

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

Santamaría, C.; Cid de León, B. y Vázquez, S. (2013). La comunicación como instrumento de capacitación a pacientes con diabetes mellitus: caso Ciudad Victoria, Tamaulipas. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 6 (2), Artículo 4. Disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones/>

LA COMUNICACIÓN COMO INSTRUMENTO DE CAPACITACIÓN A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS: CASO CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS

Application of communication techniques in self-management training processes in patients with diabetes mellitus in health institutions of Tamaulipas

SANTAMARÍA OCHOA, Carlos David. Universidad Autónoma de Tamaulipas

santamariaochoa@me.com

CID DE LEÓN BUJANOS, Blanca G. Universidad Autónoma de Tamaulipas

bcidle@hotmail.com

VÁZQUEZ GONZÁLEZ, Silvia . Universidad Autónoma de Tamaulipas

silviavazquez@hotmail.com

(México)

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

RESUMEN

Ante una de las más grandes amenazas al ser humano en materia de salud como lo es la diabetes mellitus, causante tan solo en México de 14 de cada cien fallecimientos al año (INEGI, 2012), los esfuerzos de las autoridades sanitarias han sido superados por el problema que implica para la población el crecimiento desmedido de la enfermedad. Dentro de las estrategias instrumentadas hace años, se ha llevado a cabo un ambicioso programa cuya base es la ayuda mutua. Estos clubes, llamados “de autoayuda”, resultaron ser un factor crucial en el abordaje de la enfermedad con mayor índice de mortalidad desde la década de los noventa. Para garantizar el éxito de estos programas se requiere la transmisión de un mensaje claro, conciso y llano, de manera que pueda ser comprensible por todos los pacientes. Considerando que un porcentaje importante de estos son personas cuyas edades superan el medio siglo de existencia (Mexicomaxico, 2012), se torna fundamental la necesidad de instrumentar un programa de capacitación que, de forma clara, pueda ayudarles a entender los alcances de la enfermedad. Al utilizar términos poco comprensibles para el paciente, surge el problema de la deserción y la falta de control. El presente trabajo pretende determinar el rol del paciente en su realidad actual, así como del personal sanitario y sus estrategias para capacitar y prevenir el avance de enfermedades crónico-degenerativas, y de los comunicadores, para que, en conjunto con el personal sanitario, puedan propiciar la búsqueda de nuevas estrategias cuyo resultado pueda impactar positivamente en las estadísticas de salud, no solo de México, sino del mundo.

Palabras clave: Comunicación, Diabetes, Capacitación

Recibido: 2013-03-13

Aceptado: 2013-12-13

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one the most progressive and fatal diseases in the world. Currently, more than 346 million people suffer from diabetes around the world; Mexico has, according to its Ministry of Health, around 10 million people with this chronic degenerative disease. The Ministry of Health, in its adult and senior care program, has Mutual Help groups, where they and their relatives are offered self-management training. Activities are offered by staff from different health specialties, however, there is a low level in comprehension because of the way physicians express themselves. From the above, arises the need to implement individual and group communication techniques, that allow the patient and their relatives to learn what it takes to have an adequate self-care of diabetes mellitus. This work is a study of the Mutual Help group of the Hospital Civil de Ciudad Victoria, in Tamaulipas, Mexico, where its members have this kind of talks. They consider necessary to change some of the strategies, to enable them to understand the self-management training processes taught by the health and medical staff, and therefore, their metabolic control.

Key words: Diabetes, training, strategies, groups, self-management.

Submission date: 2013-03-13

Acceptance date: 2013-12-13

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

1. Introducción

Ante una de las más grandes amenazas al ser humano en materia de salud como lo es la diabetes mellitus, causante tan solo en México de 14 de cada cien fallecimientos en el año 2012 (INEGI, 2012), los esfuerzos de las autoridades sanitarias han sido superados por el problema que implica para la población el crecimiento desmedido de la enfermedad.

