

**Intervención Psicoeducativa de Enfermería
para mejorar el nivel de adaptación
Psicosocial de pacientes con Diabetes tipo II**

**GALINDO-SÁNCHEZ, Sabina
MÉNDEZ-GRAJALES, Yolanda**



ECORFAN-México

Coordinadores

GALINDO-SÁNCHEZ, Sabina. MsC
MÉNDEZ-GRAJALES, Yolanda. PhD

Editor en Jefe

VARGAS-DELGADO, Oscar. PhD

Directora Ejecutiva

RAMOS-ESCAMILLA, María. PhD

Director Editorial

PERALTA-CASTRO, Enrique. MsC

Diseñador Web

ESCAMILLA-BOUCHAN, Imelda. PhD

Diagramador Web

LUNA-SOTO, Vladimir. PhD

Asistente Editorial

SORIANO-VELASCO, Jesus. BsC

Traductor

DÍAZ-OCAMPO, Javier. BsC

Filóloga

RAMOS-ARANCIBIA, Alejandra. BsC

Intervención Psicoeducativa de Enfermería para mejorar el nivel de adaptación Psicosocial de pacientes con Diabetes tipo II

Ninguna parte de este escrito amparado por la Ley de Derechos de Autor, podrá ser reproducida, transmitida o utilizada en cualquier forma o medio, ya sea gráfico, electrónico o mecánico, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente: Citas en artículos y comentarios bibliográficos, de compilación de datos periodísticos radiofónicos o electrónicos. Visite nuestro sitio WEB en: www.ecorfan.org

Primera Edición

ISBN: 978-607-8695-12-6

Sello Editorial ECORFAN: 607-8695

Número de Control B: 2019-07

Clasificación B (2019):181119-0107

A los efectos de los artículos 13, 162, 163 fracción I, 164 fracción I, 168, 169, 209, y otra fracción aplicable III de la Ley del Derecho de Autor

Books

Definición de Books

Objetivos Científicos

Apoyar a la Comunidad Científica Internacional en su producción escrita de Ciencia, Tecnología en Innovación en las Áreas de investigación CONACYT y PRODEP.

ECORFAN-Mexico S.C es una Empresa Científica y Tecnológica en aporte a la formación del Recurso Humano enfocado a la continuidad en el análisis crítico de Investigación Internacional y está adscrita al RENIECYT de CONACYT con número 1702902, su compromiso es difundir las investigaciones y aportaciones de la Comunidad Científica Internacional, de instituciones académicas, organismos y entidades de los sectores público y privado y contribuir a la vinculación de los investigadores que realizan actividades científicas, desarrollos tecnológicos y de formación de recursos humanos especializados con los gobiernos, empresas y organizaciones sociales.

Alentar la interlocución de la Comunidad Científica Internacional con otros centros de estudio de México y del exterior y promover una amplia incorporación de académicos, especialistas e investigadores a la publicación Seriada en Nichos de Ciencia de Universidades Autónomas - Universidades Públicas Estatales - IES Federales - Universidades Politécnicas - Universidades Tecnológicas - Institutos Tecnológicos Federales - Escuelas Normales - Institutos Tecnológicos Descentralizados - Universidades Interculturales - Consejos de CyT - Centros de Investigación CONACYT.

Alcances, Cobertura y Audiencia

Books es un Producto editado por ECORFAN-Mexico S.C en su Holding con repositorio en México, es una publicación científica arbitrada e indizada. Admite una amplia gama de contenidos que son evaluados por pares académicos por el método de Doble-Ciego, en torno a temas relacionados con la teoría y práctica de las Área de investigación CONACYT y PRODEP respectivamente con enfoques y perspectivas diversos, que contribuyan a la difusión del desarrollo de la Ciencia la Tecnología e Innovación que permitan las argumentaciones relacionadas con la toma de decisiones e incidir en la formulación de las políticas internacionales en el Campo de las Ciencias. El horizonte editorial de ECORFAN-Mexico® se extiende más allá de la academia e integra otros segmentos de investigación y análisis ajenos a ese ámbito, siempre y cuando cumplan con los requisitos de rigor argumentativo y científico, además de abordar temas de interés general y actual de la Sociedad Científica Internacional.

Consejo Editorial

SOLORZANO - MATA, Carlos Josué. PhD
Université des Sciences et Technologies de Lille

TREVIÑO - TIJERINA, María Concepción . PhD
Centro de Estudios Interdisciplinarios

DIAZ - OVIEDO, Aracely. PhD
University of Nueva York

GARCÍA - REZA, Cleotilde. PhD
Universidad Federal de Rio de Janeiro

SERRA - DAMASCENO, Lisandra. PhD
Fundação Oswaldo Cruz

LERMA - GONZÁLEZ, Claudia. PhD
McGill University

MARTINEZ - RIVERA, María Ángeles. PhD
Instituto Politécnico Nacional

DE LA FUENTE - SALCIDO, Norma Margarita. PhD
Universidad de Guanajuato

PÉREZ - NERI, Iván. PhD
Universidad Nacional Autónoma de México

Comité Arbitral

CARRETO - BINAGHI, Laura Elena. PhD
Universidad Nacional Autónoma de México

ALEMÓN - MEDINA, Francisco Radamés. PhD
Instituto Politécnico Nacional

BOBADILLA - DEL VALLE, Judith Miriam. PhD
Universidad Nacional Autónoma de México

MATTA - RIOS, Vivian Lucrecia. PhD
Universidad Panamericana

BLANCO - BORJAS, Dolly Marlene. PhD
Instituto Nacional de Salud Pública

NOGUEZ - MÉNDEZ, Norma Angélica. PhD
Universidad Nacional Autónoma de México

MORENO - AGUIRRE, Alma Janeth. PhD
Universidad Autónoma del Estado de Morelos

SÁNCHEZ - PALACIO, José Luis. PhD
Universidad Autónoma de Baja California

RAMÍREZ - RODRÍGUEZ, Ana Alejandra. PhD
Instituto Politécnico Nacional

TERRAZAS - MERAZ, María Alejandra. PhD
Universidad Autónoma del Estado de Morelos

CARRILLO - CERVANTES, Ana Laura. PhD
Universidad Autónoma de Coahuila

CRUZ, Norma. PhD
Universidad Autónoma de Nuevo León

CANTEROS, Cristina Elena. PhD
Universidad Nacional Autónoma de México

Cesión de Derechos

El envío de una Obra Científica a ECORFAN Books emana el compromiso del autor de no someterlo de manera simultánea a la consideración de otras publicaciones científicas para ello deberá complementar el Formato de Originalidad para su Obra Científica.

Los autores firman el Formato de Autorización para que su Obra Científica se difunda por los medios que ECORFAN-México, S.C. en su Holding México considere pertinentes para divulgación y difusión de su Obra Científica cediendo sus Derechos de Obra Científica.

Declaración de Autoría

Indicar el Nombre de 1 Autor y 3 Coautores como máximo en la participación de la Obra Científica y señalar en extenso la Afiliación Institucional indicando la Dependencia.

Identificar el Nombre de 1 Autor y 3 Coautores como máximo con el Número de CVU Becario-PNPC o SNI-CONACYT- Indicando el Nivel de Investigador y su Perfil de Google Scholar para verificar su nivel de Citación e índice H.

Identificar el Nombre de 1 Autor y 3 Coautores como máximo en los Perfiles de Ciencia y Tecnología ampliamente aceptados por la Comunidad Científica Internacional ORC ID - Researcher ID Thomson - arXiv Author ID - PubMed Author ID - Open ID respectivamente

Indicar el contacto para correspondencia al Autor (Correo y Teléfono) e indicar al Investigador que contribuye como primer Autor de la Obra Científica.

Detección de Plagio

Todas las Obras Científicas serán testeadas por el software de plagio PLAGSCAN si se detecta un nivel de plagio Positivo no se mandará a arbitraje y se rescindirán de la recepción de la Obra Científica notificando a los Autores responsables, reivindicando que el plagio académico está tipificado como delito en el Código Penal.

Proceso de Arbitraje

Todas las Obras Científicas se evaluarán por pares académicos por el método de Doble Ciego, el arbitraje Aprobatorio es un requisito para que el Consejo Editorial tome una decisión final que será inapelable en todos los casos. MARVID® es una Marca de derivada de ECORFAN® especializada en proveer a los expertos evaluadores todos ellos con grado de Doctorado y distinción de Investigadores Internacionales en los respectivos Consejos de Ciencia y Tecnología el homologo de CONACYT para los capítulos de America-Europa-Asia-Africa y Oceanía. La identificación de la autoría deberá aparecer únicamente en una primera página eliminable, con el objeto de asegurar que el proceso de Arbitraje sea anónimo y cubra las siguientes etapas: Identificación del ECORFAN Books con su tasa de ocupamiento autoral - Identificación del Autores y Coautores- Detección de Plagio PLAGSCAN - Revisión de Formatos de Autorización y Originalidad-Asignación al Consejo Editorial- Asignación del par de Árbitros Expertos-Notificación de Dictamen-Declaratoria de Observaciones al Autor-Cotejo de la Obra Científica Modificado para Edición-Publicación.

Intervención Psicoeducativa de Enfermería para mejorar el nivel de adaptación Psicosocial de pacientes con Diabetes tipo II

Nursing Psychoeducational Intervention to improve the level of Psychosocial adaptation of patients with Type II Diabetes

GALINDO-SÁNCHEZ, Sabina & MÉNDEZ-GRAJALES, Yolanda

Universidad Veracruzana

ID 1^{er} Autor: *Sabina, Galindo-Sánchez* / **ORC ID:** 0000-0003-4207-254X

ID 1^{er} Coautor: *Yolanda, Méndez-Grajales* / **ORC ID:** 0000-0002-1981-5272

DOI: 10.35429/B.2019.8.1.53

Intervención Psicoeducativa de Enfermería para mejorar el nivel de adaptación Psicosocial de pacientes con Diabetes tipo II

El Book ofrecerá contribuciones seleccionadas de investigadores que contribuyan a la actividad de difusión científica de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su área de investigación en la función de la Universidad ante los retos de la Sociedad del Conocimiento. Además de tener una evaluación total, en las manos de los directores de la Universidad Veracruzana, se colabora con calidad y puntualidad en sus capítulos, cada contribución individual fue arbitrada a estándares internacionales (RESEARCH GATE, MENDELEY, GOOGLE SCHOLAR y REDIB), el Book propone así a la comunidad académica, los informes recientes sobre los nuevos progresos en las áreas más interesantes y prometedoras de investigación en la función de la Universidad ante los retos de la Sociedad del Conocimiento.

Contenido

Resumen	1
Abstract	1
Introducción	2
Capítulo 1 Presentación del problema	3
1.1 Enfoque teórico, empírico y experiencial.	3
1.1.1 Enfoque teórico o aproximación teórica	3
1.1.2 Enfoque empírico o aproximación empírica	5
1.1.3 Enfoque experiencial	6
1.2 Pregunta clínica	8
1.3 Hipótesis	9
Capítulo 2 Diseño de la intervención	10
2.1 Fundamentos teóricos	10
2.2 Personas	14
2.3 Metas	15
2.4 Dosificación	15
2.5 Sesiones	16
2.6 Estrategias, técnicas y métodos	23
2.7.- Recursos Humanos y Físicos:	24
Capítulo 3 Ejecución de la intervención	26
3.1 Descripción del proceso de intervención	26
3.2 Consideraciones éticas	30
Capítulo 4 Evaluación de la intervención	32
4.1 Resultados: Cuantitativos	32
4.2 Análisis e interpretación	35
4.3 Conclusiones	36
4.4 Recomendaciones	37
Referencias	38
Anexos	41
Manual de Facilitador	41

Resumen

Introducción.- Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbi-mortalidad, reconocida por la OMS como una amenaza mundial, pues se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030 (OMS 2016). La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad compleja, crónica que requiere atención multidisciplinaria continua, con estrategias multifactoriales de reducción de riesgos más allá del control de la glucosa, fundamentales para la prevención de la aparición de complicaciones agudas y reducir la aparición de las crónicas (Diabetes Care ADA 2016). **Objetivo.-** Evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy en la mejora del nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II. **Metodología.-** Se trata de un estudio cuantitativo cuasi experimental, con un diseño intervencionista con base en la metodología de Souraya Sidani, donde se trabaja con dos grupos, uno control y otro grupo intervención en cuatro fases: (1) Medición inicial del nivel de adaptación de los pacientes a su situación de salud enfermedad de ambos grupos. (2) Implementación de un programa psico-educativo estructurado por las autoras, exclusivamente para el grupo intervención, mientras que al grupo control se le diseñó un tríptico informativo. (3) Segunda medición del nivel de adaptación a ambos grupos. (4) Análisis comparativo entre los resultados iniciales y finales para ambos grupos. Se empleó la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Callista Roy, con un alfa de Cronbach .93, validado para esta población por medio de expertos. El tipo de muestreo fue no probabilístico con criterios de inclusión, exclusión y eliminación, obteniendo una muestra de 10 pacientes para ambos grupos. Los resultados obtenidos se analizaron con el programa SPSS versión 22.0 para Windows. Se realizó una prueba de hipótesis usando la t de Student para muestras pareadas. **Resultados.-** El grupo intervención, muestra una mejoría estadísticamente significativa en comparación con el grupo control. La media global para el grupo control en la primera etapa fue de 88.8, para el grupo intervención 97.4. Al finalizar la intervención se encontró que la media global para el grupo fue de 96.9, sin cambios estadísticamente significativos, mientras que para el grupo intervención la media fue de 152.8. **Conclusiones.-** De acuerdo a los datos obtenidos podemos afirmar que una intervención de enfermería que contenga además de información propia de la alteración crónica degenerativa, el componente psicológico aumentará claramente el nivel de adaptación de los pacientes.

Intervención psicoeducativa, Diabetes mellitus, Adaptación psicosocial

Abstract

Introduction: Of chronic diseases, diabetes mellitus is one of the main causes of morbidity and mortality and recognized by OMS as a global menace. It is estimated that there are more than 180 million people in the world with diabetes and it is likely that this number will more than double by 2030 (OMS 2016). All this is fundamental for the prevention of acute and chronic complications (Diabetes Care ADA 2016). **Objective.-** To evaluate the effectiveness of a psychoeducational nursing intervention based on the theory of Sor Callista Roy for the improvement of the level of psychosocial adaptation of type II diabetic patients. **Methodology.-** This is a quasi-experimental quantitative study, with an intervention design in the proposal of Souraya Sidani. The work was done with two groups, one control and another intervention group in four phases: 1) Initial measurement of the level of adaptation of patients to their health status disease in both groups. 2) Implementation of a psycho-educational program structured by the authors, exclusively for the intervention group, while the control group was designed an informative triptych 3) Second measurement of the level of adaptation to both groups. 4) Comparative analysis between initial and final results for both groups. The Measurement Scale of the coping and adaptation process was used (CAPS) of Callista Roy with a Cronbach's alpha .93, validated for this population by means of experts. Sampling was non-probabilistic with inclusion, exclusion and elimination criteria, obtaining a sample of 10 patients for both groups. The obtained results were analyzed with the program SPSS version 22.0 for Windows. A hypothesis test was performed using Student's t-test for paired samples. **Results.-** The intervention group showed a statistically significant improvement when compared to the control group. The overall mean for the control group in the first stage was 88.8, for the intervention group 97.4. At the end of the intervention, the overall mean for the group was 96.9, with no statistically significant changes, whereas for the intervention group the mean was 152.8. **Conclusions -** According to the data obtained, it is affirmed that a nursing intervention that integrates information specific to the chronic degenerative disorder and the psychological component, will clearly increase the level of adaptation of the patients

Psychoeducational intervention, Diabetes mellitus, Psychosocial adaptation

Introducción

Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes tipo II es una de las principales causas de morbi-mortalidad, reconocida por la OMS como una amenaza mundial, pues se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030 (OMS 2016). La diabetes tipo II es una enfermedad compleja, crónica que requiere atención multidisciplinaria continua, con estrategias multifactoriales de reducción de riesgos más allá del control de la glucosa, fundamentales para la prevención de la aparición de complicaciones agudas y reducir la aparición de las crónicas (Diabetes Care ADA 2016).

¿Un paciente con esta alteración, se encuentra preparado para hacer frente a su situación de salud enfermedad? La propuesta en esta investigación es una intervención psicoeducativa de enfermería para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II. Una persona que se ha diagnosticado con Diabetes tipo II requiere por un lado información básica entendible, adecuada a su contexto sociocultural para llevar a cabo los cuidados que requerirá en adelante (aspecto educativo); por otro lado alberga emociones que culturalmente no se le permite expresar, es probable que no sea consciente de ellas, quizá ha generado creencias que le impiden hacer uso de todo su potencial para afrontar y adaptarse a su proceso (aspecto psicoeducativo).

El objetivo es evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy en la mejora del nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II. Por lo que esta intervención se encuentra inserta en la LGAC de la maestría en enfermería de Calidad del cuidado y bienestar social, toda vez que enfermería interviene de una forma importante en la prevención y tratamiento en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual la calidad de los servicios que presta debe ser permanente y orientada a la medición del impacto de su actuar.

La intervención se desarrolló de acuerdo a la guía metodológica de Souraya Sidani en el capítulo 1 se abordan los tres enfoques, teórico, empírico y experiencial, que sientan las bases de la investigación descriptiva necesaria para implementar una intervención; el capítulo 2 se encuentra el desarrollo dosis por dosis de la intervención, con las cartas programáticas correspondientes a cada sesión, además de contener las características de la muestra a la que se aplicará; en el capítulo 3 se describe detalladamente la forma en la que se llevó a cabo la intervención; y el capítulo 4 contiene la evaluación de la intervención conforme a los criterios para inferir la causalidad y los resultados obtenidos con la aplicación de la intervención.

Capítulo 1 Presentación del problema

1.1 Enfoque teórico, empírico y experiencial.

El primer paso en el desarrollo de las intervenciones es esclarecer completa y cuidadosamente la presentación del problema (Campbell et al., 2007), su naturaleza, manifestaciones, factores causales o determinantes, nivel de severidad y consecuencias. Diferentes enfoques pueden ser utilizados, de forma independiente o en combinación, para obtener una comprensión del problema que guiarán en el diseño de la intervención (Sidani & Braden, 2011); la importancia de este capítulo radica en la descripción de los tres enfoques teórico, empírico y experiencial.

