.

#### 7.4.-Criterios de eliminación:

Pacientes que fueron diagnosticados de junio del 2011 a junio del 2012 con diabetes en las unidades de san Juan de los Arcos, Cuisillos, San Antonio Mazatepec y Col. Guadalupe del Municipio de Tala, Jal. Que se negaron a participar o que dejaron de asistir al control por cambio de localidad.

### X. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| MATRIZ PARA LA OPERACIONALIZACION DE VARIABLES |  |  |
|--|--|--|
| DEFINICIÓN CONCEPTUAL                          | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | ESCALA DE MEDICIÓN   |
| <b>Apego al tratamiento</b>                    | Grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico. | <b>Complejidad de la adhesión al tratamiento:</b> un puntaje de 6 a 15 puntos<br>autonomía ante el tratamiento: de 16 a 21 puntos<br>Cumplimiento activo de 22 a 30 puntos     |
| <b>Auto-percepción de la enfermedad</b>        | Percepción personal que tiene el usuario sobre su propio estado de salud   | (APES-), en el que se incluyen las categorías regular o mala, y otro con auto percepción de salud positiva (APES+), integrado con las categorías excelente, muy buena y buena. |
| <b>Participación en los GAM</b>                | Asistencia a las sesiones de grupo donde acuden personas con un problema común a intercambiar experiencias, fortalecer y actividad física.                         | excelente la asistencia a 12 u 11 sesiones, muy buena: 10 o 9, buena 8 o 7, regular 6 o 5 y mala menos de 5 sesiones en el año   |
| <b>Control metabólico</b>                      | Término que se utiliza para definir que un paciente se encuentra dentro de los límites normales  | Aquellos pacientes cuyo nivel de glucosa fue menor a 130 y la hemoglobina glucosilada menor de 7 mg/dl, durante tres meses   |

### XI. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

Básicamente el modelo para su aplicación requirió de la capacitación del personal médico de las cuatro unidades participantes en la técnica de cuidados primarios en duelo (CPD) para la notificación del diagnóstico al paciente, el cual realizó una valoración para detectar factores de riesgo para la complicación de duelo.

- se canalizó a los pacientes con factores de riesgo positivo a la intervención en CPD primario para la intervención con los promotores de salud de las unidades y a los grupos de ayuda mutua y a quienes no mostraron al momento de notificar la noticia dichos factores, solo al grupo de ayuda mutua, dejando esto asentado en la nota médica.

Para el manejo y seguimiento donde los GAM, se capacitó a los grupos de adolescentes promotores en salud (GAPS) existentes en la localidad, para el seguimiento de la patología cuidando actividad física, peso, alimentación y

manejo de sentimientos y emociones a través de CPD modalidad secundaria y un modelo psico-educativo con el fin de promover el apego al tratamiento y mejorar la auto-percepción de la enfermedad.

Aquellos pacientes con factores predictores de duelo fueron canalizados a CPD modalidad secundaria, mediante la técnica general de REFINO.

Se realizara una evaluación previa a la aplicación del modelo, con la finalidad de obtener un panorama general de la situación actual del paciente con diabetes, relacionada con el apego al tratamiento, auto-percepción de la enfermedad participación en los grupos de ayuda mutua, control metabólico y participación de la familia tanto en el GAM como en las consultas a través de un formato que en el primer apartado de antecedentes del pacientes incluye el registro de la somatometría completa y cifra de hemoglobina glucosilada, para la evaluación de la adherencia terapéutica en el segundo apartado utiliza el cuestionarios de MBG (Martín– Bayarre–Grau) cuyo índice de consistencia interna de Alfa de Cronbach obtenido es de 88.9 el cual permite agrupar los resultados en: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión. Las puntuaciones se registran en una escala Likert sumando los valores obtenidos respecto a cada frase, por medio de una escala aditiva, la puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones donde la puntuación mínima posible es 6 (1+1+1+1+1+1) y la máxima 30 (5+5+5+5+5+5), por existir seis afirmaciones.

Considerando como complejidad de la adhesión al tratamiento un puntaje de 6 a 15, una autonomía ante el tratamiento de 16 a 21 y un cumplimiento activo de 22 a 30.

En el tercer apartado la auto-percepción del estado de salud (APES) se medirá a través de la pregunta: "¿En general usted diría que su salud es: a) excelente; b) muy buena; c) buena; d) regular e) mala?" Las respuestas permitirán clasificar a los pacientes en dos grupos, uno con auto-percepción de salud negativa (APES-), en el que se incluyen las categorías regular o mala, y otro con auto percepción de salud positiva (APES+), integrada con las categorías excelente, muy buena y buena.

Y para medir la integración en los grupos de ayuda mutua se registrara la asistencia a sesiones considerando como excelente la asistencia a 12 u 11 sesiones, muy buena: 10 o 9, buena 8 o 7, regular 6 o 5 y mala menos de 5 sesiones en el año y una vez implementado el modelo se realizara una evaluación final con la intención de medir los avances con relación a lo reportado la evaluación preliminar en comparación con la evaluación posterior a la aplicación del modelo.