Dentro de las estrategias instrumentadas hace años, la Secretaría de Salud de México ha llevado a cabo un ambicioso programa, cuya base es compartir conocimientos, experiencias, capacitación y sugerencias de tratamiento entre pacientes y personal sanitario, basados en técnicas grupales de enseñanza. Estos clubes, llamados “de Ayuda Mutua”, resultaron ser un factor crucial en el abordaje de la enfermedad con mayor índice de mortalidad desde la década de los noventa.

Para garantizar el éxito en estos programas se requiere la transmisión de un mensaje claro, conciso y llano, de manera que pueda ser comprensible por todos los pacientes.

Considerando que un porcentaje importante de estos son personas cuyas edades superan el medio siglo de existencia (Mexicomaxico, 2012), se torna fundamental la necesidad de instrumentar un programa de capacitación que, de forma clara, pueda ayudarles a entender los alcances de la enfermedad. Al utilizar términos poco comprensibles para el paciente, surge el problema de la deserción y falta de control.

El presente trabajo pretende determinar el rol del paciente en su realidad actual, así como del personal sanitario y sus estrategias para capacitar y colaborar en la prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas, y de los comunicadores, para que, en conjunto con el personal sanitario, puedan propiciar la búsqueda de nuevas estrategias cuyo resultado pueda impactar positivamente en las estadísticas de salud, no solo de México, sino del mundo.

2. Hipótesis

Es necesario un cambio de estrategias de capacitación a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas para su correcta comprensión y aprovechamiento.

El comunicador debe participar en los programas de capacitación para instructores y pacientes dentro del sector salud.

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

3. Reflexiones teóricas

La diabetes mellitus es una enfermedad que causa la mayor cantidad de muertes en México y en varios países del mundo. Hemos de hacer una serie de reflexiones acerca de este padecimiento.

a. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa, de carácter incurable, cuya característica supone el desarrollo de complicaciones basadas en el daño de las células beta que se ubican en los islotes de Langerhans, en el páncreas.

Como consecuencia, este órgano genera una insuficiente cantidad de insulina para cubrir los requerimientos humanos o la generada no tiene la calidad necesaria para hacer frente a las demandas del organismo. Esta situación provoca que los niveles de glucosa en la sangre se eleven considerablemente, fuera de los rangos establecidos como adecuados, los que oscilan entre los 70 y 100 mg/dl., según la clasificación de la *American Diabetes Association* (ADA), avalada por la *International Diabetes Federation* (IDF). (*Fundación para la Diabetes, s.f.*) (<http://www.fundaciondiabetes.org/escuela/glosario.htm#9>).

La elevación considerable de estos niveles de glucosa en sangre propicia que haya desórdenes en el organismo, principalmente, en vasos sanguíneos, lo que provoca complicaciones que van desde las más conocidas como retinopatía (daño en la retina), nefropatía (daño en el riñón) y neuropatía (daño en las terminales nerviosas), así como también daño en el sistema circulatorio. Como consecuencia, hay una alta prevalencia de infartos, enfermedades cerebro-vasculares y otras, elevando los riesgos de mortalidad en quien la padece o ha sido diagnosticado (Cabezas Serrato, Touriño Peralba, Cabezas Agrícola, 2004).

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud señala:

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OPS, s.f.).

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

Aunque no se trata de describir en el presente trabajo la diabetes mellitus por sus características clínicas, es importante destacar que hay tres tipos básicos dentro de la clasificación de la misma (IDF, 2011):

Diabetes mellitus tipo 1, conocida también como insulino dependiente, juvenil o infantil: se caracteriza por una deficiente -o nula- producción de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona por vía intramuscular. A la fecha, se desconocen las causas que la provocan, por lo que no se puede prevenir en la actualidad.

Sus principales síntomas son, entre otros: poliuria o excreción excesiva de orina; polidipsia o sed frecuente, polifagia o hambre desmedida, pérdida de peso, cansancio y trastornos visuales. Todos estos síntomas pueden presentarse en forma aleatoria o conjunta y suelen aparecer en forma súbita.