Como lo plantea Flores, P. C., Méndez, G.Y., Flores, C.S. y Romero, P.F. (2016), el análisis científico se encuentra sostenido sobre dos columnas, una teórica y otra metodológica. Ambas descansan sobre una base empírica. La teoría para el caso trata de explicar el enfoque de salud, el proceso fisiopatológico esencial del paciente con diabetes tipo II y un primer acercamiento al concepto de adaptación. Desde el punto de vista empírico se presenta una breve descripción de los hallazgos de otros investigadores respecto a la adaptación y enfoque psicosocial. El aspecto, metodológico se abordará en el capítulo II.

1.1.1 Enfoque teórico o aproximación teórica

El profesional de enfermería se encuentra en constante búsqueda de las mejores estrategias que le garanticen proporcionar un cuidado de calidad, uno de los limitantes en el ejercicio práctico de la disciplina que se ha observado es el enfoque únicamente empírico que se le da al cuidado, dejando de lado la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, el pilar de la científicidad de enfermería como profesión y la base para el cuidado integral, Gutiérrez (2009); según los enuncia Díaz et al (2014) por falta de conocimiento.

Llevar a cabo la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación aseguran un cuidado integral; en la tercera etapa de dicho proceso se encuentran las intervenciones, para Sidany y Braden (1988) las intervenciones se refieren a tratamientos, terapias, procedimientos o acciones puestos en práctica por profesionales de la salud a y con clientes, en una situación específica, para mover la condición de los clientes hacia resultados de salud deseados en beneficio de los clientes.

Efectuar intervenciones de enfermería implica conocer las características del cliente (persona, familia o grupo) al que se le proporcionará, con la finalidad de visualizar desde el primer contacto los elementos que contribuirían favorablemente en el proceso para modificar la conducta y/o la obtención de los resultados esperados; lo cual se logró con el pretest.

Proponer que la presente intervención psicoeducativa de enfermería redundará en resultados de salud para el grupo intervención puede parecer para algunos un poco aventurado e irresponsable, por lo que cito a Mendoza y Jarillo (2011) quienes discuten, en lugar del determinismo causal basado en la triada agente-huésped-ambiente utilizado comúnmente por la salud pública, la salud colectiva entiende el proceso salud-enfermedad desde la totalidad constituida por las formas específicas en las que la sociedad se organiza y se reproduce política, económica y culturalmente.

De esta forma el carácter social e histórico de la salud y la enfermedad puede explicarse asumiendo que son momentos de un mismo proceso, que si bien tiene que ver con la plasticidad del organismo para responder “a través de sus condiciones de desarrollo” también ocurre en un contexto de existencia de los individuos en la sociedad y en un momento del devenir histórico.

Desde esta premisa la intervención puede lograr llevar al paciente con diagnóstico de diabetes tipo II a mejorar su perspectiva personal de salud, asegurando que se puede conseguir una buena calidad de vida con diabetes; el paciente tiene derecho a sentirse pleno, tranquilo, confiado de que el proceso fisiopatológico tomará el curso que deba de tomar, pero su participación activa y responsable en ese proceso le procurará bienestar; sin embargo esta percepción se logra cuando el paciente se encuentra informado y consiente.

El curso de este proceso fisiopatológico, diabetes tipo II entendido, según la guía de práctica clínica SSA 2013, como un conjunto de enfermedades sistémicas crónico degenerativas de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, precedida por periodos variables de trastornos subclínicos del metabolismo de la glucosa que se clasifican como “glucemia alterada en ayuno” e “intolerancia a la glucosa. Inicialmente se encuentra resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, seguida de agotamiento de las células beta del páncreas y disminución de la producción de insulina que puede ser total. Se caracteriza por hiperglucemia crónica, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasa.

Para la Federación Internacional de Diabetes (plan 2011- 2021). La diabetes se encuentra a niveles de crisis, la miseria y el sufrimiento humanos que causa son inaceptables e insostenibles. Cada año, más de cuatro millones de personas mueren por diabetes y decenas de millones más sufren complicaciones discapacitantes y potencialmente letales, como infarto de miocardio, derrame cerebral, insuficiencia renal, ceguera y amputación; también está implicada en, y tiene consecuencias negativas para algunas enfermedades infecciosas, otras enfermedades no transmisibles y la salud mental, por lo que no es sólo una crisis sanitaria, es una catástrofe social mundial.

Las complicaciones tanto agudas como crónicas de la diabetes tienen un enorme impacto y lo que podemos hacer con esta investigación es trabajar con algunos pacientes, conocer su nivel de adaptación y proponer con base en los resultados del pretest una intervención que permita elevar su nivel de adaptación en función de sus necesidades, incluso, posteriormente y en función de los resultados del pretest poder replicar este tipo de intervención psicoeducativa de enfermería para otros grupos, aun con características diferentes (personas con alteración cardiovascular o renal, por ejemplo), pues la intervención también tiene la características de ser flexible.

El fin último de la intervención es lograr aumentar el nivel de adaptación que el paciente tiene respecto a su enfermedad, pero ¿Qué significa adaptación? el término proviene del latín, su origen reside en la palabra *adaptare* que es un verbo compuesto por dos partes: el prefijo *ad*, que significa “hacia”, y en segundo lugar el verbo *aptare* que vendría a traducirse como “ajustar” o “equipar” ajustar una cosa a otra, significado que se asemeja al actual. Adaptación es un concepto que está entendido como la acción y el efecto de adaptar o adaptarse, un verbo que hace referencia a la acomodación o ajuste de algo respecto a otra cosa. Cuando se habla de la adaptación de un ser vivo, se hace mención al hecho de que un organismo ha podido acomodarse a las condiciones de su entorno; en una persona, cuando está y se habitúa a múltiples circunstancias y condiciones.

Según el diccionario de la real academia de la lengua española adaptar es acomodar, ajustar algo a otra cosa; hacer que un objeto o mecanismo desempeñe funciones distintas de aquellas para las que fue construido; modificar una obra científica, literaria, musical, etc., para que pueda difundirse entre público distinto de aquel al cual iba destinada o darle una forma diferente de la original; acomodarse, avenirse a diversas circunstancias, condiciones, etc.; acomodarse a las condiciones de su entorno.

El concepto de adaptación surge en el siglo XIX; su origen epistemológico es doble: adquiere forma, por una parte, dentro del contexto de la teoría de la evolución, sea ésta lamarckiana o darwiniana y, por la otra, en relación con la biología teórica a partir de Claude Bernard; además la explicación del concepto de adaptación puede analizarse desde el plano fenomenológico y en el plano funcional. Para Charles Drawing según Lessa 1996 la capacidad de adaptación es mecanismo fundamental, aunque no único, para explicar la evolución de las especies. Se pueden discutir los diferentes tipos y modos de adaptación: fisiológicos (Willmer et al 2000), como patrón, como proceso, etc. Por las características de la investigación tomaremos como base que la adaptación es el proceso y resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno (Roy y Andrews, 1999).

El concepto es muy amplio e implica aun varios subconceptos, como los tipos y modos de adaptación, la presente intervención se centra en la adaptación de modo psico-social en el aspecto de auto-concepto; apostando que en la medida que el paciente mejore este aspecto, mejorará la función de rol y la interdependencia, por lo que aunque el instrumento mide de manera general la adaptación psicosocial, la intervención se focaliza en auto-concepto lo cual puede contemplarse como una ínfima aportación al macro modelo de Sor Callista Roy.

1.1.2 Enfoque empírico o aproximación empírica

Para el desarrollo de intervención se realizó una revisión sistemática de la literatura, se seleccionaron y revisaron guías clínicas, diseños de intervenciones, tesis doctorales, investigaciones de tipo descriptivo, descriptivo correlacional predictivo, descriptivo transversal predictivo y cuantitativo sobre el proceso de adaptación psicosocial que llevan a cabo los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes tipo II; publicadas en los últimos años, de 2000 a 2015 en idioma inglés y español, en bases de datos CUDEN, LILACS, PubMed, Cochrane, Biblioteca virtual en salud, por mencionar algunas. Dentro de los más representativos se encontró:

Díaz, A.O. (2014). Diabetes Mellitus: un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de auto-concepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo, publicado por la Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa, publicación 01. ISSN 2007 – 8412. Dónde se identificó la Adaptación Fisiológica y Auto-concepto a enfermos de Diabetes Mellitus de un IMSS de San Luis Potosí México, se utilizó la valoración del MACR y Auto-concepto de Tennessee. Donde los resultados fueron en 55 personas se encontró tres niveles de adaptación: alto 6.80%, 75% adecuado y solo 14.24% nivel bajo de auto-concepto.

Gutiérrez, L.C., (2009), en escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación; publicado en Hallazgos - Revista de Investigaciones, año 6 - No. 12. pp. 201-213. ISSN: 1794-3841, propone una nueva categorización, para precisar el grado de capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y conceptualizar sus estilos y estrategias.

El estudio metodológico presenta una propuesta de cuatro categorías ordinales, en las cuales se utiliza el escalonamiento de Likert, definidas como: baja, mediana, alta y muy alta capacidad de afrontamiento. En cuanto a los resultados, se establecen cuatro categorías para cada factor global, conceptualizando cada categoría según estilos de afrontamiento: activos, pasivos o evitativos; dominios de las estrategias de afrontamiento: cognitivo, conductual o comportamental y emocional. Se concluye que las cuatro categorías proporcionan información precisa del proceso de afrontamiento y adaptación del paciente para que la planeación y las intervenciones de cuidado de enfermería sean más focalizadas a mejorar o reforzar estilos y estrategias para su adaptación.

Lazcano, O. M., (2006) Estrés, afrontamiento y adaptación psicosocial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis doctoral TDZ6675.N7 FEn 2006 n39. La población de interés estuvo constituida por 500 personas adultas diagnosticadas con DMT2 registradas en programa de atención a la diabetes en un Hospital de tercer nivel ubicado en la ciudad de Monterrey N.L. El método de muestreo fue probabilístico, sistemático de 1 en 3 con inicio aleatorio. El tamaño de la muestra se determinó a través del programa nQuery Advisor versión 4.0, para un 95% de confianza (.05 de nivel de significancia), con una potencia de prueba de 90% para un coeficiente de determinación de .10, en un modelo de regresión lineal múltiple con ocho variables independientes, lo que resultó en 200 participantes.

Los resultados obtenidos en cuanto a lo que en la presente intervención interesa: las variables psicosociales, afrontamiento 64.19 (DE = 11.42), adaptación psicosocial 77.00 (DE= 12.89). La adaptación psicosocial a la DMT2, permite la clasificación de los pacientes según su autor Derogatis (1986). Por lo que en esta muestra estudiada fue clasificada según dichos criterios encontrando que la mayor parte de la población se ubicó en una buena adaptación.

Lazcano, O. M., Salazar, G. B. C. & Gómez, M.M.V. (2008), realizaron la validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Publicado en Aquichan, vol. 8 n° 1 - Pp 116-125. ISSN 1657-5997. Este artículo aporta una aproximación metodológica para explorar la adecuación de un instrumento a una población diferente para la que originalmente fue diseñado. Se concluye que la escala tiene consistencia interna y validez de constructo incipiente, los datos reportados en este estudio deben tomarse en cuenta con cautela. Es conveniente revisar de nuevo los reactivos y adecuarlos a la cultura particular, y probar la escala de nuevo con pacientes con enfermedades crónicas degenerativas a fin de contar con instrumentos culturalmente equivalentes. El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue de, 93.

En cuanto a la influencia entre estímulos focales y contextuales, y la adaptación psicosocial en personas con diabetes Mellitus Tipo 2, Lazcano, O. M., Salazar, G. B. C. (2009), encontraron en “adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy”, publicado en *Aquichan*, vol. 9, núm. 3, pp. 236-245. ISSN: 1657-5997, que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el tiempo en que se entrevistó a los pacientes no afectó la adaptación psicosocial, pudiendo indicar que hay independencia de estas variables.

En dicho estudio, según los participantes la DMT2 no interfiere en la realización de sus actividades cotidianas, en el trabajo y las tareas en el hogar; sin embargo, algunos manifestaron que les ha limitado cumplir adecuadamente con sus responsabilidades pues se sienten cansados, pero tratan de cumplirlas aunque las realicen poco a poco.

La falta de relación coincide con lo reportado por Pollock y Shuler acerca de que el tiempo de padecer una enfermedad crónica no influyó en la adaptación psicosocial. En este estudio las medias de adaptación psicosocial reflejan adaptación, resultado contrario a West y McDowell que reportaron que las personas con cinco años de haber sido diagnosticadas con diabetes tuvieron significativamente menor impacto sobre la pena emocional (dimensión de adaptación psicosocial) comparadas con las diagnosticadas con periodos más largos de tiempo.

En lo que hace a la ocupación y el estado marital, para tal estudio, influyeron de manera negativa en la adaptación psicosocial. Esto sugiere que las personas con DMT2, a pesar de que la mayoría viven con pareja, no perciben el apoyo necesario, aunque no se exploró el apoyo por parte de la familia, el hecho de tener pareja no ayuda en la adaptación psicosocial.

Por lo que respecta a la relevancia y alcance del Modelo de Sor Callista Roy Moreno, F. M.E. & Alvarado, G.A.M. (2009), dieron a conocer en: aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura, publicado en *Aquichan* vol. 9 nº 1 - 62 – 72. ISSN 1657-5997 una revisión de la literatura en el período comprendido entre 1996 y 2009 de 163 documentos encontrados, se seleccionaron 45, que los autores clasificaron en siete categorías, según el propósito de los estudios.

Los resultados señalan que el Modelo de Sor Callista Roy ha sido aplicado principalmente en Brasil, México y Colombia. La mayoría de los estudios reportados son de tipo descriptivo, con muestras intencionales, y se han realizado con personas con enfermedad crónica y sus cuidadores. Los resultados muestran que la alteración de un modo adaptativo afecta a los demás modos y que algunos estímulos influyen en el proceso de adaptación de los individuos. El análisis evidencia la necesidad de fortalecer el desarrollo de estudios de tipo cualitativo y cuantitativo, para profundizar en el conocimiento del fenómeno de la adaptación. Sin embargo no se encontró evidencia de intervenciones psicoeducativas.

1.1.3 Enfoque experiencial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 60% del total de las defunciones en el mundo. Tan sólo en el último año, este tipo de padecimientos causaron 35 millones de defunciones en todo el planeta, lo que significó el doble de defunciones ocasionadas en conjunto por enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y por desnutrición. Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. Alrededor de 4,6 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron de diabetes en 2011, representando un 8,2% de la mortalidad mundial por cualquier causa en personas de este grupo de edad.

En México la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales. La DM es un padecimiento complejo que lleva implícita una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización debido a complicaciones.

El análisis de las tasas de mortalidad estandarizada muestra una tendencia ascendente entre 2002 y 2008, tal y como se observa en la figura 1, al pasar de 54.8 a 75.5 por 100,000 habitantes. En los últimos diez años, la diabetes mellitus ha ocupado el primer lugar como principal causa de muerte en el país.

En referencia a la mortalidad en el Estado de Veracruz representada del año 2005 al 2010, es ascendente y notorio que del año 2005 a la fecha la tasa de defunción por este padecimiento sigue en aumento; según la Federación Internacional de la Diabetes (FID), la diabetes es una de las principales causas de enfermedad y muerte, en 2008 Veracruz ocupó el sexto lugar nacional con una tasa de 78.4, según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS); en 2009 ocupó el quinto lugar nacional con 83.48 y en 2010 87.68 representando el séptimo lugar a nivel nacional.

Tabla 1 Panorama jurisdiccional

Defunciones por diabetes mellitus por jurisdicción sanitaria Veracruz 2012	
Jurisdicción sanitaria	Mortalidad DM 2012
Pánuco	283
Tuxpan	296
Poza Rica	704
Martínez de la Torre	562
Xalapa	1301
Córdoba	652
Orizaba	316
Veracruz	1014
Cosamaloapan	282
Andrés Tuxtla	584
Coatzacoalcos	533
Total	6527

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones 2012, *Preliminar

La Ciudad de Xalapa cuenta con 424, 755 habitantes, según datos de INEGI 2010, asentados en 328 colonias, para la población que no cuenta con seguridad social, la atención de primer nivel dentro de la SSA, se lleva a cabo en los centros de salud: Dr. Gastón Melo, Lic. Sebastián Lerdo de Tejada, Dr. José Maraboto, Lic. Miguel Alemán, Lic. Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Revolución, en la población que es atendida en este último es a la cual se aplicó la intervención, caracterizados por un nivel socioeconómico bajo, dedicados en su mayoría a actividades de carácter manual, con un nivel educativo máximo de primaria.

Figura 1 Mapa de la colonia Revolución



Fuente: Tomado de Google maps 2016

Según datos del INEGI 2010, mencionado por Bautista, la colonia contaba con alrededor de 13,621 habitantes, de los cuales 6,425 son hombres y 7,196 son mujeres. La Tasa Bruta de Ocupación para la colonia es de 97.2% respecto de la población total de la misma; es decir, que el 97.2% de la población económicamente activa de la colonia se encuentra ocupada. Sin embargo, no hay datos que permitan conocer la ocupación por sector; además, que no se conoce si la población económicamente activa, ocupada de la colonia se queda a trabajar en su entorno y en las actividades predominantes en la colonia, o se desplaza a otros puntos de la ciudad.

Los negocios que proliferan se dedican a la elaboración de productos de panadería y tortillas; venta de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo, tiendas de autoservicio y departamentales, productos textiles, bisutería, accesorios de vestir, calzado, artículos de papelería, para el esparcimiento y otros artículos de uso personal, enseres domésticos, computadoras, artículos para la decoración de interiores, artículos usados, artículos de ferretería, tlapalería, vidrios, venta de refacciones, combustibles y lubricantes, manejo de desechos, preparación de alimentos y bebidas. Esta intensa actividad económica es la que otorga un notable dinamismo a la colonia e impacta de manera considerable los contenidos y estilos de vida locales.

La composición del hogar es uno de los elementos que se han tomado en cuenta en el estudio de género, violencia y vulnerabilidad, tenencia de la vivienda, hacinamiento de la vivienda, tipo de material predominante de la vivienda, el acceso a los servicios públicos y la disponibilidad en la vivienda impactando predominantemente en la población femenina. La importancia de señalar este dato es que la diabetes tipo II tiene mayor prevalencia en el género femenino.