El control del proyecto será de dos tipos:

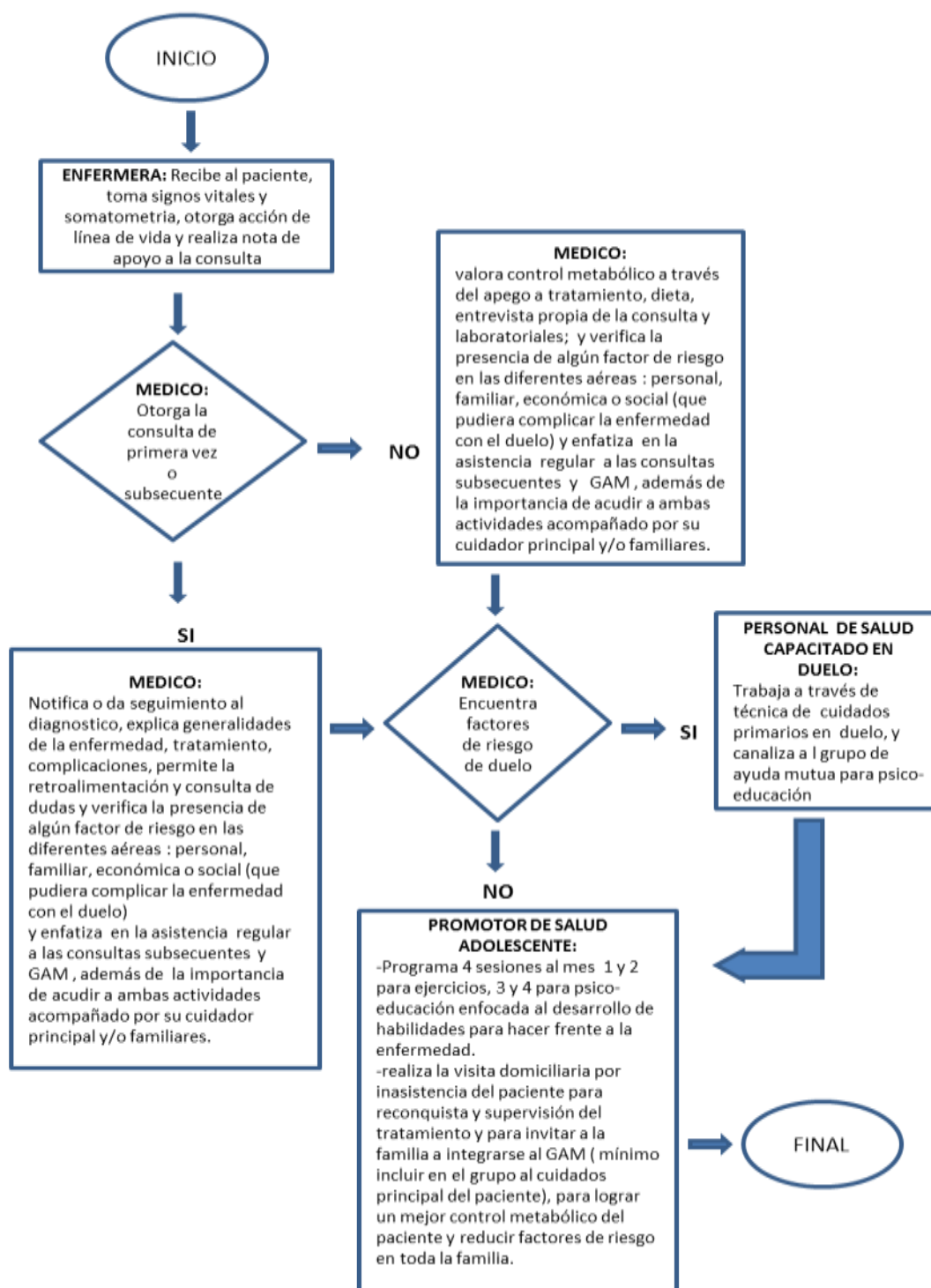
Concurrente: el gerente del proyecto verificará semanalmente el cumplimiento en la ejecución de las actividades señaladas para cada uno de los participantes, aplicando las medidas correctivas si fuera necesario durante el proceso.

Retro alimentador: el gerente del proyecto verificará cada mes el avance de la ejecución del modelo y realizará ajustes necesarios para logro de los objetivos.

Este proyecto a desarrollar enfatiza su función verificadora en el resultado o producto del sistema, como su nombre lo indica este tipo de control retroalimenta el sistema, proporcionando las bases para la planeación y acción, lo cual se llevara a cabo a través del formato del anexo (3).