Diabetes mellitus tipo 2, conocida como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta: caracterizada por una utilización inadecuada de la insulina por parte del organismo, por su poca producción o mala calidad de la misma. Se presenta en un 90% de los casos en el mundo, y aparece, en gran medida, cuando el paciente tiene un peso corporal excesivo y vida sedentaria, es decir, inactividad física.

Los síntomas son similares a la diabetes tipo 1, aunque menos intensos, y por lo general se diagnostica cuando tiene varios años de evolución y hay complicaciones manifiestas. Algunos estudios aseguran que puede permanecer asintomática hasta por cinco años.

Aunque era conocida como la diabetes del adulto, hoy en día se ha manifestado en niños, jóvenes y adultos de todas las edades, debido al incremento de casos de obesidad y sedentarismo, así como el estrés, propios de la vida moderna, principalmente en las grandes ciudades.

Diabetes gestacional: se presenta durante el embarazo, con síntomas similares a la diabetes tipo 2 y se diagnostica en un importante porcentaje durante las pruebas prenatales; pocas veces la paciente refiere síntomas. Por lo general, desaparece cuando concluye la etapa de embarazo, aunque se considera que el 50% de las mujeres que fueron diagnosticadas, en un período breve de tiempo desarrollarán diabetes tipo 2.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa con alcances impresionantes: según registros de 2004 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), en el mundo existen más de 346 millones de personas que han sido diagnosticadas con esta enfermedad y se calcula que a partir de esa fecha, y hasta el año 2025, los casos se duplicarán.

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

Según el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes (2011), existen poco más de 183 millones de personas con diabetes que no han sido diagnosticadas.

En ese mismo año -2004- se registraron 3.4 millones de fallecimientos de personas, todos relacionados directamente con la diabetes mellitus, de los cuales más del 80% se registró en países de ingresos bajo y medio; casi la mitad eran menores de 70 años y el 55% del sexo femenino. Para 2011, la cifra subió a 4.6 millones (OMS, 2012).

En el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes (2011) se asegura que los casos ya superan los 366 millones, es decir, el 8.3% de la población adulta mundial. Para el año 2030 serán 552 millones, lo que constituye el 9.1% de la población y significa que cada 10 segundos hay 3 casos nuevos en el orbe.

Con 10.3 millones de casos, México ocupa el séptimo lugar mundial en este rubro, debajo de naciones como China, India, Estados Unidos de América, Rusia, Brasil y Japón.

En este sentido, la Secretaría de Salud instrumentó un programa denominado “Clubes de Autoayuda”, ahora llamados “Grupos de Ayuda Mutua” (GAM). De acuerdo a la guía técnica para su funcionamiento, elaborado por la Secretaría de Salud en México, se concibe como “La organización de los propios pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la diabetes” (SSA, 1998: p. 8). Dicha organización debe contribuir a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adherencia o apego al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud. En estos grupos se proporciona capacitación y orientación a los pacientes que acuden a sus centros de salud o a los hospitales. El objetivo es propiciar su autocuidado y que tengan el conocimiento básico para poder controlar su diabetes, evitando así las complicaciones crónicas y agudas.

En estos clubes el paciente recurre, mediante técnicas de dinámica de grupos (Cirigliano y Valverde, 1982), a la aplicación de estrategias de comunicación interpersonal entre personas igualmente diagnosticadas con esta enfermedad, coordinadas, por lo general, por un profesional sanitario que puede ser un trabajador social, psicólogo, enfermero o médico. En la mayoría de los casos, se coordina con una persona y se ofrece capacitación acerca de aspectos propios de la enfermedad, por lo general, impartidos en conferencias o charlas que sustentan médicos, aunque en un porcentaje importante, participan otros profesionales de la salud, ofreciendo capacitación o información de acuerdo a sus áreas de estudio e influencia.

El objetivo principal es que el paciente recurra a lo que se conoce como “empoderamiento” de la enfermedad, es decir, que tome el control de la misma en

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

cuanto a información y manejo se refiere. La premisa principal es que si el paciente tiene la información necesaria, puede tomar las decisiones adecuadas, considerando lo que afecta a su salud. La decisión de tomar determinados cuidados depende de él, apoyado por el conocimiento surgido de los Clubes de Ayuda Mutua, tanto de los profesionales de la salud como de los otros pacientes que acuden a él y propician una retroalimentación en cada uno de los integrantes.