Por otra parte, el total de viviendas particulares habitadas que disponen de luz eléctrica, agua entubada de la red pública y drenaje es de 86.4%, lo que significa que gran parte de población cuenta con los servicios básicos, sin embargo, el tipo de tenencia de la vivienda, es rentada o prestada; el tipo de material predominante es 14.3% de sus pisos es de tierra; un 35.7% de viviendas cuentan con un dormitorio, y el promedio de ocupantes en viviendas particulares habitadas es de 3.98.

El acceso a servicios de salud, en la colonia Revolución, la población derechohabiente es de 53.2%; de este porcentaje, más del 50% cuenta con servicios del IMSS; 10.4% del ISSSTE; menos del 1% ISSSTE estatal; y 29.5% cuenta con Seguro Popular; es decir 4713, 751, 13 y 2136 personas, respectivamente, cuentan con algún tipo de servicio de salud; mientras, 6381 personas tienen que atender el cuidado de su salud con recursos propios. El centro de salud de la colonia Revolución atiende a la población que no cuenta con seguridad social; en lo que atañe a nuestro tema de investigación se encontraron 108 paciente con diagnóstico de Diabetes tipo II.

A partir de la valoración de la muestra, algunos de los problemas que encontraron fueron: déficit de actividades recreativas, estilo de vida sedentario, gestión ineficaz de la propia salud y disposición para mejorarla, desequilibrio nutricio (ingesta superior a las necesidades), conocimientos deficientes, disposición para mejorar el conocimientos, disposición para mejorar el auto concepto, riesgo de soledad, baja autoestima situacional y crónica, riesgo de baja auto estima situacional, procesos familiares disfuncionales, desempeño ineficaz del rol, afrontamiento defensivo, ineficaz y comprometido, deterioro de la resiliencia personal, temor, disposición para mejorar la esperanza, disposición para mejorar el bienestar emocional, conflicto de decisiones.

Tener un primer acercamiento al diagnóstico de la población permite perfilar mejor los componentes de la intervención, la dosis, el modo de entrega, pureza, cantidad, frecuencia y duración, con la finalidad de llevar los al paciente a los resultados de salud deseados.

1.2 Pregunta clínica

¿Una intervención educativa basada en la teoría de Sor Callista Roy, que tenga como fundamento el conocimiento de la enfermedad y la terapia psicológica, mejorará el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II con edades de 30 a 50 años de un Centro de Salud del sector público a su situación salud enfermedad?

1.3 Hipótesis

H1

El incremento de los conocimientos de la enfermedad y la terapia psicológica mejorarán el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II con edades de 30 a 50 años de un Centro de Salud del sector público a su situación salud enfermedad.

H0

El incremento de los conocimientos de la enfermedad y la terapia psicológica no producirán cambios en el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II con edades de 30 a 50 años de un Centro de Salud del sector público a su situación salud enfermedad.

Capítulo 2 Diseño de la intervención

2.1 Fundamentos teóricos

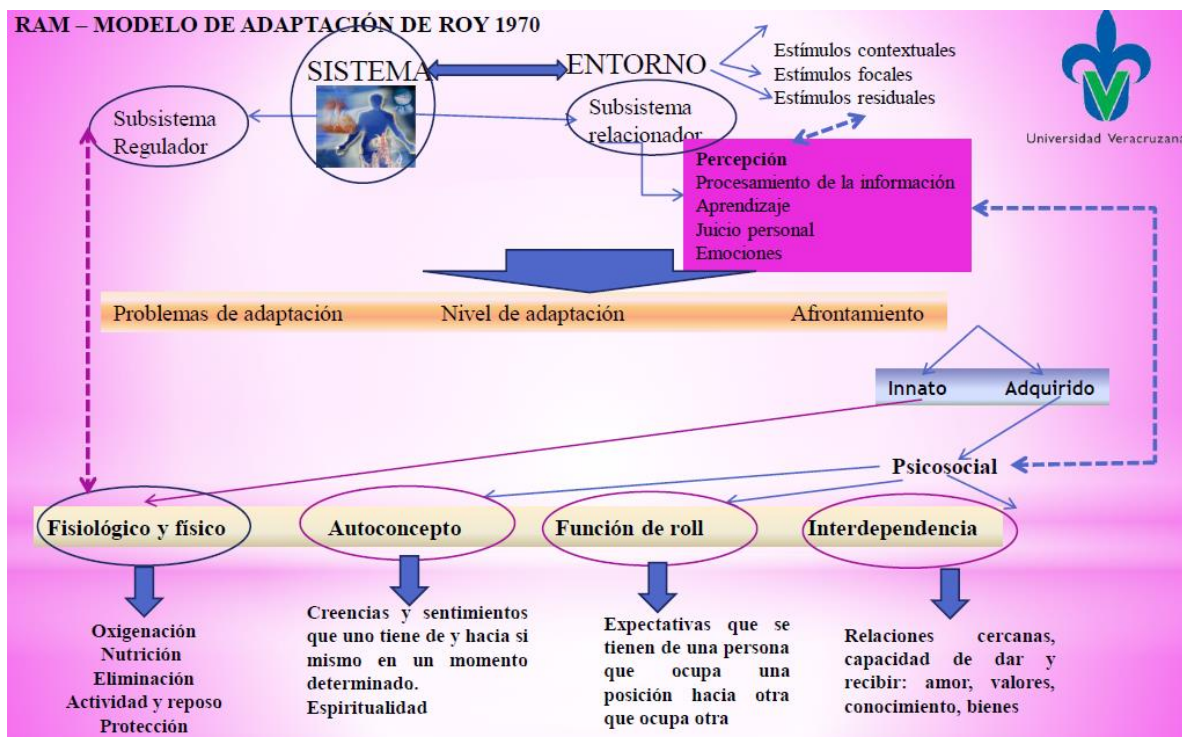
La historia nos ha dado cuenta de la evolución de las especies, Charles Darwin escribió “la evolución de las especies” donde da a conocer la forma en la que los seres vivos han requerido de “cambios” que les permiten adaptarse al entorno para poder sobrevivir, los que no han podido desarrollar dichos proceso han sido eliminados por la propia selección de las especies.

El ser humano desde el inicio de la vida misma ha tenido que adaptarse de un estado intrauterino, de calma, normotermia, provisión de alimentos, todas sus necesidades eran satisfechas sin que tuviese que hacer nada más que existir, al cabo de un promedio de 36 semanas de gestación, sufre un gran cambio, sobreviene el nacimiento, la llegada a este “otro nuevo mundo” donde las necesidades se deberían cubrir de diferente manera; este primer y drástico estímulo, lo enfrenta a la inminente necesidad de adaptarse o morir, a partir de ese momento, los cambios que ocurrirán en la vida de este nuevo ser lo enfrentarán diariamente con su capacidad de afrontamiento para la adaptación, evolución y crecimiento en distintos ámbitos de la vida.

Harry Helson desarrollo el concepto de la zona de nivel de adaptación que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa, según esta teoría, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante los cambios del entorno; mientras que Rapoport veía a la persona como un sistema de adaptación. Sor Callista Roy, combinó ambos trabajos para desarrollar su Modelo de Adaptación de Roy (RAM).

Sor Callista Roy, enfermera, socióloga y doctora, observó, mientras trabajaba como enfermera en el ámbito de pediatría, la gran capacidad de recuperación que tienen los niños y su capacidad para adaptarse a los cambios físicos y psicológicos importantes, lo cual constituyó la base sobre la cual desarrolló su macro modelo, para Durán de Villalobos el modelo de adaptación de Roy representa un paradigma con enfoque adaptativo en el ámbito del cuidado.

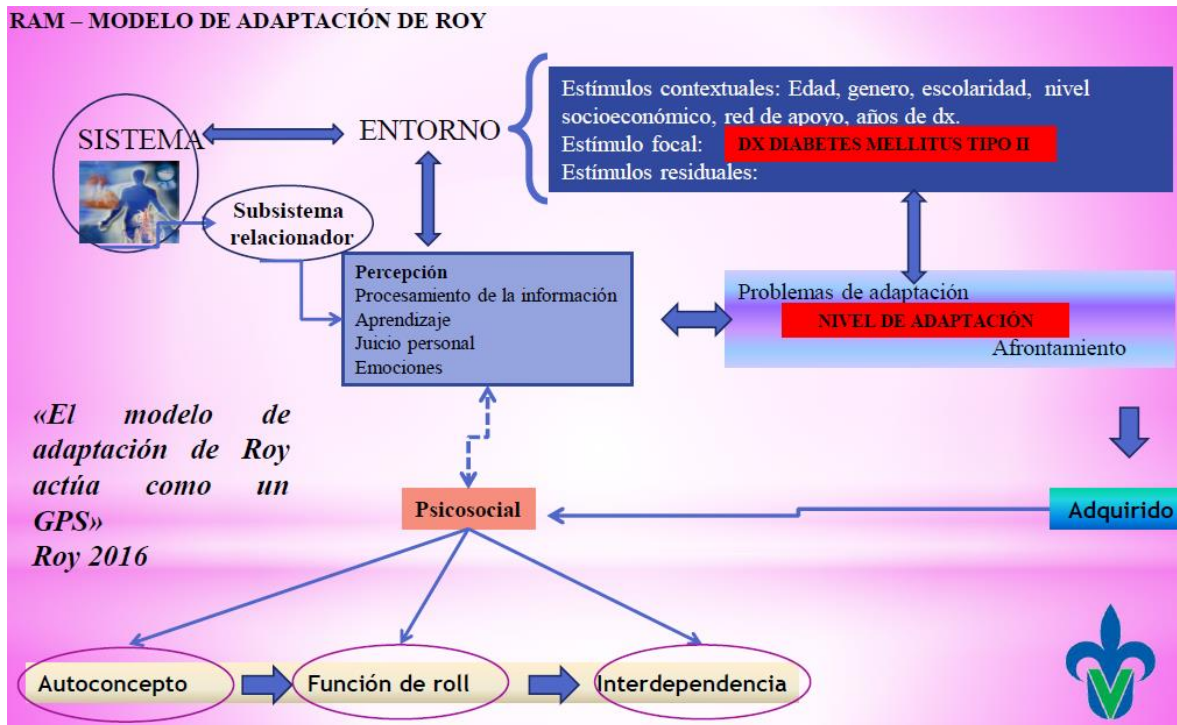
Figura 2 Modelo de adaptación de Roy



Fuente: Macro modelo RAM. Adaptación de Modelos y Teorías en enfermería 2011. Cap. 17

Debido a la generalidad y grado de abstracción de dicho modelo, únicamente se discutirán los conceptos necesarios para la intervención que se realizará:

Figura 3 Subsistema relacionador



Fuente: Subsistema relacionador. Adaptación de Modelos y Teorías en enfermería 2011. Cap. 17

Roy considera al ser humano como un sistema, un conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes; poseen entrada y salida de información y procesos de control y de retroalimentación. En esta intervención el paciente se le proporcionará información, la cual procesará y gradualmente se generará en dicho sistema una modificación de su nivel de adaptación.

Todos los sistemas poseen en determinado momento problemas de adaptación, áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación; describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva. El sistema posee un determinado nivel de adaptación, que para Roy es el punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación. En cuanto a los niveles de adaptación Gutiérrez C. (2009), realiza una estructuración muy puntual y numérica de los grados de capacidad de afrontamiento y adaptación, considerándolos como baja, mediana, alta y muy alta; niveles que se retomarán para la presente intervención.

Un estímulo es un factor que provoca una respuesta; puede ser *focal*, ya sea interno o externo, es el más inmediato al que se enfrenta el ser humano; *contextual*, está presente en la situación y contribuye al efecto que origina el estímulo focal, hace referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupa el centro de atención de la persona ni de la energía y finalmente *residuales*, se encuentran dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento. En cuanto hace a la presente intervención el estímulo focal es el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, los estímulos contextuales incluyen los años de diagnóstico, la edad, género, ocupación, escolaridad, cronicidad asociada, complicaciones e índice de masa corporal. Para Roy la percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente; mientras que los procesos de afrontamiento son los modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno. Los pacientes que han desarrollado enfermedades crónico degenerativas se enfrentan a un cambio en todos los aspectos de su vida: alimentación, ejercicio, relaciones personales, recreación; el impacto que implica el diagnóstico de diabetes tipo II se percibe generalmente como una amenaza y la forma en la que el sistema enfrenta el proceso dependerá de la capacidad de afrontamiento

En cuanto a los mecanismos de afrontamiento innatos no se abordan en la presente intervención, en cambio, se trabajará a partir de los mecanismos de afrontamiento adquiridos, pues se crean por medio de métodos como el aprendizaje y experiencias vividas que contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares; es en este aspecto en el cual se centra y fundamenta la presente intervención psicoeducativa, enfatizando la importancia del subsistema relacionador.

Para lo cual se hace uso de cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones. La intervención incluye dos componentes educativo y psicológico, en ambos el sistema captará la información, la procesará y generará nueva información y en el componente psicológico se trabajará con el aprendizaje, juicio personal, pero sobre todo con las emociones.

El sistema continuamente se encuentra generando respuestas de adaptación, las cuales fomentan la integridad en función de los objetivos que persigue, la intervención pretende generar respuestas en el sistema, con la finalidad de encaminarlo al proceso vital integrado (nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero, con el fin de cubrir las necesidades humanas); por lo que la intervención puede ser considerada una puerta por medio de la que el paciente inicie un recorrido hacia lo que Roy considera como objetivo último de ser y convertirse la persona en un ser integrado y completo.

Desde el marco de este modelo existen dos modos de adaptación en las que el sistema se adapta o no a los cambios que se presentan en su vida; modo de adaptación fisiológico y físico, el cual no forma parte de esta intervención. Y el modo de adaptación psicosocial, en el que se centra la intervención y que comprende:

Auto concepto.- Se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo; conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado, se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos. Sus componentes son el yo físico que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo y el yo de la persona que está formado por la constancia, los valores o expectativas y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. El modo del autoconcepto de identidad de grupo refleja cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno.

Función de rol.- Se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, el rol es el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición, necesidad de saber quién es uno mismo con respecto a los demás para así saber cómo actuar. Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios, estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental (ejecución física real de un comportamiento) y al comportamiento expresivo (sentimientos, actitudes, gustos, y manías que tiene una persona hacia su papel o hacia el desempeño de su papel).

Interdependencia.- Se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como un individuo o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo... Las relaciones dependientes entre sí afectan el deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer como es amor, respeto, valores, educación, conocimiento, habilidades, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.

El concepto principal del modelo de Sor Callista Roy es adaptación, proceso y resultado por la que las personas, que tienen la capacidad de pensar y sentir, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno; situación que se encuentra en constante cambio, es fluctuante y depende de la forma en la que las personas perciben los estímulos. Para Roy existe una interdependencia entre los seis subsistemas (el regulador y el relacionador y los cuatro modos de adaptación) de forma que uno afecta al otro y este último afecta a un tercero. Esta intervención se enfocará en el modo de adaptación de autoconcepto de grupo, de forma tal que el hecho de mejorar el nivel de adaptación psicosocial de autoconcepto, mejore la función de rol y la interdependencia. En la intervención que se desarrollará, no se pretende “educar” al paciente para que este adquiera un estilo de vida saludable que le permita vivir felizmente con diabetes, tampoco se trata de “enseñar” únicamente lo que debe hacer, este tipo de programas ya existen en nuestro sistema de salud.

Por el contrario, el paciente que ha sido diagnosticado con diabetes mellitus requiere por un lado información básica entendible, adecuada a su contexto sociocultural para llevar a cabo los cuidados que requerirá en adelante (aspecto educativo); por otro lado alberga emociones que culturalmente no se le permite expresar, es probable que no sea consciente de ellas, quizá ha generado creencias que le impiden hacer uso de todo su potencial para afrontar y adaptarse a su proceso (aspecto psicológico).

Por lo tanto, además de información elemental de la enfermedad, la intervención se encuentra encaminada a que el paciente haga consciente el dolor, la frustración, la tristeza, la impotencia, la culpa de sentirse “diferente”, de haber sido “elegido” para ser diagnosticado con diabetes tipo II; se busca empoderar al paciente ante la posibilidad de tomar decisiones, hacerlo consciente de su situación de salud-enfermedad, con la finalidad de que eleve su nivel de adaptación y elija vivir lo más saludable que le sea posible dados sus recursos.

En cuanto al meta-paradigma con el que se guía este modelo (Enfermería – persona – salud – entorno). Para Roy “Enfermería es una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general”. El Objetivo de las enfermeras es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad. La intervención cumple con el objetivo principal de la enfermería, pues se encuentra encaminada a mejorar el nivel de adaptación de un grupo de pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II a su situación de salud-enfermedad.

Las personas son sistemas holísticos y adaptables; como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto, estos sistemas comprenden a las personas como individuos y como grupo, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general.

Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir y se basan en la conciencia y el significado por lo que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y a su vez influyen en el mismo entorno, las personas que han sido diagnosticadas con diabetes mellitus, es difícil que puedan influir sobre el entorno, adaptarse a vivir con una enfermedad crónica degenerativa no es una situación fácil de manejar, las personas no se adaptan de manera inmediata, se requiere tener conocimiento, tomar conciencia, poder entender lo que significa en lo individual, pensar y sentir, sobre todo esto último, entender para finalmente aumentar el nivel de adaptación en el aspecto psicosocial.

La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo; es un reflejo de adaptación, de la interrelación de la persona y su entorno. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad o el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos de la mejor manera.

Social y culturalmente sobre los pacientes diabéticos reposa un estigma “ya no sirven, no son productivos” “no pueden comer...” “se van a morir”, son excluidos de la mayoría; es contradictorio y a la vez entendible que por un lado estemos pugnando por que las minorías sean incluidas y por otro sea la misma sociedad la que rechace de algún modo a los pacientes; con la intervención se pretende que este grupo de paciente pueda sentirse integrado y completo; que se habrá a la capacidad de ver el enorme potencial con el que ha sido dotado desde que fue engendrado, independientemente de la percepción que pueda tener de los eventos, para que sean capaces de adaptarse y vivir plenamente.

El entorno para Roy es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

El entorno juega un papel trascendental en el desarrollo de las enfermedades crónicas degenerativas; el estrés con el que se vive actualmente, la disminución de actividad física; la alimentación a base de grandes cantidades de carbohidratos, grasas trans; la mercadotecnia que empuja al consumismo aumentando la obesidad y desnutrición. Por ello es esencial que el paciente se empodere y se sepa capaz de intervenir positivamente en su entorno.