Con el fin de unificar el proceso en las unidades y personal participante se diseño un flujo grama, el cual describe de inicio fin la participación de cada uno de los integrantes:

## FLUJOGRAMA DEL MODELO INTEGRAL PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON DIABETES EN EL MUNICIPIO DE TALA 2012



Proyecto de intervención para la implementación del modelo integral de atención para el paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco en el primer semestre del 2011.

## XII. DEFINICION DEL PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Para la realización de este proyecto se elaboró un organigrama que de acuerdo a su naturaleza es meso administrativo ya que dos o más organizaciones o sectores se conjuntan para una misma función, con relación a su ámbito es de tipo específico ya que muestran en forma particular la estructura de una unidad administrativa o área de la organización, en este caso la organización específica para la funcionalidad del modelo.

Por su contenido es de tipo Integral ya que contempla la representación gráfica de todas las unidades administrativas de la organización así como sus relaciones de jerarquía o dependencia, y de acuerdo a su presentación es de tipo vertical ya que presenta las unidades ramificadas de arriba abajo a partir del gerente del proyecto en la parte superior, desagregando los diferentes niveles jerárquicos en forma escalonada.

### ORGANIGRAMA DEL PROYECTO.



No existía un proyecto con las características del que se desea implementar ya que hasta el momento el tipo de atención que recibe el paciente con diabetes en cualquier unidad de salud es fragmentada con acciones enfocadas al tratamiento farmacológico de la enfermedad y escasamente a la prevención de la misma ya que la educación para la salud otorgada no ha logrado impactar en la incidencia, control y desenlace de la enfermedad así como el manejo de cuidados primarios en duelo del paciente e integración de la propia familia; la demanda está claramente identificada ya que existe en las unidades de salud pacientes identificados con este problema y como ya se abordó en los antecedentes el índice de control está por debajo de lo esperado, sin contar el número de

pacientes que siendo diabéticos aun lo desconocen y no están recibiendo un tratamiento por dicho problema, así como la falta de integración del mismo paciente a los Grupos de Ayuda Mutua, además no existe un modelo de atención que integre a la familia de dichos pacientes considerando que gran parte de los cuidados, apoyo y adherencia al tratamiento es gracias a los familiares; además de que son ellos la población de riesgo por el hecho de compartir factores genéticos y hábitos muy similares a los del enfermo, por lo que implementar un modelo de este tipo es de alta factibilidad.

### XIII. RECURSOS NECESARIOS

Para la implementación del proyecto, se programaron los costos los cuales se dividieron en servicios personales, materiales y suministros, servicios generales y bienes muebles e inmuebles, llegándose a un total de \$ 53, 768,00 (cincuenta y tres mil setecientos sesenta y ocho 00/100 MN); donde los servicios personales son el rubro más representativo, correspondiendo a un 47.3% del importe total, seguido por bienes muebles e inmuebles que conforman el 26.0%. (Cuadro 1)

Las fuentes de financiamiento serán el H. ayuntamiento, la Región Sanitaria IX Ameca y los comités municipales de prevención de accidentes, adicciones y COMUSIDA, los cuales proporcionará los insumos y los recursos humanos necesarios para llevar a cabo la capacitación de los promotores adolescentes (GAPS) y actividades de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de las unidades participantes.

Se contempla utilizar un sistema de control financiero el cual permitirá la concentración de gastos, disponer de información oportuna y confiable, que permita responder a consultas continuas y generar reportes financieros mensuales de la ejecución de las cuentas agrupadas por rubros, así como de las diferencias entre lo programado y lo ejercido con la finalidad de coadyuvar en la reorientación y toma de decisiones de manera oportuna.

Los costos requeridos para la realización del proyecto se describen a continuación:

**CUADRO 1. PRESUPUESTO DESGLOSADO PARA EL PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCION PARA EL PACIENTE CON DIABETES, EN EL MUNICIPIO DE TALA, JALISCO DE 2011 al 2012**

| NECESIDADES DE FINANCIAMIENTO                 | CANTIDAD | MONTO       | FUENTE   |
|---|----------|-------------|--|
| <b>SERVICIOS PERSONALES<br/>CAPITULO 1000</b> |          |             |  |
| Coordinador ( 16 días en promedio)            | 1        | \$ 6,896.00 | Secretaria de Salud Jalisco                        |
| Capturista ( 8 días)                          | 1        | \$ 2,250.00 |  |
| Chofer (12 días)                              | 1        | \$ 3,720.00 |  |
| Terapista en duelo( 4 días)                   | 3        | \$ 5,230.00 |  |
| Capacitadores                                 | 10       | \$ 7,380,00 | Secretaria de Salud Jalisco y consejos municipales |