El aumento de casos puede atribuirse a una deficiente aplicación de las medidas de medicina preventiva o a la falta de atención de las mismas. Sin embargo, cuando ya es diagnosticado el individuo, se requiere que tome el control de esta enfermedad para evitar las consecuencias que implica, entre las que destacan de manera importante las llamadas complicaciones crónicas (Cabezas Cerrato et al., 2004), que se refieren al daño en riñones, ojos y nervios, principalmente.

Para la OMS, los daños son importantes cuando no se tiene un verdadero control de los niveles de glucosa en sangre: la diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral. Un 50% de los pacientes diabéticos mueren por enfermedades cardiovasculares, y la neuropatía en los pies, combinada con la reducción del flujo sanguíneo, incrementan el riesgo de úlceras en las extremidades inferiores, lo que lleva al incremento de amputaciones (Cabezas Cerrato et al., 2004).

Otras complicaciones crónicas son: retinopatía diabética, que al cabo de 15 años de evolución de la diabetes ocasiona ceguera en un 2% de los pacientes, aunque también se sabe que un 10% de estos sufre deterioros graves. También se sabe que es de las principales causas de insuficiencia renal, considerando que del 10 al 20% de pacientes con diabetes mueren por esta situación, según establece la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2012).

La neuropatía diabética se refiere a la lesión en los nervios, puede afectar al 50% de los pacientes y ocasionar problemas diversos que van desde hormigueo, dolor muy intenso, entumecimiento o debilidad en pies y manos. Esto lleva también a tener al menos dos veces más riesgo de fallecimiento.

En materia de economía se considera que la diabetes causa grandes pérdidas a los sistemas sanitarios, como ejemplo, la OMS calcula que entre los años 2006 y 2015, China dejaría de percibir alrededor de 550 mil millones de dólares por causa de las cardiopatías, accidentes vasculares y diabetes mellitus (OPS, s.f.).

Las estrategias para enfrentar la enfermedad son variadas y tienen una gran relación con las medidas que se llevan a cabo en el ámbito de la medicina, sin embargo, ante la prevalencia mostrada a nivel mundial surge la interrogante acerca de si se están llevando a cabo las medidas indicadas.

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

b. Diabetes mellitus y comunicación

¿Es posible mejorar el sistema de interacción o comunicación médico-paciente para que este último pueda tomar mejores decisiones respecto a su diabetes?

En medicina la prevención resulta ser la mejor de las herramientas y, además, la de menor costo, aunque en ocasiones no se tiene una idea clara de lo que se busca o no ha sido posible convencer al paciente diagnosticado para que tome las medidas necesarias. La mejor muestra de ello es que problemas como el sobrepeso y la obesidad se han incrementado en forma alarmante en el mundo entero (Dorantes, 2010). Los expertos consideran que estos dos aspectos, convertidos en foco de atención mundial en salud pública, propician enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y problemas cardiovasculares, entre muchos otros.

En ese sentido, se presenta un proyecto que tiene como objetivo hacer llegar la información sobre las causas, formas de desarrollo y control de la diabetes mellitus, de manera tal que cualquier persona pueda entender lo que se dice y obtener, por consiguiente, una mejor respuesta a las acciones de prevención y conservación de la salud.

Para tal efecto, se busca que los instructores –médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud- puedan utilizar otras estrategias para informar y convencer al paciente de la necesidad de un cuidado más intenso, de manera que pueda evitar un gran número de padecimientos, entre ellos, la diabetes mellitus.

La OMS sugiere que las medidas necesarias básicas son: llevar una dieta saludable, realizar actividad física regular, mantener un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco, como base para prevenir este tipo de problemas de salud.

El ritmo actual de la vida en las grandes ciudades acerca a muchos hogares al consumo de productos alimenticios no balanceados, ricos en carbohidratos, que tienen repercusión directa en el peso corporal y, por consiguiente, en el riesgo de ser diagnosticado con diabetes. En ese sentido, habrá que establecer estrategias que convengan al paciente y al ciudadano en general de cuidar su alimentación y su peso corporal.