Existen estímulos focales, para esta intervención se considera propiamente la diabetes mellitus; dentro de los contextuales se encuentran la edad, el género, escolaridad, estado civil ocupación y tiempo de diagnóstico; y finalmente los residuales los cuales engloban todas aquellas situaciones que no se alcancen a definir con claridad, pero que alteren la adaptación del sistema.

En general la visión meta-paradigmática de este modelo representa una guía para la intervención a realizar; el modelo se ha utilizado de manera individual y grupal, institucional, en las unidades de cuidados intensivos de recién nacidos, salas de cirugía aguda, rehabilitación, hospital ortopédico, unidad neuro-quirúrgica, grupos cerrados de fumadores, mujeres con cáncer de mama, cuidadores de familiares de enfermedades crónicas, en pacientes con enfermedad renal crónica que requieren hemodiálisis, mujeres en etapa de menopausia, ancianos amputados, adolescentes con asma, etc.

La utilización del modelo es amplia, en esta ocasión servirá de base para la intervención psico-educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo II, centrada en los aspectos psicosocial (auto-concepto, función de rol e interdependencia), que comprende los procesos de afrontamiento adquirido; que es donde se puede incidir en el sistema humano.

2.2 Personas

Se considerará el universo de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, que son atendidos en el centro de Salud de la colonia Revolución ubicado Valentín Canalizo No. 100 de la Ciudad de Xalapa, se realizó una revisión documental expediente por expediente, encontrando la siguiente información:

La población está compuesta por un total de 108 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus II. Con edades fluctuantes entre 28 y 90 años de edad; de los cuales 89 (82%) son mujeres y 19 (18%) son varones; el tiempo que ha transcurrido desde el momento en el que los diagnosticaron va de 1 a 47 años. Únicamente 4 de las 108 presentan complicaciones propias de la diabetes (glaucoma, insuficiencia venosa y pie diabético) y 36 (33%) además de diabetes mellitus presentan hipertensión arterial asociada. En cuanto al tratamiento farmacológico destaca que el 55% (60 pacientes) se encuentran medicados con glibenclamida y metformina, en tanto que el 25% (26 pacientes) únicamente utilizan metformina, el restante 20% se controlan con otro medicamento.

Del total de pacientes, se consideran 10 para la aplicación de la intervención, con los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión

- Pacientes que se encuentren en un rango de edad entre 30 y 50
- Pacientes sin algún tipo de cronicidad asociada
- Pacientes de máximo 5 y 15 años de diagnóstico
- Pacientes con IMC entre 18.5 y 29.9 Kg /M² (NOM-015-SSA2-2010)
- Pacientes alfabetos preferentemente

Exclusión

- Pacientes que no deseen participar de manera voluntaria
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- Pacientes embarazadas

Eliminación

- Pacientes que falten a dos o más sesiones
- Pacientes que se deseen retirar por decisión propia

Es pertinente señalar que la muestra del grupo control estuvo filtrada bajo los mismos criterios de inclusión, exclusión y eliminación, sin embargo fue tomada del área de primer nivel de otro lugar, el centro de alta especialidad Dr. Rafael Lucio, con la finalidad de evitar la contaminación de las muestras, ambos grupos no tuvieron contacto, antes, durante, ni después de la intervención.

2.3 Metas

Inmediatas

- Identificar y asegurar la participación de por lo menos 10 pacientes en un plazo máximo de un mes.
- Conocer el nivel de adaptación previo a la intervención mediante la aplicación del pretest
- Iniciar la intervención la primera semana de abril de 2016

Mediatas:

- Concluir la intervención la última semana de mayo de 2016
- Conocer el nivel de adaptación que obtuvieron los pacientes al concluir la intervención
- Realizar el procesamiento y análisis de la información obtenida
- Presentar resultados, conclusiones y recomendaciones
- Tardías:
- Mejorar el nivel de adaptación psicosocial, del 100% de los pacientes que realicen la intervención

2.4 Dosificación

Dosis: ocho

Horas por sesión: tres, de 9:00 a 12:00

Total de horas: 24 (dos meses)

Número de participantes: 10

Tabla 2 Dosificación

	Componente educativo	Componente psicológico
1	Generalidades sobre diabetes tipo II	La respiración, mi herramienta elemental
2	Nutrición y actividad física	¿Deseo usar mi máscara?
3	Importancia del apego al tratamiento: médico – farmacológico	Mi espacio personal
4	Prevención y detección de las complicaciones agudas y crónicas.	¡Tengo derecho a estar enojado!
5	Cuidados dentales, cutáneos y de los pies.	¿Cómo se siente mi niño interior?
6	Cuidados para situaciones especiales: enfermedades recurrentes, viajes, tabaquismo, consumo de alcohol, sexo.	¡Nunca me encuentro solo! Reconozco una red de apoyo
7	Automonitoreo de glucosa	Soy libre y decido lo que quiero hacer
8	Un juego para recordar	Herramientas necesarias para el éxito en mi vida

2.5 Sesiones

Tabla 3 Sesión 1



FACULTAD DE ENFERMERIA-CAMPUS XALAPA
Maestría en Enfermería
Carta programática

CURSO - TALLER: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.					
Tipo de curso: TALLER	No Sesión: 1	Duración: 3 HORAS	Dirigido a personas con alteración metabólica: Diabetes tipo II	Lugar y hora: Fernando V # 24, Col. Revolución 09:00	Responsable: Sabina Galindo Sánchez
COMPONENTE EDUCATIVO: GENERALIDADES SOBRE LA DIABETES TIPO II			COMPONENTE PSICOLÓGICO: LA RESPIRACIÓN, MI HERRAMIENTA		
OBJETIVO EDUCATIVO: Que el paciente conozca la forma en la que se desarrollará la intervención, su importancia, y que cuente con información básica al respecto de la diabetes tipo II			OBJETIVO PSICOLÓGICO: Que el paciente conozca la importancia de la respiración y la forma correcta en la que se realiza		
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO/ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR
09:00	Presentación de los participantes	Favorecer la integración grupal.	Expositiva	Hojas media carta	Sabina Galindo Sánchez
09:30	Establecer objetivos personales	Perfilar las metas personales	Verbal	Plumones Personificadores	Sánchez
09:30	APERTURA DE LA SESIÓN:	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		
09:35	Explicación del contenido de la sesión				
09:35	Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Colaborador
9:45	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
10:00	GENERALIDADES DE LA DIABETES ¿Qué es la diabetes?, Sintomatología, Complicaciones, Costos, Repercusión: Personal, familiar, laboral	Que el paciente conozca información básica de su enfermedad Reducir la incertidumbre que crea el desconocimiento	Expositiva Video	Proyector, lap top	Ídem
10:30	LA RESPIRACIÓN: ¿Qué es la respiración? ¿Por qué es importante?	Que el paciente conozca la importancia que tiene una actividad fisiológica elemental : respirar	Expositiva		Ídem
11:00	TECNICA: ¿Cómo respirar?	Que el paciente aprenda mediante el ejercicio, la forma ideal de realizar la respiración. Contribuir al equilibrio bioquímico del paciente	Modelaje, acompañamiento	Audio Tapete, cojín,	Ídem
11:30	CIERRE DE LA SESIÓN: ¿Cómo se siente física, mental y emocionalmente?	Conocer el estado físico y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Ídem
11:45	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, al concluir la sesión.		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	
12:00	Tarea: Por lo menos 10 minutos al día aplicar la técnica de la respiración consciente				

Tabla 4 Sesión 2



FACULTAD DE ENFERMERIA-CAMPUS XALAPA
Maestría en Enfermería
Carta programática

CURSO TALLER: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.					
Tipo de curso:	No Sesión:	Duración:	Dirigido a personas con	Lugar y hora: Fernando V # 24, Col.	Responsable: Sabina Galindo
TALLER	2	3 HORAS	alteración metabólica: diabetes	Revolución 09:00	Sánchez
CONTENIDO EDUCATIVO: NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA			CONTENIDO PSICOLOGICO: ¿DESEO USAR MI MASCARA?		
OBJETIVO EDUCATIVO: Que el paciente conozca la importancia de la dieta y el ejercicio			OBJETIVO PSICOLOGICO: Reconocer que la forma en la que se relaciona el paciente, probablemente no es la que más beneficios tiene.		
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO/ ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR
09:00 09:05	APERTURA DE LA SESIÓN: Explicación del contenido de la sesión	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		Sabina Galindo Sánchez
09:05 09:15	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro, Bitácora	Sabina Galindo Sánchez Colaborador
09:15 09:30	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente? ¿Hice tarea?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
09:30 09:45	NUTRICIÓN: Importancia de un estilo de alimentación saludable	Que el paciente conozca sus opciones de alimentación.	Video	Proyector, bocina y computadora	Sabina Galindo Sánchez
09:45 10:00	ACTIVIDAD FÍSICA: La importancia del ejercicio	Que el paciente conozca los beneficios del ejercicio y las opciones con las que cuenta	Expositiva	Cañón y computadora	Ídem
10:00 10:30	LAS MASCARAS: Explicación de las "mascaras", como funcionan, la forma en que limitan sus relaciones	Que el paciente conozca la existencia, hasta ahora probablemente inconsciente de las "mascaras"	Explicativa	Juego de copias	Ídem
10:30 11:30	EJERCICIO: ¿Deseo usar mi máscara?" El paciente elige una máscara, la dibuja y actúa como tal	Que el paciente reconozca la forma en la que se ha acostumbrado a relacionarse, verificado que tan genuino es.	Acompañamiento y validación	Hojas tamaño carta, plumones,	Ídem
11:30 12:45	CIERRE DE LA SESIÓN: ¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir)	Conocer el estado físico y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Ídem
11:45 12:00	Toma de constantes vitales Tarea: Que el paciente trate de identificar momentos en los que usa su máscara.	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión.		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Ídem

Tabla 5 Sesión 3



CURSO - TALLER: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.					
Tipo de curso:	No Sesión:	Duración:	Dirigido a personas con alteración metabólica: diabetes	Lugar y hora: Fernando V # 24, Col. Revolución 09:00	Responsable: Sabina Galindo Sánchez
TALLER	3	3 HORAS			
CONTENIDO EDUCATIVO: IMPORTANCIA DEL APEGO AL TRATAMIENTO MEDICO - FARMACOLÓGICO			CONTENIDO PSICOLOGICO: MI ESPACIO PERSONAL		
OBJETIVO EDUCATIVO: Que el paciente conozca los beneficios de los medicamentos que utiliza			OBJETIVO PSICOLOGICO: Que el paciente reconozca la importancia de su espacio vital personal, que le permite Ser.		
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO / ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR
09:00 09:05	APERTURA DE LA SESIÓN: Explicación del contenido de la sesión	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		Sabina Galindo Sánchez
09:05 09:15	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro, Bitácora	Sabina Galindo Sánchez Colaborador
09:15 09:30	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente? ¿Hice tarea?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
09:30 10:00	IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO médico / farmacológico PRINCIPALES MEDICAMENTOS: Glibenclámda y Metformina	Que el paciente conozca la importancia de la dosis, horario y apego al tratamiento	Expositiva / Juego: Lotería	Cañón y lap Tarjetas individuales de lotería Regalos significativos	Sabina Galindo y colaborador
10:00 10:30	EJERCICIO: Mi espacio personal	Que el paciente reconozca la forma en la que ha manejado sus límites y libertades en la relación con los suyos	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
10:30 11:00	EL ESPACIO PERSONAL: ¿Qué es? ¿Cuál es el espacio personal saludable?	Retroalimentación de la actividad previa	Lluvia de ideas Expositiva	Proyector y lap.	Ídem
11:30 11:45	CIERRE DE LA SESIÓN: ¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir)	Conocer el estado físico y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Ídem
11:45 12:00	Toma de constantes vitales Tarea: Que el paciente intente replantear desde su óptica su espacio personal	Valorar el estado fisiológico del paciente, al concluir la sesión.	Modelaje, escucha y validación	Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Ídem

Tabla 6 Sesión 4



CURSO: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.					
Tipo de curso:	No Sesión:	Duración:	Dirigido a personas con alteración metabólica: diabetes	Lugar y hora: Fernando V # 24, Col. Revolución 09:00	Responsable: Sabina Galindo Sánchez
TALLER			4	3 HORAS	
CONTENIDO EDUCATIVO: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS Y CRÓNICAS			CONTENIDO PSICOLOGICO: ¡TENGO DERECHO A ESTAR ENOJADO!		
OBJETIVO EDUCATIVO: Que el paciente conozca las principales complicaciones agudas y crónicas			OBJETIVO PSICOLOGICO: Que el paciente reconozca su derecho a sentir emociones "negativas" en un espacio de seguridad		
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO/ ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR
09:00	APERTURA DE LA SESIÓN:	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		Sabina Galindo Sánchez
09:05	Explicación del contenido de la sesión				
09:05	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro, Bitácora	Sabina Galindo Sánchez Colaborador
09:15					
09:15	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
09:30	¿Hice tarea?				
09:30	COMPLICACIONES CRÓNICAS:	Que el paciente conozca las principales complicaciones crónicas y analice la importancia de mantener los niveles de glucosa en rango	Expositiva	Cañón y lap	Ídem
10:00	Pie diabético, nefropatía, retinopatía				
10:00	COMPLICACIONES AGUDAS: Cetoacidosis diabética y Estado hiperosmolar	Que el paciente conozca las principales complicaciones agudas	Expositiva	Cañón y lap	Ídem
10:30					
10:30	EJERCICIO:	Que el paciente haga consciente su enojo.	Lectura	Cojín o un muñeco de peluche mediano, guantes de estambre y bate	Ídem
11:30	"La historia de Bethy" un caso real.	Que el paciente libere la energía que le produce la ira, el coraje, resentimiento, miedo tristeza a través de un cojín y bate. Que el paciente concluya verbalizando la liberación de energía	Acompañamiento y validación		
11:30					
11:30	CIERRE DE LA SESIÓN:	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Ídem
11:45	¿Cómo se siente física, mental y emocionalmente? (al concluir)				
18:30	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, al concluir la sesión.		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Ídem
19:00	Tarea: Que el paciente trate de identificar situaciones que le causen enojo/tristeza y la forma en la que lo libera.				

Tabla 7 Sesión 5



FACULTAD DE ENFERMERIA-CAMPUS XALAPA
Maestría en Enfermería
Carta programática

CURSO: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.					
Tipo de curso: TALLER	No Sesión: 5	Duración: 3 HORAS	Dirigido a personas con alteración metabólica: diabetes	Lugar y hora: Fernando V # 24, Col. Revolución 09:00	Responsable: Sabina Galindo Sánchez
CONTENIDO EDUCATIVO: CUIDADOS DENTALES, CUTANEOS Y DE LOS PIES			CONTENIDO PSICOLOGICO: ¿CÓMO SE SIENTE MI NIÑO INTERIOR?		
OBJETIVO EDUCATIVO: Que el paciente conozca cuales son los cuidados que debe tener en dientes, piel y pies			OBJETIVO PSICOLOGICO: Favorecer la armonía y estabilidad del paciente.		
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO / ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR
09:00 09:05	APERTURA DE LA SESIÓN: Explicación del contenido de la sesión	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		Sabina Galindo Sánchez
09:05 09:15	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro, Bitácora	Sabina Galindo Sánchez Colaborador
09:15 09:30	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente? ¿Hice tarea?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
09:30 10:30	CUIDADOS: Cuidados dentales Cuidados de la piel Cuidados de los pies	Que el paciente conozca los cuidados y la importancia de llevarlos a cabo	Expositiva / Taller	Cañón y lap, Cepillo, hilo y pasta dental, cortaúñas, aceite, toalla, espejo	Ídem
10:30 11:30	EJERCICIO: Al encuentro con mi niño interior	Iniciar la sensibilización del paciente Llevar al paciente a reconciliarse, iniciar y/o continuar un proceso de perdón y reencontrarse consigo mismo	Explicativa, acompañamiento Inducción	Una foto Grabadora o lap con bocinas, audio, tapete y cojín	Ídem
11:30 11:45	CIERRE DE LA SESIÓN: ¿Cómo se siente física, mental y emocionalmente? (al concluir)	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Ídem
11:45 12:00	Toma de constantes vitales Tarea: Que el paciente haga contacto todas las noches con su niño interior.	Valorar el estado fisiológico del paciente, al concluir la sesión.	Modelaje, escucha y validación	Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Ídem

Tabla 8 Sesión 6



FACULTAD DE ENFERMERIA-CAMPUS XALAPA
Maestría en Enfermería
Carta programática

CURSO: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.					
Tipo de curso:	No Sesión:	Duración:	Dirigido a personas con alteración metabólica: diabetes	Lugar y hora: Fernando V # 24, Col. Revolución 09:00	Responsable: Sabina Galindo Sánchez
TALLER	6	3 HORAS			
CONTENIDO EDUCATIVO: CUIDADOS PARA SITUACIONES ESPECIALES			CONTENIDO PSICOLÓGICO: NUNCA ME ENCUENTRO SOLO, RECONOZCO UNA RED DE APOYO		
OBJETIVO EDUCATIVO: Que el paciente conozca y reconozca la existencia de situaciones especiales en las que debe tener cuidados especiales			OBJETIVO PSICOLÓGICO: Reconocer la importancia que tiene tenerse a sí mismo o misma		
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR
09:00 09:05	APERTURA DE LA SESIÓN: Explicación del contenido de la sesión	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		Sabina Galindo Sánchez
09:05 09:15	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro, Bitácora	Sabina Galindo Sánchez Colaborador
09:15 09:30	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente? ¿Hice tarea?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
09:30 10:00	SITUACIONES ESPECIALES: Enfermedades recurrentes, viajes, tabaquismo, consumo de alcohol, sexo	Que el paciente conozca los cuidados que debe tener al presentarse y/o evitar estas situaciones especiales	Expositiva y Sociodrama	Cañón y lap	Ídem
10:00 10:30	TÉCNICA: Lazarillo modificada	Que el paciente reconozca su red de apoyo	Acompañamiento, apoyo y participación grupal	5 pañuelos	Ídem
10:30 11:00	TECNICA: La octava maravilla	Aumentar la autoestima del paciente: Empoderamiento	Acompañamiento	Una caja de regalo grande con espejo en el fondo	Ídem
11:00 11:20	El paciente comparte si lo desea su sentir al respecto de la actividad	Que el paciente concluya verbalizando su sentir al respecto de la actividad	Acompañamiento y validación		Ídem
11:20 11:40	¿Cómo se siente física, mental y emocionalmente? (al concluir)	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión. Que el paciente aprenda a validar sus sentir	Modelaje, escucha y validación		Ídem
11:40 12:00	Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura Tarea: Que el paciente todos los días al despertar visualice su red de apoyo.	Valorar el estado fisiológico del paciente, al concluir la sesión. Implementar alguna intervención individual si fuese necesario Mantener la homeostasis del paciente		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Colaborador