|  |      |                     |  |
|--|------|---------------------|--|
| <b>TOTAL</b>   |      | <b>\$ 25,476.00</b> |  |
| <b>MATERIALES Y SUMINISTROS<br/>CAPÍTULO 2000</b>  |      |                     |  |
| Materiales y útiles de oficina   |      | \$ 880,00           | Ayuntamiento Municipal de Tala, Jalisco. |
| Hojas blancas  | 3000 | \$ 360,00           |  |
| Plumas   | 100  | \$ 400,00           |  |
| Rotaflíes  | 20   | \$ 600,00           |  |
| Fólder tamaño carta  | 200  | \$ 150,00           |  |
| Materiales y útiles de reproducción e impresión  |      | \$ 180,00           | Ayuntamiento Municipal de Tala, Jalisco. |
| Cartuchos de tóner para impresora  | 2    | \$ 1,600,00         |  |
| Copias fotostáticas  | 200  | \$ 140,00           |  |
| Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres asignados a servidores públicos |      | \$ 120,00           |  |
| Gasolina   |      | \$ 869,00           |  |
| Material didáctico   |      | \$ 2,200,00         | Consejos municipales                     |
| <b>TOTAL</b>   |      | <b>\$ 7,499,00</b>  |  |
| <b>SERVICIOS GENERALES<br/>CAPÍTULO 3000</b>   |      |                     |  |
| Servicio telefónico  |      | \$ 3,000,00         | Secretaría de Salud Jalisco.             |
| Impresiones y publicaciones  |      | \$ 3,793,00         | COMUSIDA                                 |
| <b>TOTAL</b>   |      | <b>\$ 6,793,00</b>  |  |
| <b>BIENES MUBLES E INMUEBLES<br/>CAPÍTULO 5000</b>   |      |                     |  |
| equipo de computo  |      | \$ 14,000,00        | Secretaría de Salud Jalisco.             |
| <b>TOTAL</b>   |      | <b>\$ 14,000,00</b> |  |
| <b>COSTO GLOBAL</b>  |      | <b>\$ 53,768.00</b> |  |

FUENTE: Presupuesto acorde al clasificador por objeto de gasto de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de Jalisco.

**CUADRO 2.SINTESIS DEL PRESUPUESTO DEL PROYECTO PARA LA IMPLEMENTACION DEL DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCION PARA EL PACIENTE CON DIABETES, EN EL MUNICIPIO DE TALA, JALISCO EN EL 2012**

| <b>COSTO DEL PROYECTO</b>      |                  |
|--------------------------------|------------------|
| <b>CAPITULO</b>                | <b>MONTO</b>     |
| 1000 SERVICIOS PERSONALES      | \$ 25, 476,00    |
| 2000 MATERIALES Y SUMINISTROS  | \$ 7, 499,00     |
| 3000 SERVICIOS GENERALES       | \$ 6.793,00      |
| 5000 BIENES MUBLES E INMUEBLES | \$ 14.000,00     |
| <b>TOTAL: \$</b>               | <b>53,768,00</b> |

Proyecto de intervención para la implementación del modelo integral de atención para el paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco en el primer semestre del 2012

El proyecto tiene un costo aproximado de \$ 53,768 (cuadro 2), que comparado con el valor que representa para la salud de la población y realizando una comparación entre costo beneficio se puede observar la ganancia en años de vida saludable y disminución del gasto en salud al evitar las complicaciones que el presente proyecto puede otorgar.

#### **XIV. PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN**

1. Realizar convenio con Instituto Tecnológico de Tala, H. Ayuntamiento Municipal y Región Sanitaria IX para la formación del grupo de promotores adolescente.
2. Elaborar programa de capacitación para los promotores adolescente.
3. Capacitar a los promotores adolescentes del Instituto Tecnológico de Tala.
4. Adiestrar al personal médico de las unidades a intervenir para la identificación de factores de riesgo de duelo asociados a la enfermedad.
5. Instruir a los promotores de salud de las unidades a intervenir para trabajar con factores de riesgo de duelo asociados a la enfermedad, con la técnica de cuidado primarios en duelo.
6. Aplicar pre-evaluación sobre apego al tratamiento, auto-percepción de la enfermedad, participación en los grupos de ayuda mutua y control metabólico, en la consulta de enero.
7. En caso de identificar factores de duelo en el paciente se canalizara con el personal encargado en el manejo del duelo.
8. En caso de que el paciente no participe en el GAM se informara sobre la utilidad del mismo y se integraran ellos junto con el cuidador principal.
9. Aplicar el modelo psico-educativo en las sesiones del grupo GAM a través de los promotores adolescentes, durante 12 sesiones.
10. Aplicar post-evaluación sobre apego al tratamiento, auto-percepción de la enfermedad, participación en los grupos de ayuda mutua y control metabólico, en la consulta de marzo.
11. Registro de grupos GAM para la acreditación de los mismos por nuestras autoridades sanitarias del estado.

#### **XV. ASPECTOS ETICOS Y CONFLICTO DE INTERESES**

Para este estudio aplican los aspectos éticos de la investigación en salud pública aunque no es un estudio de riesgo para los seres humanos, desde el punto de vista práctico, hay dos tipos de aspectos clave para la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos de la investigación. Primero, los relativos al consentimiento informado. Segundo, los relativos a la privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida en los estudios.



## XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PROYECTO DE INTERVENCION PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCION PARA EL PACIENTE CON DIABETES, EN EL MUNICIPIO DE TALA, JALISCO EN EL PIMER SEMESTRE DEL 2012.

| ACTIVIDAD   |   | CALENDARIZACION |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|---|---|---|---------|---|---|------|-------|---|---|---|-------|------|-------|--|--|--|--|--|--|
|   |   | 2011            |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   | 2012 |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                 |             |             |             |             | ENERO |   |   |   | FEBRERO |   |   |      | MARZO |   |   |   | ABRIL | MAYO | JUNIO |  |  |  |  |  |  |
|   |   | A<br>G<br>O     | S<br>E<br>P | O<br>C<br>T | N<br>O<br>V | D<br>I<br>C | 1     | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4    | 1     | 2 | 3 | 4 |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA  | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| ELABORACIÓN DEL PROYECTO  | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| REVISIÓN DE PROYECTO  | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| CORRECCIÓN DEL PROYECTO   | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| ENTREGA DE PROYECTO   | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| PRESENTACIÓN DE PROYECTO  | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| REALIZAR CONVENIO CON LAS INSTITUCIONES QUE PARTICIPARÁN EN EL PROYECTO | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| ELABORAR PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA ADOLESCENTES.                    | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| CAPACITACIÓN DE LOS PROMOTORES ADOLESCENTES                             | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|   | R |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| CAPACITACIÓN  | P |                 |             |             |             |             |       |   |   |   |         |   |   |      |       |   |   |   |       |      |       |  |  |  |  |  |  |



apego al tratamiento de nuestros pacientes a su cargo, lo cual repercutirá además en la integración de los familiares y en grupos GAM acreditados por la autoridad Regional de Salud.

**TABLERO DE EVALUACIÓN ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.**

| ANTES                        |                                    |                                 |                      |                      |                             | DESPUES                   |                                 |                      |                       |                             |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| UNIDAD                       | APEGO AL TRATAMIENTO               | AUTOPERCEPCION DE LA ENFERMEDAD | PARTICIPACIÓN EN GAM | CONTROL METABÓLICO   | PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA | APEGO AL TRATAMIENTO      | AUTOPERCEPCION DE LA ENFERMEDAD | PARTICIPACIÓN EN GAM | CONTROL METABÓLICO    | PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA |
| <b>SAN JUAN DE LOS ARCOS</b> | 24 Cumplimiento activo             | Regular APS -                   | 5 Mala               | 14=1.4 Descontrolado | 19=1.9 Participación        | 28 Cumplimiento activo    | Buena APS +                     | 6= Regular           | 17= 1.7 Descontrolado | 18=1.8 Participación        |
| <b>COLONIA GUADALUPE</b>     | 21.3 Autonomía ante el tratamiento | Regular APS -                   | 4=Mala               | Descontrolado        | 30= 2 Participación         | 28. 5 Cumplimiento activo | Bueno APS +                     | 12=Excelente         | Descontrolado         | 20= 1.2 Sin participación   |
| <b>CUISILLOS</b>             | 22.8 Cumplimiento activo           | Regular APS -                   | 3=Mala               | Descontrolado        | 20= 1.6 Participación       | 25.9 Cumplimiento activo  | Buena APS +                     | 12=Excelente         | Controlado            | 13= 1.0 Sin participación   |
| <b>SAN ANTONIO MAZATEPEC</b> | 20.3 Autonomía ante el tratamiento | Regular APS -                   | 4=Malo               | Descontrolado 8=1    | 14=1.7 Participación        | 22.5 Cumplimiento activo  | Bueno APS +                     | 8=Buena              | 12=1,5 Descontrolado  | 12= 1.5 Sin participación   |
| <b>PROMEDIO</b>              | 22.1 Cumplimiento Activo           | 4 APS-                          | 4 MALO               | 4 DESCONTROLADO      | 1.8                         | 26.2                      | 4 APS +                         | 9.5= Muy buena       | 3 DESCONTROL, 1 CONT  | 1.3                         |

Fuente: proyecto de intervención para la implementación del modelo integral de atención para el paciente con diabetes en el municipio de Tala, Jalisco; en el primer semestre del 2012.

## **XVII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:**

Con referencia al apartado apego al tratamiento se tenía considerando que se calificaría como complejidad de la adhesión al tratamiento un puntaje de 6 a 15, en una autonomía ante el tratamiento de 16 a 21 y un cumplimiento activo de 22 a 30, pero con relación a este aspecto dos unidades San Antonio Mazatepec y Colonia de Guadalupe se encontraron previo a la intervención dentro del rubro de autonomía ante el tratamiento, el cual se incrementó en Colonia Guadalupe de 21

a 28 y en San Antonio Mazatepec de 20 a 22 cumpliendo con la categoría de cumplimiento activo ante la enfermedad.

GRAFICO No.1



FUENTE: Reporte de evaluación de la implementación del modelo integral de atención para el paciente con diabetes.