En este punto surge el proyecto de llevar, mediante distintas técnicas de comunicación, la información al paciente diabético, con el objetivo de que pueda entender el mensaje que se requiere, y que este tenga un impacto positivo en su estado de salud.

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

La teoría de la comunicación en sus distintas formas, según lo explica Berlo en su obra *El proceso de la comunicación* (2003), se fundamenta en una rutina en la que interviene un emisor y un receptor: se envía un mensaje a través de un código y canal común, de manera que se logra la retroalimentación. Cuando esta última no se presenta, se considera que el proceso comunicativo está incompleto, es decir, no es válido. En ese sentido coinciden los modelos que comenta Berlo, atribuidos a distintos estudiosos de la comunicación.

Prácticamente todos los modelos que se han desarrollado consideran que la retroalimentación es el principal justificante de la eficiencia en el proceso comunicativo, inclusive en el modelo de Schram que utiliza el “campo de la experiencia” como base para transmitir el mensaje adecuado (Berlo, 2003). En este caso, y ubicando las necesidades de los grupos de pacientes con diabetes mellitus, suele considerarse el empleo de este modelo, dado que la experiencia de uno y otro paciente puede ayudar a que los demás entiendan los términos que se emplean y manejan en la reunión, propiciando un mayor entendimiento y, por consiguiente, logrando un apego a las indicaciones fundamentales que debe tomar cada paciente.

Tal es el caso de las estrategias con los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus: si el mensaje de control no es recibido adecuadamente, quiere decir que la comunicación presenta algunos *ruidos* que deben atenderse para que pueda existir la retroalimentación adecuada que, en este caso, se debe reflejar en el estado de salud de cada individuo. Es necesario señalar que lo que en el ámbito comunicativo se conoce como ruido se refiere a las *barreras* que se pueden presentar y que evitan que se complete el proceso comunicativo.

Como forma de lograr el éxito en los procesos de capacitación e instrucción para los pacientes, se propone inicialmente la incorporación en el equipo multidisciplinario de las instituciones a un comunicador, quien deberá asumir la función de dar forma a los mensajes de medicina preventiva y control dirigidos a los pacientes, así como la elaboración de material didáctico –trípticos, carteles, mensajes, correos, etcétera- para reforzar esta acción y obtener resultados positivos.

Como parte de un equipo multidisciplinario en el sector sanitario, el comunicador puede incorporar una serie de técnicas de transmisión de información y capacitación, tales como “pequeños grupos”, “discusión”, “juegos tradicionales” o capacitación en general, a fin de que los pacientes entiendan el mensaje del sector sanitario y puedan tomar la decisión adecuada respecto a la conservación de su salud.

Resulta determinante el hecho de que los miembros del equipo multidisciplinario tengan la posibilidad de capacitarse en el mismo sentido, propiciando que se

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

conviertan en monitores para los pacientes, otorgando la información necesaria de forma clara y sencilla, para que los resultados se vean reflejados en su estado de salud.

Es necesario recordar que los grupos tienen sus dinámicas de acuerdo a cada integrante, pero en el aspecto interno, consideran el tamaño, atmósfera grupal, identificación, homogeneidad, comunicación, participación, objetivos, normas, actividades y evaluación grupal (Gibb, 1982), entre otros aspectos.

Los dos tipos básicos de grupo en cuanto a pertenencia son: por adscripción, es decir, cuando se pertenece por defecto (ejemplo: la familia), y por adquisición, es decir, cuando se considera la elección propia del mismo. Los pacientes y sus familiares se ajustan al segundo tipo, dado que se requiere de su consentimiento para que participen en las actividades. Deben ser funcionales, es decir, enfocados al objetivo común que es el control de la diabetes mellitus.

Para lograr el buen funcionamiento del mismo, Gibb (1982) propone atender los siguientes ocho principios para lograr un adecuado aprendizaje en los miembros del grupo: ambiente, reducción de la intimidación, liderazgo, formulación del objetivo, flexibilidad, consenso, comprensión del proceso y evaluación continua.