Tabla 9 Sesión 7



FACULTAD DE ENFERMERIA-CAMPUS XALAPA
Maestría en Enfermería
Carta programática

CURSO: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.							
Tipo de curso:	No Sesión:	Duración:	Dirigido a personas con alteración metabólica: diabetes	Lugar y hora:	Fernando V # 24, Col. Revolución 09:00	Responsable:	Sabina Galindo Sánchez
TALLER	7	3 HORAS					
CONTENIDO EDUCATIVO: AUTOMONITOREO DE LA GLUCOSA			CONTENIDO PSICOLOGICO: SOY LIBRE Y DECIDO LO QUE QUIERO HACER				
OBJETIVO EDUCATIVO: Que el paciente aprenda a checar sus niveles de glucosa.			OBJETIVO PSICOLOGICO: Fortalecer la capacidad de decisión que tiene el paciente.				
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO/ ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR		
09:00 09:05	APERTURA DE LA SESIÓN: Explicación del contenido de la sesión	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		Sabina Galindo Sánchez		
09:05 09:15	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro, Bitácora	Sabina Galindo Sánchez Colaborador		
09:15 09:30	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente? ¿Hice tarea?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez		
09:30 09:40	Importancia de los niveles de glucosa	Reforzar en el paciente la importancia de mantener la glucosa en un rango	Expositiva	Cañón y lap	Ídem		
09:40 10:00	Técnica de auto-monitoreo de glucosa	Que el paciente conozca la técnica y la ponga en práctica	Teórico - práctica	Cañón, lap, glucómetro, tiras reactivas, lancetas	Ídem		
10:00 12:00	Proyección de película: "El discurso del rey"	Que el paciente analice la influencia de las emociones contenidas en el estado de salud de las personas. Que el paciente se sienta libre y con la capacidad para hacer lo que favorable para su salud		Cañón, lap, bocinas, película	Ídem		
12:00 12:15	¿Qué me deja la película?	Llevar al paciente al análisis, reflexión y contextualización de la película	Lluvia de ideas		Ídem		
12:15 12:30	¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir)	Conocer el estado físico y emocional que presenta el paciente, al concluir la sesión. Que el paciente aprenda a validar sus sentir	Modelaje, escucha y validación		Ídem		
12:30 12:40	Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura Tarea: Que diariamente el paciente de manera consciente decida algo en cuanto a su cuidado.	Valorar el estado fisiológico del paciente, al concluir la sesión.		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Colaborador		

Tabla 10 Sesión 8



CURSO: Intervención psicoeducativa de enfermería basada en la teoría de Sor Callista Roy para mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II a su situación salud-enfermedad.					
Tipo de curso:	No Sesión:	Duración:	Dirigido a personas con alteración metabólica: diabetes	Lugar y hora: Fernando V # 24, Col. Revolución 09:00	Responsable: Sabina Galindo Sánchez
TALLER	8	3 HORAS			
CONTENIDO EDUCATIVO: UN JUEGO PARA RECORDAR			CONTENIDO PSICOLÓGICO: HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA EL ÉXITO EN MI VIDA		
OBJETIVO EDUCATIVO: Evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje a partir de un juego / evidenciar el aprendizaje significativo en el grupo			OBJETIVO PSICOLOGICO: Que el paciente conozca y/o reconozca estrategias de afrontamiento y adaptación.		
HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIARES DIDÁCTICOS	FACILITADOR
09:00	APERTURA DE LA SESIÓN:	Favorecer la comprensión del contenido	Verbal		Sabina Galindo Sánchez
09:05	Explicación del contenido de la sesión				
09:05	Toma de constantes vitales	Valorar el estado fisiológico del paciente, previo a la sesión		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro, Bitácora	Sabina Galindo Sánchez Colaborador
09:15					
09:15	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente? ¿Hice tarea?	Conocer el estado físico, mental y emocional que presenta el paciente, previo a la sesión.	Modelaje, escucha y validación		Sabina Galindo Sánchez
09:30	EVALUACIÓN: Juego	Que el paciente exprese jugando lo aprendido en el curso	Serpientes y escaleras		Ídem
10:00					
10:00	CONFERENCIA MAGISTRAL: Herramientas necesarias para el éxito en mi vida	Que el paciente conozca y reconozca herramientas que le serán útiles para fortalecer la conducta, establecer y cumplir los objetivos personales, afrontar los conflictos en la vida diaria y aumentar su nivel de adaptación	Expositiva	Cañón, lap	Dra. Yolanda Méndez Grajales
10:30	Entrega de objetivos	Verificar si se cumplieron sus objetivos personales		Hojas con los objetivos anotados en la primera sesión	Sabina Galindo S.
11:00					
11:00	¿Cómo me siento física, mental y emocionalmente al concluir el curso? Agradecimiento	Conocer el estado físico y emocional que presenta el paciente, al concluir el curso	Participación grupal		Ídem
11:20					
11:20	CIERRE DEL CURSO Entrega de constancia de asistencia y obsequio de despedida	Agradecer el tiempo de los pacientes, su asistencia y permanencia Dar por concluido el curso		Constancias	
11:40					
11:40	Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura	Valorar el estado fisiológico del paciente, al concluir el curso		Baumanómetro, estetoscopio, reloj, termómetro. Bitácora	Colaborador
12:00					

2.6 Estrategias, técnicas y métodos

Se realizará un estudio cuantitativo cuasi experimental, mediante un diseño intervencionista con base en la metodología de Souraya Sidani, donde se trabajará con dos grupos, uno control y otro intervención en cuatro fases: en la primera fase se llevará a cabo la medición inicial del nivel de adaptación de los pacientes a su situación de salud enfermedad a ambos grupos; la segunda fase implica la implementación de un programa psico-educativo estructurado por las autoras exclusivamente para el grupo intervención, mientras que al grupo control se le diseñó un tríptico informativo; en la tercera etapa se efectuará una segunda medición del nivel de adaptación a ambos grupos; y por último, en la cuarta fase se desarrollará el análisis comparativo entre los resultados iniciales y finales pre y post intervención y entre ambos grupos.

Para tal efecto se empleará la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Sor Callista Roy, que consta de 47 reactivos, subdivididos en cinco dimensiones o factores, con un patrón de respuesta es tipo liker, de 1 a 4, donde 1 = nunca, 2 = algunas veces, 3 = Con frecuencia y 4 = siempre (ver instrumento anexo). El puntaje obtenido podrá oscilar entre 47 puntos mínimo y 188 puntos máximo, un mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento, como muestra la tabla:

Tabla 11 Grado de capacidad y afrontamiento

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje Global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Fuente: Gutiérrez y López de Mesa (2009)

Los tres primeros factores miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación.

Además, para su aplicación, del instrumento fue sometido a revisión de panel de expertos. Se utilizó la técnica de observación y revisión documental en la captura de la base de datos, obtenidos del expediente clínico de los pacientes, concentrados en la bitácora correspondiente (ver anexo). Para asegurar la participación de los pacientes se realizaron visitas domiciliarias semi estructuradas. Los resultados obtenidos se analizaron con el programa SPSS versión 22.0 para Windows. Se realizó una prueba de hipótesis usando la t de Student para muestras pareadas, presentando resultados mediante gráficos de cajas y alambres

2.7.- Recursos humanos y físicos:

Tabla 12 Capital Humano

Personas responsable del proyecto	Sabina Galindo Sánchez Dra. Yolanda Méndez Grajales
-----------------------------------	--

Tabla 13 Recursos físicos/ financieros

No	Descripción	Costo
1	Renta del espacio físico para llevar a cabo la intervención	2,200.00
2	Renta de sillas y mesa	400.00
3	Baumanómetro/ estetoscopio/termómetro/glucómetro, tiras reactivas	1,500.00
4	Hojas papel bond (50) /pliegos de papel bond (8)	50.00
5	Proyector / Lap / bocinas	---
6	Plumones (1)/ pinturas de madera (1 caja) /tijeras (4)	50.00
7	Pañuelos (8) / bate (8)	100.00
8	Hilo dental (1)/ pasta (1)/ aceite (1)	50.00
9	Material para actividades didácticas varias	200.00
10	Copias/ impresiones	500.00
11	Transporte (90.00 por sesión)	720.00
	Total	5770.00

Los recursos financieros fueron absorbidos por la alumna encargada del proyecto.

Tabla 14 Cronograma de Actividades

Ago 2015	Revisión bibliográfica		Envió de oficio a centro de salud
Sep 2015	Captura de base de datos		
Oct 2015	Captura de base de datos		
Nov 2015	Captura de base de datos		
Dic 2015	Validación de instrumento por panel de expertos		
Ene 2016	Estructura del proyecto de intervención	Elaboración de manuales	Presentación de proyecto en segundo congreso estatal: Investigación en enfermería, presente y futuro. Tampico, Tam.
Feb 2016	Visitas domiciliarias	Elaboración de manuales	Gestión de permisos para aplicación de intervención
Mar 2016	Visitas domiciliarias	ETAPA 1: Aplicación de pretest: grupo control e intervención	
Abr 2016	ETAPA 2: Aplicación de intervención	Entrega de tríptico grupo control	
May 2016	ETAPA 2: Aplicación de intervención		
Jun 2016		Participación en foro regional de estudiantes de posgrado 2016 Veracruz, Ver.	Participación en sexto encuentro de cuerpos académicos e investigadores para el desarrollo humano y sustentable
Jul 2016		ETAPA 3: Aplicación de postest: grupo control y grupo intervención	Orizaba, Ver
Ago 2016	Captura de resultados		
Sep 2016	ETAPA 4: Análisis estadístico		
Oct 2016	ETAPA 4: Análisis estadístico	Participación en “XXXIII Congreso de la FEMAFEE. Educación, Cuidado e Investigación”, Nuevo Laredo	Participación en tercer congreso internacional de enfermería. Oaxtepec, Morelos
Nov 2016		Retroalimentación, lectura y análisis.	Participación en 5 congreso Nacional de Estudiantes de posgrado y áreas afines
Dic 2016		Participación en cuarto foro de estudiantes de maestría en enfermería: presentación de proyectos de intervención: acciones de enfermería que generan cambio	
Feb 2017			Presentación De Exámen Profesional

Capítulo 3 Ejecución de la intervención

La intervención se llevó a cabo los días viernes del mes de abril y mayo 2016

3.1 Descripción del proceso de intervención

El desarrollo de la intervención se inicia con el primer contacto vía oficio con el centro de Salud de la Colonia Revolución de la Ciudad de Xalapa, esto aproximadamente en agosto de 2015. Lo primero que se realizó fue la captura de la base de datos de los pacientes, contenida en la cédula de identificación de datos, en total 108 pacientes con la alteración crónico degenerativa: diabetes mellitus que se atienden en el Centro de Salud de la Colonia Revolución de la Ciudad de Xalapa, a partir de dicha cédula se realiza la selección de muestra, mediante los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, obteniendo un total 24 pacientes con las características requeridas para la aplicación de la intervención. A estos pacientes se les realiza una visita domiciliaria con el propósito de darles a conocer la estructura general del curso, la finalidad y los objetivos que se perseguían y motivarlos a participar por determinación propia en dicho proyecto. Al realizar las visitas nos encontramos que algunos pacientes habían emigrado, los domicilios no correspondían, no existía el domicilio, etc.

Por si ello fuera poco, es importante mencionar que en más del 50% de los pacientes se observa una gran resistencia al cambio, consideran que nada se puede hacer al respecto de su padecimiento, algunas de sus expresiones fueron “tengo que cuidar a mis nietos” “en ese horario no puedo” “tengo que hacer la comida” “mis hijos no me dejan” “ya me tomo mi medicamento” “no me interesa” “ya me voy a morir, déjenme en paz” “ya no hay nada que hacer” “ni me tomo el medicamento y estoy bien”; es muy interesante constatar que los canales por los cuales se les hace llegar la información que puede ser por folletos o mediante platicas en el centro de salud están siendo probablemente rebasados y/o que las personas han desarrollado una apatía impresionante y que se están conformando con sobrevivir.

Ante la situación se buscaron nuevas estrategias: médicos, enfermeros, personal de apoyo que estuviera más cercano a los pacientes para que contribuyeran a sensibilizar y concienciar a los pacientes de la oportunidad que implicaba realizar la intervención, se encontró respuesta en una médica, Ma. Elena Hernández Flores, quien apoyó para que finalmente se obtuviera la muestra: 10 pacientes (grupo intervención) con los criterios de inclusión requeridos. Este proceso se escribe en una líneas sin embargo representa la inversión de mucho tiempo y en ocasiones incertidumbre y deseos de desistir; a lo largo del desarrollo de la investigación la dirección de tesis es muy importante, pero es crucial en estos momentos, buscando estrategias, animando y fortaleciendo las áreas de oportunidad para continuar con energía renovada.

Primera Etapa

A la par y en otra institución se buscan otros 10 pacientes, los cuales cuenten con los criterios de inclusión para que conformen el grupo control. Una vez que se cuenta con los 20 pacientes, 10 para ambas muestras se inicia la: medición inicial del nivel de adaptación de los pacientes a su situación de salud enfermedad de ambos grupos, mediante la aplicación del pretest: CAPS, Escala de afrontamiento y proceso de adaptación de Sor Callista Roy, debidamente validado; además de firmar el consentimiento informado.

Segunda Etapa

El viernes primero de abril a las 09:00 de la mañana inicia la intervención para el grupo intervención, a continuación se describe:

Primera Dosis

Se desarrolla tal cual se encuentra programada, los pacientes conocen las generalidades del curso, se presentan puntuales con un margen de tolerancia de 15 minutos, se empieza a conocer e interactuar, el componente educativo es tomado muy bien, empiezan a participar, describiendo situaciones personales y preguntando algunas dudas. En cuanto a la pregunta ¿cómo me siento física, mental y emocionalmente? Se evidenció la dificultad del paciente para identificar su sentir, la mayoría expresaba únicamente “bien”, fue necesario el modelaje continuo.

El componente psicológico también fue tomado de muy buena manera, fueron vestidos con ropa cómoda y se llevaron tapates, almohadas y frazadas que decidieron dejar en el domicilio durante todo el tiempo en el que se desarrolló la intervención; siguieron las instrucciones que se fueron dando al respecto de la forma correcta de respirar; al finalizar se constató que no hubiese cambios en sus constantes vitales en la bitácora diseñada para dicho fin y los pacientes se retiraron.

Segunda Dosis

Los pacientes rápidamente empezaron a ganar confianza, incluso externaban “falta determinado compañero, vamos a esperarlo, no debe tardar” “¿ahora de qué se tratará la sesión?” expectativos; la sesión se desarrolló conforme a la carta programática, expresaron dudas y comentaron lo difícil que le es llevar a cabo una dieta balanceada por sus ocupaciones, aunque la mayoría eran amas de casa (9 personas), solo un varón, por los recursos; respecto al ejercicio, explicaron que en el centro de salud se llevan a cabo programas de ejercicios, pero que asisten muy pocos pacientes.

En cuanto al componente psicológico, la explicación de “las máscaras” les causó sorpresa, hacían alusión en la forma en la que se comportan otras personas, su vecina por ejemplo, les costó aterrizar que el objetivo era identificar la máscara que utilizaban cada uno de ellos, los hubo desde los que se les dificultó hacer su máscara, hasta los que fueron muy creativos para hacerla. Pasar al frente a actuar su máscara evidencio sus áreas de oportunidad, mismas que identificaron y pudieron externar... La sesión concluyó con éxito

Tercera Dosis

Se abrió la sesión dando a conocer las actividades, se tomaron los signos vitales y empezaron a verbalizar: cómo se sentían física, mental y emocionalmente, a medida que avanzaban las sesiones los participantes fueron ganando confianza, ya para este momento la mayoría habían aprendido a identificar cómo se sentía su cuerpo: síntomas físicos, dolencias, malestares; pensamientos y emociones; en lo que respecta al contenido educativo se dio a conocer la importancia del apego al tratamiento médico/farmacológico, los pacientes se encontraban muy interesados y con un conocimiento bastante claro respecto a dosis, horarios, reacciones adversas de sus hipoglucemiantes, pudimos despejar dudas.

En la parte psicológica se abordó el espacio personal, donde los pacientes pudieron darse cuenta cuan permisivos, tolerantes o restrictivos eran en cuanto a su relación con los demás, sobre todo los más cercanos, lo cual los facultó para tener relaciones más saludables. Al concluir los pacientes externaron su gusto por las dinámicas y lo provechosas que les estaban pareciendo. Sin embargo para este momento, se observó que un par de pacientes, aunque participaban en las dinámicas, no deseaban verbalizar a profundizar su sentir, se respetó su decisión con empatía. Concluye la sesión de manera exitosa y sin alteración en las constantes vitales del paciente.

Cuarta Dosis

En esta sesión, en el componente educativo se dieron a conocer las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes tipo II, mientras que en el componente psicológico se llevó a los pacientes a que expresaran sus emociones consideradas como negativas; fue realmente liberador poder observar la forma en la que los pacientes eliminaron esa energía contenida, incluso por años, fue un trabajo muy intenso seguido de un periodo de relajación. Sin cambios trascendentales en las constantes vitales

Quinta Dosis

Iniciamos con la explicación del contenido, toma de constantes vitales, en el ámbito educativo se abordaron los cuidados dentales, de la piel y de los pies, en un primer momento de carácter explicativo, para que posteriormente ellos devolvieran la técnica, lo que más les costó fue el uso del hilo dental; los cuidados de la piel y de los pies fueron más fáciles y lograron devolver el conocimiento entre risas y chascarrillos.

En el componente psicológico trataron de hacer contacto con su niño interior, para ello se les pidió una foto de niños y fueron guiados por un audio, posteriormente en pareja, en un ambiente de respeto se expresan amor, el que se le daría a un niño... Fue muy emotivo. Expresaron que primero hubo un poco de incomodidad, para posteriormente dejarse llevar por su fragilidad y necesidad de afecto de niños. No presentaron alteración en las constantes vitales.