En cuanto al indicador de Auto-Percepción del Estado de Salud (APES) que se midió a través de la pregunta: "¿En general usted diría que su salud es: a) excelente; b) muy buena; c) buena; d) regular; e) mala; " cuyas respuestas permitieron clasificar a los pacientes en dos grupos, uno con auto-percepción de salud negativa (APES-), en el que se incluyen las categorías regular o mala, y otro con auto percepción de salud positiva (APES+), integrado con las categorías excelente, muy buena y buena, previo a la intervención las cuatro unidades se encontraban con una APES negativa y posterior a la intervención esta situación mejoro ubicándose las cuatro en el nivel de APES positiva, antes de la intervención las cuatro unidades se encontraban con una APS – con la calificación de regular y posterior a la intervención se incrementó a buena calificando una Auto-Percepción del Estado de Salud positiva.

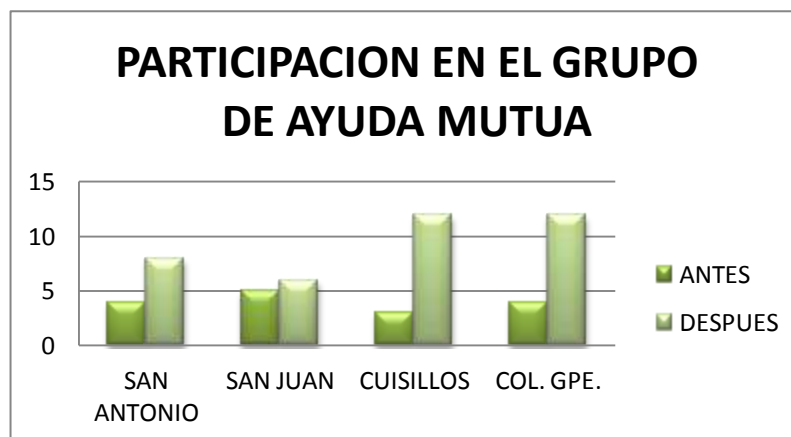
GRAFICO No. 2



**FUENTE:** Reporte de evaluación de la implementación del modelo integral de atención para el paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco en el primer semestre del 2012.

Con respecto a la integración en los grupos de ayuda mutua que se basó en el registro de la asistencia a sesiones considerando como excelente la asistencia a 12 u 11 sesiones, muy buena: 10 o 9, buena 8 o 7, regular 6 o 5 y mala menos de 5 sesiones, al inicio de la intervención las cuatro unidades se encontraban en el registro con una mala participación (menor a 5 sesiones), posterior a la evaluación San Juan de los Arcos paso a la categoría de regular incrementando sus asistencia a las reuniones de 5.2 a 5.8, Colonia Guadalupe y Cuisillos presentaron un incremento a 12 asistencias que les permitió ubicarse en la apartado de excelente, mientras que San Antonio Mazatepec incremento de 4 a 8 su asistencia a las sesiones lo cual lo ubico en la categoría de buena participación.

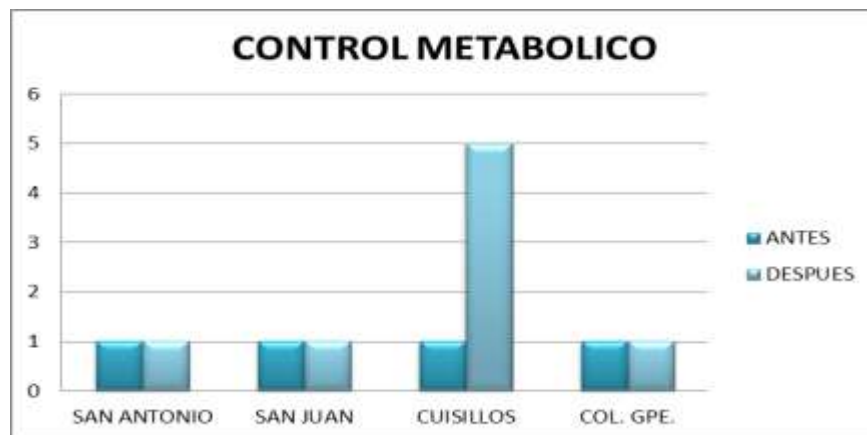
**GRAFICO No. 3**



**FUENTE:** Reporte de evaluación de la implementación del modelo integral de atención para el paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco en el primer semestre del 2012.

Con relación al control metabólico considerando el punto 5 como controlado y el 1 como en descontrol, en todas las unidades previo a la intervención los pacientes se encontraban en descontrol y posterior a esta solo la unidad de Cuisillos presentó avances al incrementar de 8 pacientes controlados a 9 al final de la intervención, el resto de unidades sin modificaciones.

**GRAFICO No. 4**



FUENTE: Reporte de evaluación de la implementación del modelo integral de atención para el paciente con diabetes, en el municipio de Tala, Jalisco en el primer semestre del 2012.