Para Cirigliano y Villaverde (1982), las técnicas grupales son “maneras, procedimientos o medios sistematizados de organizar y desarrollar la actividad de grupo, sobre la base de conocimientos suministrados por la teoría de la dinámica del grupo”; son el más valioso recurso para el logro de los objetivos que se ha propuesto el mismo grupo.

Resulta fundamental la elección de las técnicas grupales de acuerdo a los objetivos que se persiguen y que en este sentido son muy claras: la madurez y entrenamiento de los elementos que participan son fundamentales, así como el tamaño del mismo, el ambiente físico, las características del medio externo y de los miembros, así como la capacitación del conductor, dirigente o líder.

El líder o cabeza del grupo se convierte en el coordinador de este proceso de aprendizaje. Su papel es orientar la información, facilitar su adquisición y despertar el interés para que esta sea ampliada y confrontada, fortalecida y reafirmada en cada uno de los miembros del grupo.

Respecto a los miembros del grupo, Edith Chehayba y Kuri, en su libro sobre Técnicas para el Aprendizaje Grupal (1989), sugiere que el sujeto de aprendizaje o el integrante del grupo “necesita saber qué aprende, sentirse productivo y aportar él mismo de su propia experiencia. Que no sea suficiente entender la información, sino tener la posibilidad de utilizarla” (p.14).

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

Ya conformado el grupo de pacientes y familiares, el líder o cabeza del grupo determinará las acciones a seguir para lograr un aprendizaje adecuado. Lo anterior se llevará a cabo de acuerdo a las características de cada uno de los elementos participantes y las necesidades de todos.

4. Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es analizar los procesos que se llevan a cabo dentro de los clubes de Ayuda Mutua de las unidades sanitarias del sector Salud en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, en un lapso de seis meses a partir de la reunión programada para el mes de enero, y hasta la correspondiente al mes de junio de 2012, para considerar si se cumplen las estrategias y metas del mismo: incidir en el paciente de forma tal que pueda contar con herramientas necesarias que le permitan mejorar su calidad de vida.

Dentro de los resultados obtenidos es necesario considerar la posibilidad de que los instructores –médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud- puedan utilizar otras estrategias para informar y convencer al paciente de la necesidad de un cuidado más intenso, de manera que pueda tener un mejor control glucémico y evitar un gran número de complicaciones.

5. Método

El estudio se lleva a cabo durante el lapso comprendido entre los meses de enero y junio de 2012. Para ello, se realizaron un total de 29 entrevistas a los miembros del Grupo de Ayuda Mutua registrados a la fecha. El diseño del estudio es de tipo cuantitativo transversal, considerando además algunas entrevistas no estructuradas, para conocer la opinión de pacientes adheridos al Grupo de Ayuda Mutua del Hospital Civil de Ciudad Victoria, Tamaulipas, sobre la influencia que tiene la información recibida en sus actividades y su impacto en el control glucémico.

Para poder establecer una propuesta de líneas a seguir dentro de la capacitación, consideramos que es fundamental que los pacientes manifiesten sus puntos de vista y opiniones, ya que finalmente, son estos los beneficiarios de los programas sanitarios del gobierno.

Se utilizó un instrumento de recolección de datos, que incluía diversas variables como: aspectos socioeconómicos, de comunicación intergrupar, control glicémico y sobre estrategias empleadas en la capacitación que se otorga.

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

El objetivo de la recolección de datos es determinar cuál es el nivel de aceptación de los mensajes del sector Salud en los pacientes que acuden a los grupos denominados de Ayuda Mutua, considerando el origen de los pacientes, su nivel de preparación y estatus socioeconómico.