Sexta Dosis

En esta sesión se abordaron, en cuanto hace al componente educativo, situaciones especiales: Enfermedades recurrentes, viajes, tabaquismo, consumo de alcohol, sexo. ¿Cómo lo vive el paciente con diabetes mellitus tipo II? Fue muy esclarecedora, pues había varias dudas en función de ello.

Para el componente psicológico, se utilizaron dos técnicas, el lazarillo modificado y la octava maravilla, para esta sesión los pacientes ya han liberado energía innecesaria y se encuentran más receptivos para internalizar, ambas técnicas cumplen con su objetivo, que el paciente identifique que nunca se encuentra solo y que es importante, no se encuentran datos de modificación en las constantes vitales.

Séptima Dosis

Que el paciente con Diabetes tipo II conozca la técnica de automonitoreo de la glucosa es indispensable, le proporciona seguridad, por lo que en esta sesión en el ámbito educativo se le dio a conocer la técnica y prácticamente todos los paciente realizaron su monitoreo de manera efectiva, sin embargo hubo dos personas que por miedo a la punción y por alteración visual no se realizó de manera efectiva.

En el componente psicológico se proyectó la película, el discurso del rey: Tras la muerte de su padre, el rey Jorge V y la escandalosa abdicación del príncipe Eduardo VII, Bertie afectado desde siempre de un angustioso tartamudeo, asciende de pronto al trono como Jorge VI de Inglaterra. Su país se encuentra al borde de la guerra y necesita desesperadamente un líder, por lo que su esposa Isabel, la futura reina madre, le pone en contacto con un excéntrico logopeda llamado Lionel Logue. A pesar del choque inicial, los dos se sumergen de lleno en una terapia poco ortodoxa que les llevará a establecer un vínculo inquebrantable; terapia que tiene que ver con la expresión de emociones reprimidas desde la niñez; con la cual, el rey supera su afección y pronuncia un discurso radiofónico que inspirará a su pueblo y lo unirá en la batalla. La película gustó, fue muy comentada y lo mejor, fue una historia real.

Octava Dosis

En la última sesión nos dedicamos a jugar: “serpientes y escaleras”, con preguntas prácticas y sencillas que permitieran reforzar las sesiones previas en el aspecto educativo, funcionó también como una evaluación. Y para concluir con el componente psicológico se realizó la ponencia de “Herramientas necesarias para el éxito en la vida” de la Dra. Méndez Grajales, los pacientes estuvieron muy participativos. Posteriormente evaluaron los objetivos que anotaron en la primera sesión, en la mayoría de los casos se cumplió y otros más rebasaron los objetivos que se plantearon, incluso hubo alguien quien se propuso bajar de peso y dijo que bajó tres kilos.

Se entregaron las constancias de participación y al externar su sentir hubo muchos comentarios positivos, algunos de ellos fueron, “no me imaginé que estuviera tan bonito”, “¿Cuándo inicia otro curso?” “puede venir mi familia” “cuando inicie pensé que voy a hacer en esas tres hora, me aburriré, pero vine y me di cuenta que, nos faltaba tiempo para las dinámicas”. Para concluir nuevamente se toman los signos vitales a cada paciente sin encontrar cambios significativos.

Es importante destacar que en paralelo, a la intervención psicoeducativa; al grupo de pacientes control, se le proporcionó una explicación al respecto de puntos fundamentales de la diabetes tipo II y se les entregó el siguiente un tríptico: anverso y reverso.

Figura 3 Anverso tríptico para grupo control



Figura 4 Reverso tríptico para grupo control

Estoy dispuesto a cambiar y a crecer

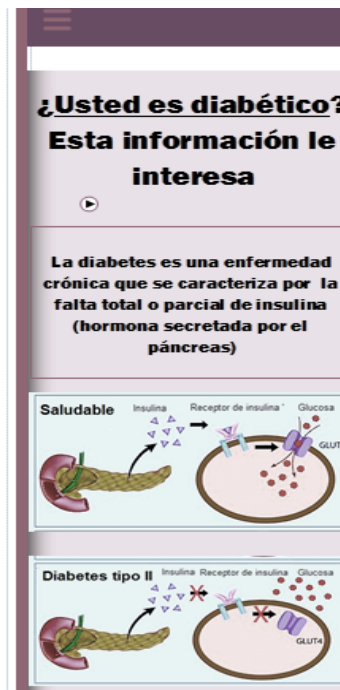
Estoy dispuesto a aprender nuevas cosas por que estoy consciente de que no lo sé todo. Tengo la disposición de abandonar viejos conceptos, cuando estos ya no funcionan para mi. Estoy dispuesto a ver situaciones en las que estoy involucrado y decir: *Ya no quiero seguir haciendo esto*. Estoy seguro de que puedo hacer más con lo que soy: no una mejor persona, por que eso implicaría que no soy lo bastante bueno, pero puedo hacer *más* con lo que soy. Crecer y cambiar es emocionante, aun cundo tenga que sacar de mi interior algunas cosas dolorosas para lograrlo.

Louise L. Hay



Universidad Veracruzana
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería

Mtra. Sabina Galindo Sánchez
sabigalindo@hotmail.com
Dra. Yolanda Méndez Grajales
yolim22@hotmail.com



Tercera Etapa

Se indica al paciente que en un mes se le buscará para la aplicación del postest; en la última semana del mes de julio se aplica el post test a ambos grupos

3.2 Consideraciones éticas

La aplicación de la intervención se lleva a cabo con base en lo establecido por la Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, (Diario Oficial de la Federación, 1987) y su actual modificación (Diario Oficial de la Federación, 2014), en cuanto a la dignidad, consentimiento informado, privacidad, investigación sin riesgo, información por escrito de los propósitos y objetivos. A continuación se transcriben los artículos o fracciones necesarios:

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo. IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles; V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Además, VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación; VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: I.- Investigación sin riesgo, II Investigación con riesgo mínimo y III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo.

La presente, se considera una Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, corte de uñas sin causar desfiguración, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación; II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales; III. Las molestias o los riesgos esperados; IV. Los beneficios que puedan observarse; V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

La fracción VII, enuncia que, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando; X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría; II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud; III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación; IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Capítulo 4 Evaluación de la intervención

Un requisito previo para la evaluación de la intervención es la conceptualización clara y completa y operacionalización meticulosamente especificada de la intervención. En general, la evaluación implica un proceso sistemático para determinar el valor de las intervenciones, su eficacia en la producción de resultados intencionados. Es necesario demostrar los beneficios de las intervenciones para su uso apropiado y seguro en el manejo del problema y la mejora de la salud de los clientes, por lo tanto, el objetivo de la evaluación es determinar la relación causal entre la intervención y los resultados óptimos (Sidani & Braden, 2011).

Criterios para deducir la causalidad de la intervención:

Orden temporal. Los cambios esperados en los resultados, deberían ser observados después de la realización de la intervención, para demostrar este criterio, en la presente intervención el nivel de adaptación fue medido antes y después de aplicar la intervención.

Covariación. Anteriormente este criterio implicaba únicamente la observación de los cambios esperados con la presencia de la intervención y en ausencia de ella en un mismo grupo de clientes, pero una revisión de este criterio realizada por Cook en 2010 determinó que se encuentran involucrados aspectos éticos al dirigir la intervención a un solo grupo, por lo que se requiere de un grupo control. En esta intervención el criterio se cumple a cabalidad dada la presencia de un grupo control, con los mismos criterios de inclusión, exclusión y eliminación que el grupo intervención, sin contaminación de la muestra.

Contigüidad. Este criterio implica que los resultados de la intervención se deben mostrar en un tiempo ideal, debido a que los plazos muy cortos podrían no garantizar la efectividad y en los muy largos otros factores pueden intervenir en la relación entre la intervención y los resultados. La presente intervención cumple con este criterio, debido a que el proceso fue continuo, marzo 2016 aplicación de pretest, abril y mayo aplicación de la intervención y julio aplicación de posttest.

Congruencia. Este criterio se refiere a los efectos de la intervención, no es lógico esperar grandes cambios con intervenciones débiles, ni viceversa. Para esta intervención las dosis se planearon previamente y se encuentran diseñadas con el objetivo de elevar el nivel de adaptación encontrado en el pretest, por lo que es muy congruente que en los resultados obtenidos exista una elevación de dicho nivel de la muestra a la que se le proporcionó la intervención.

Descartar otras causas posibles de los efectos. Es considerado un criterio muy importante para causalidad (Cook et al., 2010) y enfatiza que los resultados no sean confundidos con los efectos de tendencias alternativas relacionadas con la interferencia de otros factores, conceptuales, sustanciales o metodológicos (Glasziow et.al., 2007). Para efectos de esta intervención ninguno de los grupos fue sometido a otro tipo de programa de capacitación en paralelo.

4.1 Resultados: Cuantitativos

La aplicación de la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Sor Callista Roy, que consta de 47 reactivos, donde el puntaje de 47 fue el mínimo y 188 puntos máximo.

Tabla 15 Factores de la escala CAPS

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1 Recursivo y centrado	Factor 2 Físico y enfocado	Factor 3 Proceso de alerta	Factor 4 procesamiento sistemático	Factor 5 conocer y relacionar	Puntaje Global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Fuente: Gutiérrez y López de Mesa (2009)

Fue aplicado a ambos grupos obteniéndose los siguientes resultados:

Nivel de Adaptación por Factores:

Gráfico 1 Factor 1 Recursivo y centrado

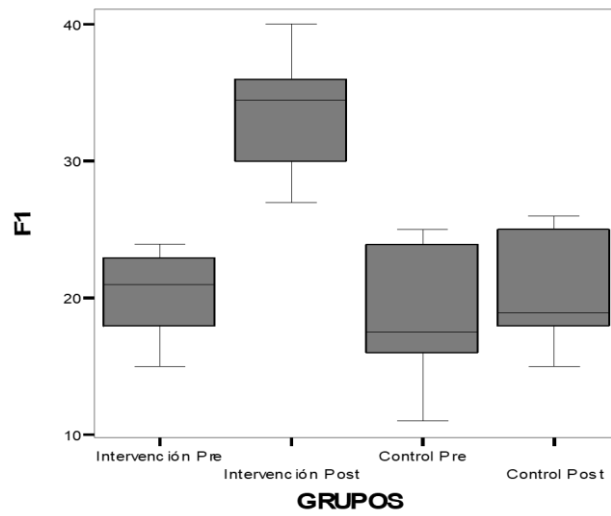


Gráfico 2 Factor 2: Físico y enfocado

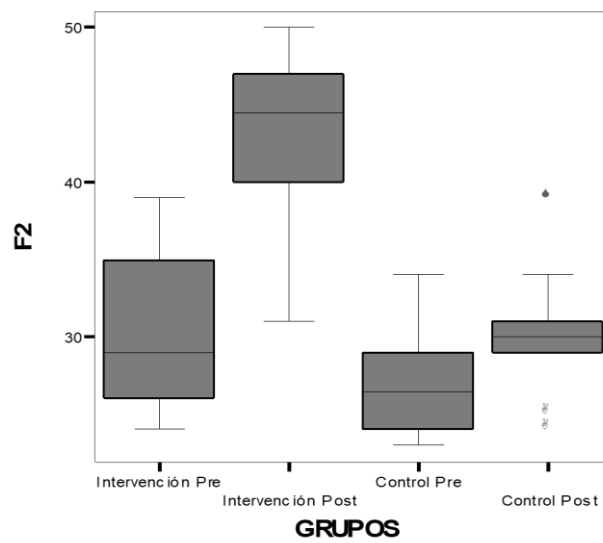


Gráfico 3 Factor 3: Proceso de alerta

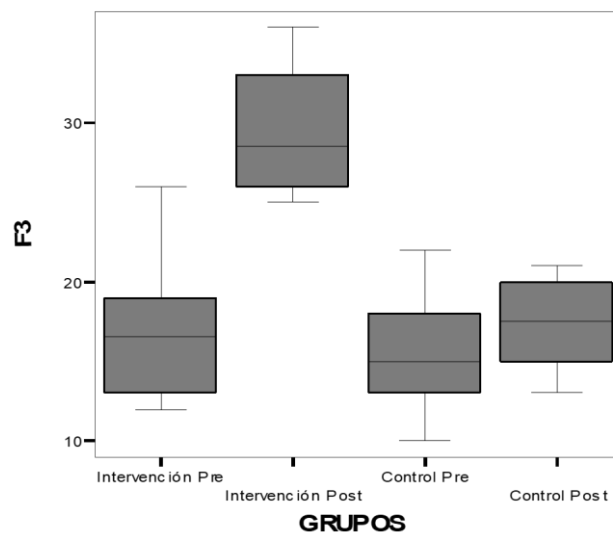
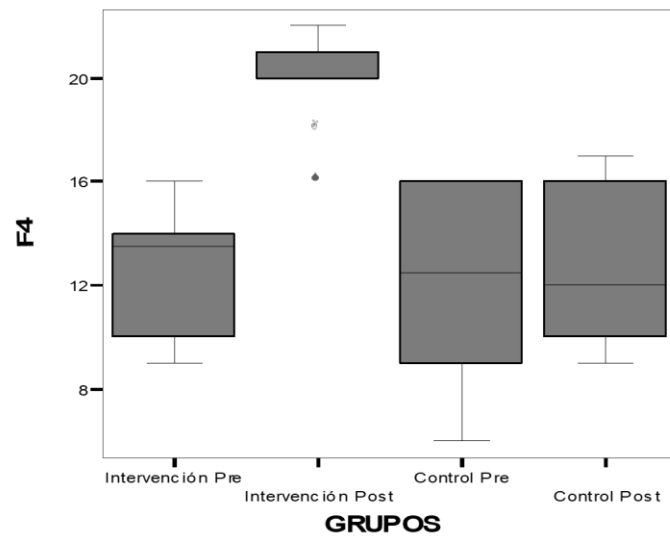
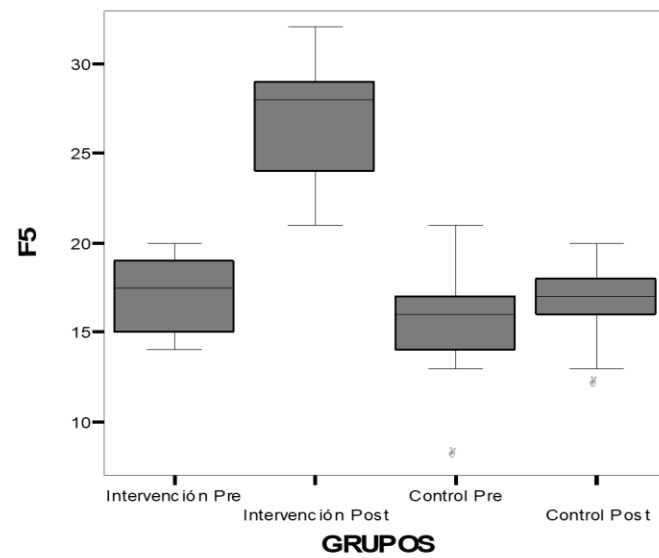
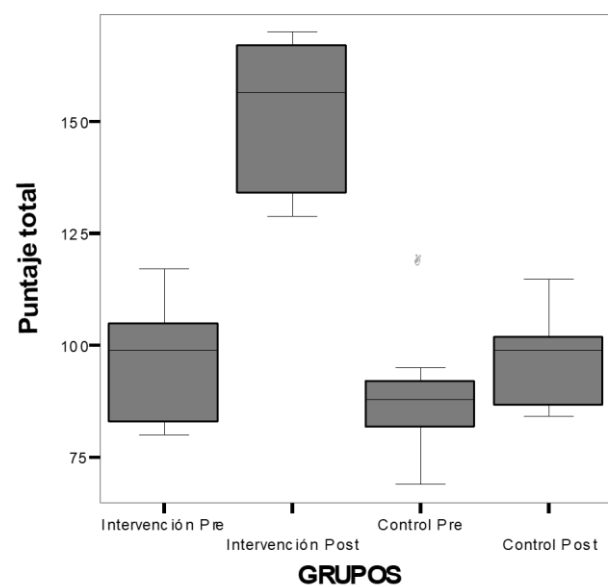


Grafico 4 Factor 4: Procesamiento sistemático**Grafico 5** Factor 5 Conocer y relacionar**Grafico 6** Nivel de adaptación global. Comparación pre y postest.

4.2 Análisis e interpretación

Tabla 16 Resultados grupo control

Grupo Control								
	Pretest				Postest			
	Min	Med	Sx	Max	Min	Med	Sx	Max
F1	11	18.7	4.7	25	15	20.1	3.9	26
F2	23	26.9	3.6	34	24	30.1	4.2	39
F3	10	15.5	3.5	22	13	17.4	2.7	21
F4	6	11.9	3.8	16	9	12.8	3.1	17
F5	8	15.8	3.6	21	12	16.5	2.4	20
GLOBAL	69	88.8	12.5	118	84	96.9	9.7	115

Tabla 17 Resultados grupo Intervención

Grupo Intervención								
	Pretest				Postest			
	Min	Med	Sx	Max	Min	Med	Sx	Max
F1	15	20.2	3.2	24	27	33.4	4.2	40
F2	24	30.6	5.3	39	31	42.9	6.1	50
F3	12	16.9	4.2	26	25	29.7	4.0	36
F4	9	12.5	2.5	16	16	20.1	1.7	22
F5	14	17.2	2.2	20	21	26.7	3.3	32
GLOBAL	80	97.4	13.0	117	129	152.8	16.0	170

Tabla 18 Prueba de muestras relacionadas: Grupo Intervención

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia						
				Superior	Inferior				
Par 1	F1D - F1A	13.200	6.015	1.902	8.897	17.50	6.94	9	0.000
Par 2	F2D - F2A	12.300	7.088	2.241	7.230	17.37	5.49	9	0.000
Par 3	F3D - F3A	12.800	5.808	1.837	8.645	16.95	6.97	9	0.000
Par 4	F4D - F4A	7.600	3.406	1.077	5.164	10.04	7.06	9	0.000
Par 5	F5D - F5A	9.500	4.673	1.478	6.157	12.84	6.43	9	0.000
Par 6	SumaD - SumaA	55.400	22.232	7.030	39.496	71.30	7.88	9	0.000

Tabla 19 Prueba de muestras relacionadas: Grupo Control

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia						
				Superior	Inferior				
Par 1	F1D - F1A	1.400	1.578	0.499	0.271	2.529	2.806	9	0.021
Par 2	F2D - F2A	3.200	2.860	0.904	1.154	5.246	3.539	9	0.006
Par 3	F3D - F3A	1.900	2.132	0.674	0.375	3.425	2.818	9	0.020
Par 4	F4D - F4A	0.900	2.685	0.849	-1.021	2.821	1.060	9	0.317
Par 5	F5D - F5A	0.700	2.791	0.883	-1.296	2.696	0.793	9	0.448
Par 6	SumaD - SumaA	8.100	6.471	2.046	3.471	12.729	3.958	9	0.003

Como lo muestran las tablas, la media del nivel de adaptación para ambos grupos es muy similar, encontrándose en el nivel medio y bajo en 88.8 y 97.4, en el pretest el nivel; mientras que para el postest la media del grupo control no había sufrido gran modificación en función de la primera medición 96.9 y acorde con el objetivo perseguido el grupo intervención se modificó a niveles de alto y muy alto con una media de 152.8.