En el municipio de Tala, existen 337 paciente en control por diabetes mellitus de los cuales solo 92 equivalente al 27.2% se encuentran controlados, para la implementación del proyecto solo se seleccionaron cuatro unidades de salud, con un total de 46 pacientes, los resultados se analizaron a través de una tabla de contingencia 2x2 a través de la cual se realizó el cálculo de medidas de asociación, considerando que el riesgo relativo (RR) estima la magnitud de una asociación indica el número de veces que es más probable que una situación se desarrolle en el grupo expuesto en relación con el no expuesto, en otras palabras es la relación entre la incidencia en el grupo expuesto ( $I_e$ ) y la incidencia entre el grupo no expuesto ( $I_o$ )

La RR es la razón entre haber sido expuesto o no a una intervención. Es una medida de fuerza de asociación, es decir que tanto se asocia el haber sido intervenido o no con el control de la enfermedad. Los parámetros del RR son. - 1 no hay asociación, -2 no es fuerte la asociación y igual o mayor a 3 se considera que la exposición es significativa clínicamente, es decir que el hecho de haber sido intervenidos si tiene un efecto en el control de la enfermedad. en cuanto a la aplicación del proyecto se obtuvo un valor de 3.21 por tanto si hay una relación fuerte de asociación y el darles la intervención si ayuda para el control de la enfermedad.

En cuanto OR o razón de momios, se puede concluir que los pacientes que son intervenidos tienen 7.7 veces más posibilidades de controlar su enfermedad.

En el apartado de la participación de la familia en relación al padecimiento del paciente, quien contaba dicho apoyo se calificó en 1 y quien carecía de ella el 2.

En las cuatro unidades existía participación de la familia, la que menos puntaje mostraba era Cuisillos con 1.6 en promedio, posterior a la intervención se observó un detrimento considerable en cada una de las unidades, situación que requiere de un análisis detallado para encontrar las causas por las cuales la

implementación de este modelo con relación a este aspecto nos mostró aportaciones desfavorables.

Es importante considerar que la diabetes es un problema multifactorial y que por este hecho en particular la atención debe ser multidisciplinaria y por ende los resultados multifactoriales, lo que implica que un modelo por más eficiente que sea no en todos los grupos presentara resultados favorables, ya que la participación del paciente es vital en dicho hecho, por ello se puede observar que con relación al control metabólico, este se presentó 70 puntos por debajo de lo esperado ya que solo el 25% de los pacientes del modelo al término de este se encontraron bajo control cuando se tenía programado alcanzar un 95%, aunque es importante mencionar que si hubo avances, ya que al inicio de la intervención ningún paciente se encontraba en control metabólico, por lo que se podría concluir que uno de los cuatro grupos logro el control, uno de los factores que influyo fue la restricción del contrato con el laboratorio que tenía subrogado el procesamiento de las muestras en la Región Sanitaria a través del Régimen del Seguro Popular, lo que ocasionó que los pacientes cubrieran dichos gastos en primera instancia y tramitar posteriormente su reembolso a través de nivel regional, ocasionando que no todos los pacientes estuvieran en la disposición de realizarse hemoglobina glucosilada, siendo esto un factor que impidió valorar adecuadamente el control metabólico, situación a la que se hizo frente mediante la solicitud de apoyo para uno de los laboratorios particulares de Tala, con los cuales se ha estado trabajando en coordinación en los últimos 10 años, invitándolos a participar como colaboradores del proyecto obteniendo solo el respaldo para un 25% del total de pacientes incluidos en el proyecto.

## **XVIII. CONCLUSIONES**

Aunque la evaluación permitió identificar que el modelo promueve la calidad de vida, permite visualizar las expectativas de vida y que la satisfacción con el mismo es adecuada, en cuanto al control metabólico no se observó un resultado favorable, ante lo cual se puede concluir que tanto el paciente como al familia muestran poco compromiso en cuanto a su autocuidado y responsabilidad de su propio proceso salud enfermedad, situación que no tiene tanto que ver con el modelo sino con la cultura educativa en cuanto a salud, además de que con relación a las mediciones antes -después que se realizaron a los pacientes en cada una de las unidades incluidas en el proyecto; se observaron sub-registros ocasionando con esto interpretaciones no acordes a lo estipulado en el protocolo del proyecto, situación que requirió retro-alimentación y re-inicio del proceso por parte de los responsables a fin de unificarlos de acuerdo a lo establecido, además para hacer frente a estos obstáculos fue necesario utilizar habilidades gerenciales y directivas, lo que permitió desarrollar actividades de liderazgo y coordinación en las actividades programadas del proyecto.

## **XIX. SUGERENCIAS**

- Hacer énfasis en una medicina holística que no solo cubran las necesidades biológicas, sino que atienda al individuo de una manera integral, en donde el paciente y su familia se conviertan en actores activos y los primeros responsables de su autocuidado, asegurando resultados favorables en la modificación de la conducta y por consiguiente un adecuado control metabólico.
- Reducir la morbi - mortalidad por Diabetes Mellitus en el Municipio de Tala Jalisco.
- Que el modelo, sea adoptado como un programa permanente dentro de la Secretaría de Salud Jalisco.