6. Resultados

La edad de los pacientes (todos parte del grupo de Ayuda Mutua) oscila entre los 30 y 75 años. El 70% tiene más de tres años como miembro y el 50% tiene más de cinco años diagnosticado. El 67% son viudos, quienes dependen económicamente del apoyo que les proporcionan sus hijos, y el 33% son casados, recibiendo una pequeña pensión por parte del Estado. El 100% son personas de nivel socioeconómico bajo, sus viviendas están construidas con materiales de baja calidad, ubicadas en colonias de la periferia de la ciudad. En cuanto a la alimentación, se observó que en la mayoría, su dieta está compuesta por alimentos altos en carbohidratos, sin incluir la ingesta de verduras, lo que repercute en sus altos índices glucémicos, ya que reportan cifras por encima de los 170 mg/dl.

Respecto a su asistencia al grupo de ayuda mutua, los pacientes expresaron que hacen lo posible por cumplir con las sesiones programadas, pero que ocasionalmente no asisten debido a que tienen problemas para transportarse desde su domicilio, además de no tener el apoyo de su familia, ya que acuden solos. Manifestaron no saber qué hacer en caso de una emergencia y consideran que sus familiares no están capacitados para responder ante una situación de crisis y atenderlos de una manera adecuada. La comunicación que tienen entre los miembros del grupo les permite compartir con otras personas situaciones difíciles en el control de su padecimiento o en su vida personal y familiar, pero solo se establece dentro de la institución.

El 60% manifestó no conocer las complicaciones de la diabetes y solo el 30% reconoce que el personal de salud le ha informado sobre algunas de ellas, pero no las identifican como tal.

En cuanto a las estrategias utilizadas por el personal de salud, el 100% comenta que en la mayor parte de las ocasiones han recibido la información a través de charlas o pláticas con algunos de los médicos u otros profesionistas, pero que en ocasiones no les queda claro el mensaje o no entienden las palabras que utilizan. Mencionan que el personal de trabajo social les hace llegar información a través de folletos que les han entregado en algunas de las sesiones, donde les hablan de aspectos relacionados con su enfermedad, así como en mamparas con temática alusiva que se colocan en diferentes áreas del hospital.

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

En este sentido, se establece la necesidad de instrumentar estrategias comunicativas y de dinámica de grupos, tal y como sugieren Cirigliano y Villaverde (1982), a través de dinámicas de grupos y técnicas afines. Edith Chehaybar y Kuri (1989) también coincide en la utilización con resultados positivos a través del aprendizaje grupal.

Las enfermedades crónico-degenerativas, por su alcance local y nacional, requieren del establecimiento de dinámicas en las que, con una menor cantidad de recursos se pueda abarcar un mayor número de pacientes que las padecen.

Las entrevistas con pacientes demuestran que se requiere también establecer técnicas propias de la comunicación intercultural (Fernández, 2001), por el tipo de pacientes con diversos niveles educativos y culturales.

De la misma manera, y pese a comunicarnos con el mismo lenguaje, tenemos percepciones distintas de las que ofrece el sector sanitario a través de los profesionales del equipo multidisciplinario (Cabezas Cerrato et al. 2004).

Los pacientes expresaron interés por conocer más acerca de la enfermedad, aprender otras formas de mejorar su control glucémico y tener una comunicación más estrecha con sus familiares y el personal de salud, coincidiendo en que los mensajes deben ser más claros para ellos.

7. Conclusiones

Existe una barrera entre el profesional de la medicina y el paciente provocada por la falta de claridad en los mensajes. Por esto, se requiere buscar otro tipo de estrategias de comunicación adecuadas, que permitan a unos y otros interactuar de forma positiva, logrando que el paciente tenga las herramientas necesarias para tomar las decisiones adecuadas respecto a su tratamiento y, así, mejorar su estado de salud en general.

El lenguaje que emplean los profesionales de la salud muchas veces se torna incomprensible porque utilizan términos propios de su profesión. Será determinante para la comprensión de los miembros del grupo que se les explique cada uno de estos. Resulta más comprensible indicar a un paciente recién diagnosticado que puede tener los niveles de glucosa elevados en lugar de decirle que puede tener una hiperglucemia, o que la nefropatía diabética se refiere al daño que se ocasiona en los riñones, y así, uno a uno, los términos deben ser explicados con la claridad que requiere el grupo de acuerdo a su nivel cultural.