Al aplicar la *t* de Student se corrobora la distribución y homogeneidad entre las varianzas para ambas muestras y el nivel de significancia permite rechazar la hipótesis nula planteada: El incremento de los conocimientos de la enfermedad y la terapia psicológica no producirán cambios en el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II con edades de 30 a 50 años de un Centro de Salud a su situación salud enfermedad. Y validar la hipótesis alterna: El incremento de los conocimientos de la enfermedad y la terapia psicológica mejorarán el nivel de adaptación psicosocial de pacientes diabéticos tipo II con edades de 30 a 50 años de un Centro de Salud a su situación salud enfermedad.

Ante los hallazgos estadísticos, el éxito de la intervención fue contundente, sin embargo al concluir la intervención y antes de aplicar el postest, únicamente se necesitó observar la el semblante, la actitud y los comentarios de los pacientes para inferir que se había logrado el objetivo, para las últimas sesiones se encontraban más sonrientes, animados, entusiastas; sobre todo, las mujeres trataban de lucir mejor en su arreglo personal y su vestido; se comunicaban mejor con una servidora y entre ellos, externaban su positivismo y deseos de estar bien. Al finalizar la intervención sus comentarios estuvieron en torno al gran agradecimiento con la vida por permitirles tener esta experiencia de crecimiento.

4.3 Conclusiones

La adaptación se refiere al proceso y al resultado por lo que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno, Roy y Andrews, (1999). La adaptación más allá de ser un sistema simple cuya finalidad es la de reaccionar ante los estímulos que envía el entorno, trata que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas se puedan separar de él (Durán de Villalobos, 2002).

Según, Lazcano, O. M., Salazar, G. B. C. (2009), en cuanto al tiempo de diagnóstico y la adaptación a la enfermedad, encontraron en “adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy”, que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el tiempo en que se entrevistó a los pacientes en su estudio no afectó la adaptación psicosocial, pudiendo indicar que hay independencia de estas variables. La falta de relación coincide con lo reportado por Pollock y Shuler acerca de que el tiempo de padecer una enfermedad crónica no influyó en la adaptación psicosocial; en este estudio las medias de adaptación psicosocial reflejan adaptación, resultado contrario a West y McDowell que reportaron que las personas con cinco años de haber sido diagnosticadas con diabetes tuvieron significativamente menor impacto sobre la pena emocional (dimensión de adaptación psicosocial) comparadas con las diagnosticadas con periodos más largos de tiempo.

Lazcano y Salazar (2009) señalan que, de acuerdo a Pollock, la adaptación a las enfermedades crónicas es un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas, dado que el tratamiento y control de la DMT2 tiene un efecto sobre la adaptación del paciente en términos de bienestar social y psicológico.

Para Norris SL, et al; y Rhee MK; mencionado por Alves, et al (2012) las técnicas educacionales han evolucionado a lo largo de la última década, alterando las presentaciones didácticas para intervenciones que propicien la autonomía del paciente, con su participación y colaboración.

Según Deakin TA, et al., mencionado por Fernández et al. (2012), “educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general.” Sin embargo las actividades de promoción a la salud en nuestro sistema se centran en la información que el paciente debe tener al respecto del desarrollo fisiopatológico, dejando de lado las emociones y sentimientos.

En la búsqueda sistemática se encontraron un gran número de intervenciones de enfermería que tienen como base la “educación” exclusivamente, en el ámbito psicoeducativo aún es necesario realizar más investigación. La presente intervención marca el camino para que el paciente pueda irse convirtiendo en un ser integrado y completo, y a partir de ello decidir su estilo de vida: dieta, el tipo de ejercicio, actividades recreativas y demás cuidados especiales que como paciente diabético requiere, pero no como una indicación del personal de salud; sino porque él ha hecho consciente la importancia de “estar bien” aun con una enfermedad crónico degenerativa.

El nivel de adaptación de una persona “es un punto que cambia constantemente, en función de los estímulos, tipo de estímulos y la capacidad de afrontamiento, es un camino que dura toda la vida, la realización de esta intervención puede representar una puerta que inicie dicho camino de adaptación, para que el paciente pueda irse convirtiendo en un ser integrado y completo, y a partir de ello decidir su forma de vida y cuidado.

Los resultados obtenidos evidencian claramente que aunque el nivel de adaptación es fluctuante y en él intervienen estímulos contextuales, focales y residuales y que cada una de las personas que son diagnosticadas con diabetes tipo II poseen formas y grados variables de afrontar las situaciones de estrés y conflicto; sin lugar a duda, una intervención que contenga por un lado información general al respecto de la diabetes mellitus y los cuidados que debe tener el paciente ante dicha alteración, reduce la incertidumbre y por otro atiende todo el sin fin de emociones que se evidencian ante tal situación, mejorará considerablemente el nivel de adaptación del paciente, renovando su autoconcepto, definiendo su rol y afianzando su interdependencia.

Los resultados indicaron claramente que el nivel de adaptación de los pacientes que recibieron la intervención psicoeducativa de enfermería para mejorar el nivel de adaptación psicosocial, pasaron de un nivel de adaptación medio y bajo a uno alto y muy alto, además, el diseño de la intervención y los manuales, permiten se pueda replicar en otro tipo de población con características similares e incluso en poblaciones con otras alteraciones crónico degenerativas, tales como hipertensión arterial sistémica, pacientes con diagnóstico de cáncer, artritis reumatoide, insuficiencia renal crónica.

4.4 Recomendaciones

Es trascendental el abordaje efectivo del paciente en el primer nivel de atención. Las medidas de prevención y promoción a la salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar hábitos de vida que están en la base causal de enfermedades crónico degenerativas, no solo de la diabetes mellitus tipo II, de importancia creciente en las sociedades subdesarrolladas; por lo que es preciso evaluar y/o reconsiderar las estrategias en este nivel o bien la forma en la que se están llevando a cabo con la finalidad de cumplan con los objetivos de disminuir la cantidad de pacientes que llegan a un segundo o tercer nivel de atención, a las Unidades de Cuidados Intensivos con Cetoacidosis diabética o estados hiperosmolares, donde la calidad de vida se ve mermada tanto física, social, económica, como emocionalmente.

Proporcionar un cuidado holístico. Se trata de no dejar de lado ningún aspecto del ser humano, un abordaje sistémico de la vida, es un enfoque global, interdisciplinario en que todo es considerado en continua relación e interdependencia de los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, espirituales, culturales y sociales.

Poner especial atención en el aspecto psicológico. En el ejercicio práctico de la disciplina, aun ponderamos el aspecto fisiológico, y por supuesto que es de vital importancia mantener la homeostasis del paciente por ejemplo manteniendo los niveles de glucosa en rangos, sin embargo desdeñamos el sentir del paciente, es más incluso desconocemos formas efectivas de comunicación o escucha, se nos dificulta la intersubjetividad que implica la empatía y en casos peores es el profesional de enfermería el que “no está bien” para proporcionar bienestar al otro.

Implementar esta intervención en pacientes que tengan otras alteraciones crónico–degenerativos. En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles, representan un gran problema de salud pública, al constituirse en una de las principales causas de muerte y discapacidad tanto en países desarrollados como en desarrollo, las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, las cuales están directamente relacionadas con estilo de vida; la intervención tiene la característica de ser flexible y adaptarse a otro tipo de paciente con alteraciones crónicas.

Empoderar al paciente. Proporcionar información general al respecto del padecimiento que presenta el paciente es esencial, pues con ello reducimos en gran medida la incertidumbre ante la evolución; esta actividad se realiza en el sector salud; sin embargo es necesario apostar por nuevas estrategias, empoderar al paciente, lo cual significa que sea capaz de decidir y tomar responsabilidad de las decisiones en la vida, y de todo lo que suceda debido a esas opciones; guiarlo hacia hacerle ver que tiene el poder de cambiar las cosas, accionarlas y decidir sobre su vida, pero en consciencia, con respeto y valorando el que todos los otros pueden y deben hacer lo mismo.

Referencias

- Aguilar, S.C., (2000). Consenso para la prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de investigación Clínica* 52 (3), 325-363.
- Alemán, P.C., (2015). Efectos de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo. (Tesis de maestría). Universidad De La Sabana Facultad De Enfermería Y Rehabilitación.
- Aráuz et. al., (2001). Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 9(3), 145-153.
- Asociación Latinoamericana de la diabetes (2001). Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la Diabetes en América. *Rev Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health* 10(5), 349-353
- Bautista, P. A. (2014). "Jóvenes en la colonia Revolución: vulnerabilidad y capital social". (Tesis de maestría). Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver.
- Botero, G.J. (2011). Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión en español. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, 88-91.
- Cahué, M.G., (1986). Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo de Irvin D. Yalom. *Clínica Contemporánea*, 5 (1), 91-93.
- Diabetes Mellitus: un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de auto-concepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*. Publicación 01.
- Díaz, A.O. (2014). El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de los cuidados*. 1 y 2.º Semestres. 7 y 8. 139- 159.
- Díaz, F.L. et al. (2002). Análisis de los conceptos de adaptación de Sor Callista Roy. *Aquichan*. 2 (2) 19-23.
- Flores, P.C., Méndez, G. Y., Flores, C.S., Romero, P.F., (2016). *Proyectos de Investigación en Enfermería*. México: Purrua. García, Rosario, & Suárez, Rolando. (2007).
- Flores, T. I., et al. (2000). Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de cuidados intensivos. *Aquichan*, 11 (1) 23-39.
- González, Mario Ángel; Salazar-Estrada, José G.; Colunga-Rodríguez, Cecilia; García de Alba, Javier E.; (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, Diciembre-Sin mes.
- Guía de práctica clínica, diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. CENETEC, 2013.
- Gutiérrez, L. C. (2007) Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichan*, 7 (1) 54-63.
- Gutiérrez, L.C., (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos - Revista de Investigaciones* • Año 6 - No. 12. pp. 201-213. ISSN: 1794-3841
- Jiménez, C.M. (2007) Psicodiabetes. *Avances en psicología latinoamericana*. 25(1) 126-143.
- Kasper, et. al. (2006) *Harrison, principios de medicina interna*. Chile. McGraw-Hill Interamericana.

La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(1) Recuperado en 15 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100005&lng=es&tlng=es.

Lazcano, O. M., (2006) Estrés, afrontamiento y adaptación psicosocial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis doctoral TDZ6675.N7

Lazcano, O. M., Salazar, G. B. C. & Gómez, M.M.V. (2008). Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 8 (1) 116

Lazcano, O. M., Salazar, G. B. C. (2009). Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy. *Aquichan*, 9 (3) 236-245.

Ledón, L.L., (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97. Recuperado en 15 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&tlng=es.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R. (2004). *Enfermería medico quirúrgica*. Madrid, España. Elsevier Mosby

Maya M.A., Hernández S. J.& Luna R.J (2008). Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista CONAMED*, (13) 2, 30-35.

Méndez, C. F., Beléndez, V.M., (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198.

Mercado, P.K., Ramos, P. D. (2013). Nivel de adaptación y afrontamiento de pacientes con diabetes crónica en cinco centros de vida en Cartagena de indias. (Tesis de maestría). Corporación Universitaria Rafael Núñez Facultad De Ciencias De La Salud Programa De Enfermería Cartagena De Indias D. T Y C.

Moreno, F.M. (2009). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*, 9(1) 62-72.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, publicada el 20 de octubre de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.

Orozco, G. A., Castiblanco, O.L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología* 24 (1), 203-217

Pineda, N., et al., (2004) Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Scielo AVFT* 23 (1),13-17.

Raile, M., & Marriner T. A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier Mosby.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Diario Oficial de la Federación, México (2014).

Rivas-Alpizar E, Zerquera-Trujillo G, Hernández-Gutiérrez C, Vicente-Sánchez B. (2011). Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. *Revista Finlay* 1(3), 229-251.

Sanchez, T. R. T de student, usos y abusos. *Revista mexicana de cardiología*. 26 (1) 2015 59-61.

Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. WILEY-BLACKWELL.

The journal of clinical and applied research and education, (2016). Standards of Medical care In diabetes—2016. American Diabetes Association (39) 1, 1-112.

Torres López TM, Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG.(2007). Dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos. Rev Salud Pública Nutr. 2007;8(4).

Zavala, R. M., (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. Aquichan. 7 (2), 174- 188.

Anexos

Manual de Facilitador

Presentación

El presente manual contiene la forma en la que se desarrollará la intervención Psicoeducativa de Enfermería para mejorar su nivel de adaptación psicosocial del paciente con diabetes tipo II, producto de un amplio proceso de investigación, pero sobre todo las actividades a realizar por el facilitador que se encuentra a cargo del paciente con diabetes tipo II, para mejorar su proceso de adaptación psicosocial coadyuvando en la mejora de su proceso de salud-enfermedad, lo cual agilizará su avance y la coordinación del facilitador con el colaborador y pacientes; contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información, instrucciones y acuerdos, necesarios para la realización de cada una de las dosis

La intervención consta de 8 dosis cada una de las cuales se encuentran divididas en dos aspectos educativo en la primera parte y psicológico en la segunda parte; se desarrollará una sesión de tres horas por semana en el siguiente orden: (1) Generalidades sobre diabetes tipo II y La respiración, mi herramienta elemental; (2) Nutrición y actividad física y ¿Deseo usar mi mascara?; (3) Medicación específica de la diabetes mellitus e importancia del apego al tratamiento y mi espacio personal; (4) Prevención y detección de las complicaciones agudas y crónicas y ¡Tengo derecho a estar enojado!; (5) Cuidados dentales, cutáneos y de los pies y ¿Cómo se siente mi niño interior?; (6) Cuidados para situaciones especiales: enfermedades recurrentes, viajes, tabaquismo, consumo de alcohol, sexo, y ¡Nunca me encuentro solo! Reconozco una red de apoyo; (7) Automonitoreo de glucosa y soy libre y decido lo que quiero hacer. (8) Un juego para recordar y conferencia magistral: Herramientas necesarias para el éxito en mi vida.

Perfil del facilitador:

Licenciado en enfermería, con experiencia en el área clínica y/o en primer nivel de atención, con gusto especial por la docencia y/o experiencia en el manejo de grupos, amplio conocimiento de los cuidados que requieren los pacientes con diabetes mellitus tipo II, con competencia en el ámbito de inteligencia emocional y capaz de realizar una intervención en crisis, con contención efectiva.

Objetivo general

Contar con una guía que facilite el trabajo del responsable y el colaborador

Objetivos específicos

- Dar a conocer las actividades que desarrollará el facilitador durante la evolución de la intervención.
- Contar con un documento que contenga información sistematizada para el desarrollo de la intervención.
- Eficientar el logro de los objetivos de la intervención

Intervención	
Dosis	Ocho
Modo de entrega	Presencial
Hora por dosis	Tres
Tipo	psicoeducativa
Horario	09:00 – 12:00
Participantes	10 a 20 (preferentemente)

Planeación

Dosis	Fecha	Temas	
		Contenido educativo	Contenido psicológico
1		Generalidades sobre diabetes tipo II	La respiración, mi herramienta elemental
2		Nutrición y actividad física	¿Deseo usar mi máscara?
3		Importancia del apego al tratamiento: médico – farmacológico	Mi espacio personal
4		Prevención y detección de las complicaciones agudas y crónicas.	¡Tengo derecho a estar enojado!
5		Cuidados dentales, cutáneos y de los pies.	¿Cómo se siente mi niño interior?
6		Cuidados para situaciones especiales: enfermedades recurrentes, viajes, tabaquismo, consumo de alcohol, sexo.	¡Nunca me encuentro solo! Reconozco una red de apoyo
7		Automonitoreo de glucosa	Soy libre y decido lo que quiero hacer
8		Un juego para recordar	Herramientas necesarias para el éxito en mi vida

Primera dosis

Encuadre:

Amplia explicación del curso.

El facilitador realiza una amplia explicación de las actividades que se realizarán, la forma en la que el paciente podrá participar, deberá proporcionar seguridad al paciente, tranquilidad, entusiasmo y compromiso. El curso que va a tomar se encuentra específicamente diseñado para usted, pensando en sus necesidades, en lo que necesita saber en cuanto a la enfermedad que le aqueja, una persona con diabetes puede tener una muy buena calidad de vida si decide cuidarse! En este momento no existe para nosotras nadie más importante que usted, este es un espacio de seguridad, donde puede exponer, preguntar, decir en el ámbito del respeto para usted y todos los que nos encontramos aquí lo que necesite decir, nos encontramos abiertas para poder escuchar y responder sus dudas y preocupaciones; el objetivo es que usted aprenda, pero sobre todo que quiera cuidarse. Le aseguramos que lo que aquí va a aprender muy difícilmente en otro lugar se lo enseñaran o por lo menos no en la forma en la que nosotras lo hemos diseñado para usted.

El curso-taller consta de 8 sesiones, una semanal, de tres horas; es decir únicamente le pedimos que nos permita tres horas de su semana; el curso cuenta de dos componentes: psicológico y educativo. En cuanto a lo educativo se proporcionará información básica respecto a la diabetes mellitus, se utilizarán videos, películas, exposiciones, juegos, sociodramas, etc.; por lo que hace a al aspecto psicológico se realizarán una serie de ejercicios encaminados a su sensibilización, lo conducirán al crecimiento personal, es muy importante que tome en cuenta que en ocasiones es emocionalmente doloroso, por lo que se enfrentará a emociones fuertes como tristeza, enojo, sensación de soledad, miedo, pero tenga bien presente que este es un espacio de seguridad, donde puede expresar todo lo que siente y sobre todo y probablemente lo más importante también se le enseñará la forma en la que saludablemente deberá manejarlo.