## **XX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) Baker, Judy: Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza: Manual para profesionales. Banco Mundial, Washington, 2000.
- 2) BID: Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de proyectos. [www.iadb.org/evo](http://www.iadb.org/evo), 1998.
- 3) Campbell, C. y Stanley, J: Diseños Experimentales y Cuasi-experimentales en la Investigación Social. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1991.
- 4) CEPAL Sistema Integrado de Formulación Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales (SIFEM). [www.cepal.cl/dds/sifem](http://www.cepal.cl/dds/sifem), 2002. Montevideo, 1997
- 5) Cohen, E. y R. Franco: Evaluación de Proyectos Sociales. Editorial Siglo XXI, Madrid 1993.
- 6) Gestión Social. Editorial Siglo XXI. México. (2003)
- 7) Focalización. Documento de trabajo, PROPOSAL, Santiago, 1992.
- 8) Gestión de Programas y Proyectos Sociales. Documento de trabajo, CEPAL (LC/R.1334), Santiago, 1993.
- 9) Cohen, E. y R. Martínez. Evaluación del Programa de Apoyo Solidario a los Mayores -ASOMA- de Argentina. CEPAL, Santiago, 1998.
- 10) Diagnóstico y propuestas para implementación de un Sistema Integrado de Formulación, Evaluación y Monitoreo (SIFEM) en el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). CEPAL. San José, 2002.
- 11) Diagnóstico y propuestas para implementación de un SIG-SIFEM en Servicio de Cooperación Técnica (SERCOTEC). CEPAL, Santiago, 2002.
- 12) Gestión de Programas Sociales. CEPAL, Serie de Políticas Sociales No25, vol I y II. Santiago, 1998
- 13) Modelo de optimización para la Localización de Infraestructura Educativa en la Provincia de Buenos Aires. CEPAL, Buenos Aires, 2001.



- 14) Modelo de Planificación Óptima de la Localización de Infraestructura Educativa. Documento presentado al XIII Congreso Panamericano de Ingeniería de Transporte, Quito, 2002.
- 15) De La Lastra, C.: Guía para la Planificación Participativa en Evaluación de Proyectos Sociales. Documento de trabajo, ILPES, Santiago, 1993.
- 16) MIDEPLAN: Preparación y Presentación de Proyectos de Inversión. Mideplan, Santiago, 1991.
- 17) MIDEPLAN: Modificaciones al Manual de Preparación y Presentación de Proyectos de Inversión. Mideplan, Santiago, 1992.
- 18) Martínez, Rodrigo. Sistema Integrado de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos para los Fondos de Inversión Social de América Latina. Documento presentado a la V Conferencia de la Red Social de América Latina y El Caribe, Kingston, 1998.
- 19) OPS: Manual de Monitoreo y Evaluación. Serie OPS/FNUAP No. 3, Washington 2001.
- 20) OPS-OMS: Proyecto Control de la Malaria – Honduras. OPS/OMS, Tegucigalpa, 1991.
- 21) Quintero, Víctor.: Evaluación de proyectos sociales: construcción de indicadores. Fundación FES, Colombia, 1995.
- 22) Quiñones, Luis.: Manual de planificación y programación aplicado a pequeñas unidades productivas talleres y microempresas populares. PET, Manual de Educación Popular No.16, Santiago de Chile, 1993
- 23) Saldarriaga, G. y Sanin H. (1995). Guía para la preparación y ejecución de planes de inversión municipal. ILPES,
- 24) Santiago, LC/IP/L.113. Manual de Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales 169
- 25) Sapag N y R Sapag: Fundamentos de administración de proyectos. Ed. Copygraph, Santiago, 1990.
- 26) Sarmiento, Libardo.: Seguimiento a la gestión institucional y evaluación de resultados sociales de los planes de inversión municipal: manual de indicadores. ILPES, LC/IP/L.111, Santiago, 1995.
- 27) Yarmuch, Juan: Gestión Local: Introducción al Análisis del Proyecto; Documento de trabajo, ILPES, Santiago, 1993.

#### NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

---

<sup>1</sup> Aguilar-Salinas C, Reyes-Rodríguez E, Ordóñez-Sánchez M.L.et al. Early-onset type 2 diabetes: Metabolic and genetic characterization in the Mexican population. J Clin Endo Metab 2001 en prensa.

<sup>2</sup> Dirección General de Epidemiología, SSA/INNSC: Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas Secretaría de Salud. México 1993.

---

<sup>3</sup>Diabetes costs lives. Brussels. International Diabetes Federation.And World Health Organization.1999.

<sup>4</sup> Avanzar en la educación grupal, disponible en:

[http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos\\_avanzar.pdf](http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_avanzar.pdf)