Se necesita cambiar estrategias en los clubes de apoyo a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, en donde se fortalezca la comunicación entre los miembros del grupo de ayuda mutua, así como los lazos de unión, para

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

crear verdaderas redes de apoyo que, con una adecuada comunicación, faciliten la atención y el buen control del padecimiento.

Se percibe claramente que no se ha logrado el impacto deseado sobre los índices glucémicos de los pacientes, lo que compromete aún más a los profesionales de la salud para buscar nuevas estrategias, que tengan la influencia directa sobre la comprensión de la información otorgada. Asimismo, la corresponsabilidad de los pacientes para ejercer de manera real los conocimientos adquiridos para un cuidado con mayor intensidad.

Se propone la participación del comunicador en el equipo multidisciplinario de salud para mejorar el manejo de técnicas de comunicación. Además, que la transmisión de la información no solo sea a través de charlas, sino de la participación de los pacientes en dinámicas grupales, juegos de mesa y de actividad física, en los que el comunicador pueda hacer llegar el mensaje de forma clara y concisa, para que el paciente logre un mejor estado de salud.

De la misma manera, se propone la instrumentación de un proyecto como programa de salud pública en las instituciones de salud oficiales del estado de Tamaulipas.

8. Referencias

1. Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2012). *Guías ALAD de Diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Consultado en: http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf
2. Baden Powell, R. (2010). *Escultismo para muchachos*. México: CEAC.
3. Berlo, D. (2003). *El proceso de la comunicación, Introducción a la teoría y a la práctica*. México: Ateneo.
4. Cabezas Cerrato, J, Touriño Peralba, R. y Cabezas Agrícola, J.M. (2004). Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. *Medicine*, 9, N°16, 990-999.
5. Cirigliano, G. y Villaverde, A. (1982). *Dinámica de Grupos y Educación*. Buenos Aires: Humanitas.
6. Chehaybar y Kuri, E. (1989). *Técnicas para el Aprendizaje Grupal*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

7. Dirección de Desarrollo Académico (1993). *Taller de Dinámica de Grupos*. México: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
8. Dorantes, M. (2010). México, primer lugar en obesidad infantil. Consultado en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/241153.proponen-solucion-a-obesidad-infantil.htm>
9. Federación Internacional de Diabetes (2011). *Diabetes, Atlas de la FID, 5ª Edición*. Bélgica: Federación Internacional de Diabetes.
10. Fernández, C. (2001). *La Comunicación Humana en el Mundo contemporáneo*. México: Mc Graw Hill.
11. Fundación para la Diabetes (s.f.). *Glosario*. Consultado en: <http://www.fundaciondiabetes.org/escuela/glosario.htm#9>
12. Gibb, Jack R. (1982) *Manual de Dinámica de Grupos*, Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
13. International Diabetes Federation (s.f.). Presentación de la diabetes. Consultada en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/prologo?language=es>
14. International Diabetes Federation (2006). Control Glucémico, medidas, niveles y monitorización. *Diabetes Voice, Nº 51*. Consultado en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_450_es.pdf
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía –INEGI– (2012). *Estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Consultado en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11094&c=15273&s=est&cl=4#>
16. México México (2013). *Algunas causas de mortalidad en México 1938-2012*. Consultado en: <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>
17. Organización Mundial de la Salud (2012). *Diabetes. Nota Descriptiva Nº312*. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
18. Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Diabetes*. Consultado en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category§ionid=96&id=807&Itemid=338

Versión PDF para imprimir desde

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>

19. Trevithick, P. (2010). *Habilidades de Comunicación en intervención social*. Madrid: Narcea.
20. SSA (1998): *Guía técnica para el funcionamiento de Clubes de diabéticos*. México: Secretaria de Control y Prevención de Enfermedades.
21. Villanueva, V. (2003). Enfoque práctico de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina*, UNNE, (130), 34-39.
22. Vive con diabetes. (2012). *Estadísticas*. Consultado en: <http://vivecondiabetes.com/basicos-de-diabetes/estadisticas>