Firma de hoja de compromiso

El facilitador proporciona la hoja de compromiso que el paciente deberá tener consigo mismo, la lee en voz alta y pide al paciente que si se encuentra de acuerdo firme y se comprometa con la persona más importante: el mismo. La hoja se queda con el paciente.

La importancia de participar en las dinámicas

El facilitador hace hincapié en la importancia que tiene el hecho de participar en todas las dinámicas, “quien participe podrá internalizar mejor los conocimientos” la importancia de externar su sentir, ya que esto le ayudará a tener un mejor aprovechamiento del curso; recordarles que este es un espacio de seguridad, donde se valora el respeto, la empatía, solidaridad; lo que alguien diga de su persona tiene un gran valor y no se puede de ninguna manera replicar en otro lugar.

Establecer objetivos personales

El facilitador proporciona hojas tamaño media carta a los participantes para que anoten sus objetivos personales al respecto del curso y los invita a escribir lo que esperan de la intervención

Todos nos presentamos.- Dinámica mediante la cual el facilitador invita a los pacientes a que se presentan, (puede empezar el colaborador, para modelar) dicen su nombre, gustos, lo que sea que ellos quieran decir de sí mismos; lo importante es conocer ¿cómo les gusta que los llamen?, se elaborarán personificadores para colocarlos en el hemitorax superior izquierdo e identificarnos fácilmente.

Toma de constantes vitales

T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo se siente física, mental y emocionalmente? (al llegar)

El facilitador comunica la importancia de que el paciente exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le explica que le ayuda a que empiece a reconocerse como un ser integral, es imprescindible modelarle y hacerle saber que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Contenido educativo

Generalidades de la diabetes.- ¿Qué es la diabetes?, Sintomatología, Complicaciones, Costos. Repercusión: Personal, familiar, laboral.- El facilitador realiza una exposición del tema

¿Qué es?

La diabetes mellitus tipo II es un grupo de trastornos múltiples y complejos que se suelen caracterizar por grados variables de resistencia a la insulina, trastorno de la secreción de esta y aumento de la producción de glucosa (Modificado de Harrison 2006)

Sintomatología

La mayoría de los pacientes son asintomáticos y por lo tanto el diagnóstico se establece de manera tardía, alrededor del 30 al 50% de las personas desconocen su problema por meses o años (Liddle 2006), lo que condiciona en los sujetos recién diagnosticados con DMII, la prevalencia de retinopatía diabética oscile entre 16 y 21%, la nefropatía entre 12 y 23%, la neuropatía entre 25 y 40% y que en la mayoría de los pacientes ya se haya iniciado un daño macrovascular.

Costos

Los costos de las complicaciones de la diabetes son cada vez mayores; por lo que es muy importante la prevención, para evitar la aparición de las complicaciones, o bien retrasarlas lo más que pueda ser posible. El costo para las economías nacionales está en aumento y cada día familias de bajos ingresos se ven impulsadas hacia la pobreza por la -inversión en medicamentos y cuidados- debida a la diabetes y los costos permanentes de la atención sanitaria. Hoy día, ya hay 366 millones de personas con diabetes y otros 280 millones bajo riesgo identificable de desarrollarla. De no hacerse nada, para 2030 esta cifra se calcula que aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas de alto riesgo.

Tres de cada cuatro personas con diabetes viven hoy en países de ingresos medios y bajos. Incluso en los países ricos, los grupos desfavorecidos, como los pueblos indígenas y las minorías étnicas, los migrantes recientes y los habitantes de barrios marginales sufren un mayor índice de diabetes y sus complicaciones. Ningún país, rico o pobre, es inmune a la epidemia. La diabetes tiene como resultado unos altos costos sanitarios, la pérdida de productividad laboral y el descenso de los índices de crecimiento económico. En el mundo, los gastos sanitarios por diabetes se han elevado a 465.000 millones de USD en 2011, lo cual equivale al 11% del gasto sanitario total.

Si no se invierte en hacer que los tratamientos eficaces para prevenir las complicaciones diabéticas estén al alcance de todos, se predice que esta cifra aumentará hasta los 595.000 millones de USD para 2030. El Foro Económico Mundial ha identificado consistentemente las ENT (incluida la diabetes) como un riesgo mundial para los negocios y las comunidades. Las pérdidas en ingresos nacionales debidas a muertes (en gran parte evitables) por diabetes, enfermedad cardíaca y derrame cerebral son enormes; Federación Internacional de Diabetes (2011).

Repercusión personal, laboral y familiar

Personal: Los individuos que han sido diagnosticados con DM II, sufren diferentes grados de depresión, baja autoestima, discriminación, requieren un manejo adecuado del duelo, pero que en la mayoría de las ocasiones no se sigue adecuadamente, por lo que sus capacidades tanto físicas como intelectuales se ven afectadas de manera negativa.

Laboral: La muerte precoz es uno de los muchos componentes de la pérdida de ingresos y muchas personas con diabetes sufren complicaciones discapacitadoras potencialmente evitables, que les impiden trabajar. Esto representa una pérdida económica importante y, en los países en donde no existe protección social, puede empujar a las familias a la pobreza y arrebatar a los niños las oportunidades de llevar una alimentación saludable, recibir educación y encontrar empleo en el futuro. Así que, aunque ningún país sea inmune a la diabetes, el problema más inmediato se encuentra en los países de ingresos medios y bajos, en donde tres de cada cuatro personas con diabetes viven hoy día, y en donde la aparición de diabetes ha descendido una generación, afectando cada vez más a las personas en sus años más productivos.

Familiar.- Las personas no nos encontramos preparadas para incluir en nuestra dieta, ritmo de vida, actividades a los pacientes diabéticos, por lo que se siente rechazado, que no pertenece, los vínculos familiares y/o red de apoyo se fracturan a causa de la falta de información y concienciación en el manejo de la enfermedad. “Cuando estamos enfermos, trabajar es difícil y el aprendizaje es aún más duro. La enfermedad embota nuestra creatividad, limita las oportunidades. A menos que se prevengan las consecuencias de la enfermedad, o que al menos se las reduzca al mínimo, la enfermedad mina a las personas y las lleva al sufrimiento, la desesperanza y la pobreza”. Kofi Annan

NOTA: Es muy importante el manejo del lenguaje adecuado a las características de la población, de manera que sea entendible

Contenido psicológico

¿Qué es la respiración? ¿Por qué es importante?- El facilitador explica, mediante exposición que es la respiración y su importancia fundamental en la vida de las personas, así como su repercusión en cuanto a la relajación.

¿Qué es la respiración?- Proceso fisiológico mediante el cual se toma del medio ambiente gases, en su mayoría oxígeno y es introducido a los pulmones (alveolos), donde se intercambia, entrando oxígeno al organismo y saliendo dióxido de carbono. Respirar es una actividad que se realiza de forma inconsciente y que aprendemos desde el momento de nacer, de hecho a la forma en la que el recién nacido respira se le da una calificación que evalúa su función respiratorio.

Esta actividad tan común, posee importantes beneficios, cuando se realiza de la forma correcta: Aumento en la cantidad de sangre, debido a su mayor oxigenación en los pulmones. Esto favorece la eliminación de toxinas del sistema.

Mejor capacidad del cuerpo para dirigir y asimilar los alimentos. Los órganos digestivos, como el estómago, reciben mayor cantidad de oxígeno y, por lo tanto, su funcionamiento es más eficaz. El hecho que los propios alimentos son también más oxigenados ayuda más todavía a una mejor digestión de los mismos. Mejora en el estado del sistema nervioso, incluyendo el cerebro, la columna, los centros nerviosos y los nervios.

Una vez más, esta mejora se debe a la mayor oxigenación. El cerebro se beneficia especialmente del oxígeno, y requiere tres veces más que el resto del cuerpo. Esto tiene un impacto fundamental sobre nuestro bienestar. Además, una mayor oxigenación del cerebro tiende a normalizar la función cerebral, reduciendo niveles excesivos de ansiedad.

Un rejuvenecimiento de la piel. La piel se vuelve más suave, y se reduce la aparición de arrugas faciales. A través de los movimientos del diafragma durante los ejercicios de respiración profunda, los órganos abdominales - el estómago, el intestino, el hígado y el páncreas - reciben un masaje. Además, el movimiento de la parte superior de la diafragma le proporciona otro masaje al corazón. Estos masajes estimula la circulación sanguínea en estos órganos. Los pulmones logran ser sanos y fuertes, lo que supone un buen seguro contra futuros problemas respiratorios.

Los ejercicios de respiración producen un aumento en la elasticidad de los pulmones y el tórax. Esto crea un aumento en la capacidad de respiración durante todo el día, no solo durante el ejercicio. Purifica: Elimina sustancias que dañan el organismo, controla el estrés y aclara la mente en momentos difíciles. Reduce el dolor: Dirigir el dolor hacia la parte dolorida del cuerpo lo alivia y libera la tensión muscular. Calma: no hay nada mejor como una respiración profunda para tranquilizarte cuando estás molesto, estresado o con ansiedad. Si estás en una difícil situación, respira profundamente diez veces, antes de decir algo o tomar una decisión importante. De esta forma evitas que la ira se apodere de ti y seas presa de tus propias emociones. Mejora la concentración: en cada inhalación y exhalación te proporciona un conocimiento más profundo de ti, te permite salir de la realidad y pensar en positivo. Puedes transportarte a lugares maravillosos con solo cerrar los ojos y respirar lento y profundamente. Conecta: la respiración actúa como un vínculo con el espíritu, es la sincronización del cuerpo y de la mente.

Técnica: ¿Cómo respirar?- El facilitador con ayuda del colaborador invitan al paciente a que se ponga cómodo, recostándose en su tapete y utilizando su cojín preferentemente en la cabeza, aunque el paciente lo puede poner en donde guste. Con ayuda de un audio el facilitador induce al paciente a una respiración efectiva, relajada, profunda y consciente durante aproximadamente 20 minutos.

¿Cómo se siente física, mental y emocionalmente? (al concluir). – El facilitador comunica la importancia de que el paciente exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le explica que le ayuda a que empiece a reconocerse como un ser integral, es imprescindible modelarle y hacerle saber que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad

Despedida y tarea: El facilitador pide al paciente que intente realizar por lo menos 10 minutos al día aplicar la técnica de respiración profunda con la finalidad de formar el hábito en el paciente y da por concluida la sesión.

Segunda dosis

El facilitador da la bienvenida y comenta el contenido de la sesión

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo me siento física y emocionalmente? ¿Hice tarea?- El facilitador comunica la importancia de que el paciente exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le explica que le ayuda a que empiece a reconocerse como un ser integral, es imprescindible modelarle y hacerle saber que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos. E invita al paciente a que comparta su experiencia al momento de realizar la respiración profunda en la semana.

Contenido educativo:

Importancia de un estilo de alimentación saludable. Recomendaciones generales. - El facilitador junto con el colaborador proyectan un video en donde se explica gráficamente la importancia de la alimentación. El objetivo en el tratamiento nutricional para prevenir complicaciones de la diabetes mellitus es hacer los cambios de alimentación necesario y/ o reforzar aquellos que le van a ayudar al control de la enfermedad. Algunos factores que se desean controlar con el tratamiento nutricional son: Mantener los valores de glucosa en sangre en valores normales, tener niveles normales de lípidos en sangre, consumo adecuado de energía para poder mantener el peso adecuado del paciente. El tratamiento nutricional consiste en establecer un plan de alimentación preferentemente individualizado, evaluación periódica, evitar hipoglucemia e hiperglucemia. Recomendación: 30 kcal/Kg de peso por día, para aquellas personas con IMC menor a 25.

Recomendaciones generales

- Incluir una gran variedad de alimentos en la alimentación diaria
- Incluir alimentos ricos en fibras, vitaminas, minerales como frutas, verduras, cereales y leguminosas
- Preferir el consumo de alimentos como pescado, pollo y pavo sin pellejo
- Disminuir el consumo de carne roja y yema de huevo
- Para cocinar preferir aceites vegetales como el cártamo, maíz, girasol o la canola.
- Limitar el consumo de alimentos como la manteca, crema, mantequilla y el tocino.
- Elegir métodos de cocción como el horneado, la parrilla, la plancha, el estofado, el vapor y el hervido en lugar de la fritura. Sociedad Mexicana de Nutrición y endocrinología, Asociación de medicina Interna de México y Sociedad de nutriología.

La importancia del ejercicio. Mediante una exposición el facilitador explica la importancia y recomendaciones en la realización del ejercicio. El ejercicio tiene múltiples beneficios independientemente de la alteración fisiológica que tenga el paciente; descenso del riesgo de alteración cardíaca, de cremento de la presión arterial, conservación de la masa muscular, reducción de la grasa corporal y pérdida de peso, facilita la reducción de la glucosa plasmática (Harrison 2006) Ejercicio debemos practicar TODOS, un ejercicio acorde a la edad, sexo y preferencias.

Recomendaciones generales

- La actividad física habitual en sus diversas formas: actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio, tiene un efecto protector contra la diabetes.
- Mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo.
- Práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos 150 minutos a la semana (20 min diarios por ejemplo)
- La realización del ejercicio deberá efectuarse de manera gradual, usando el calzado cómodo
- La actividad física más recomendada es de tipo aeróbico, intensidad leve a moderada
- Las sesiones de actividad física se realizarán en tres etapas que son: calentamiento, aeróbica y recuperación. (NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus)
- No se deben practicar los deportes de contacto físico o que representen esfuerzos de corta duración y gran intensidad, tales como levantamiento de pesas o boxeo

Contenido psicológico:

Explicación de las “mascaras”, como funcionan, la forma en que limitan sus relaciones.- El facilitador explica ¿qué son las máscaras?, ¿Cuáles son las más comunes? Y cómo nos ayudan en las relaciones, pero también la forma en la que limitan nuestro ser.

Los seres humanos somos maestros para ocultar o disfrazar lo que verdaderamente sentimos, porque pensamos que nos van a juzgar, criticar, avergonzar, por lo que nos sentimos amenazados cuando nos mostramos de manera genuina, de tal forma que hacemos uso de máscaras que nos permiten relacionarnos disminuyendo aparentemente la ansiedad y el estrés; de alguna manera las máscaras nos ayudan, pero a la larga nos pasan una factura muy pesada, pues perdemos contacto con quien realmente somos y con lo que sentimos porque nos escondemos de nosotros mismos.

Ejercicio: ¿Deseo usar mi máscara?.”- El facilitador junto con el colaborador invitan al paciente a que seleccione una máscara con la que más se identifique, proporcionan hojas blancas tamaño carta y plumones al paciente, para que la elabore, una vez que se ha elaborado la máscara, se invita al paciente a que se la actúa como tal, lo cual le ayuda a los miembros del grupo a expresar la turbulencia emocional así como a examinar la diferencia de percepción entre el uso de la máscara y no... El facilitador deberá encontrarse preparado para resolver la probable situación en crisis que se pudiera originar.

¿Cómo se siente física, mental y emocionalmente? (al concluir).- El facilitador comunica la importancia de que el paciente exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le explica que le ayuda a que empiece a reconocerse como un ser integral, es imprescindible modelarle y hacerle saber que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

Despedida y tarea: El facilitador pide al paciente que trate de identificar durante la semana momentos en los que usa su máscara con la finalidad de guiarlo hacia su autenticidad.- Se da por concluida la sesión y se pide al paciente que realice esta tarea

Tercera dosis

El facilitador da la bienvenida y comenta el contenido de la sesión

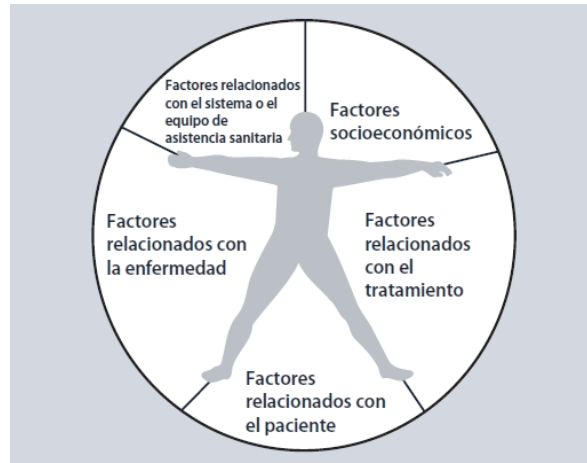
Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo me siento física y emocionalmente? ¿Hice tarea?- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos. Además lo induce a que comparta si pudo identificar otra máscara en el transcurso de la semana.

Contenido educativo:

Importancia del tratamiento médico / farmacológico; principales medicamentos: Glibenclamida y Metformina.- El facilitador da a conocer el contenido teórico mediante exposición y al finalizar, junto con el colaborador organizan un juego de lotería donde los pacientes pondrán a prueba su retención de conocimientos, todo de una manera divertida.

Importancia del tratamiento médico / farmacológico.- Las metas del tratamiento de la diabetes son mantener las glucemias lo más cerca posible de lo normal y evitar las complicaciones agudas y crónicas, dado que los mecanismos de control homeostático normales se interrumpen en los pacientes con diabetes, el consumo de alimentos, el estrés emocional y los cambios en la actividad física pueden hacer que la glucemia sea demasiado baja demasiado alta y conducir a las complicaciones agudas de la hipoglucemia la hiperglucemia. Además, la nutrición inapropiada y la actividad física insuficiente aumentan el riesgo de desarrollar las complicaciones a largo plazo de la diabetes, especialmente la cardiopatía. Mantener la glucemia dentro de los límites proyectados requiere determinación, adaptación a la situación de salud/enfermedad, no es algo fácil. Existen cinco factores con los que el paciente tiene que lidiar, en cuanto al tratamiento:



La mejora de la adherencia terapéutica requiere un proceso continuo y dinámico.

- Factores socioeconómicos.- Costos, edad (pacientes mayores es más difícil), sexo mujeres (es más difícil el cumplimiento de la actividad física), hombres (más difícil el cumplimiento del régimen alimenticio)
- Factores relacionados con el tratamiento.- complejidad del tratamiento
- Factores relacionados con el paciente.- Depresión, poca adaptabilidad, baja autoestima, estrés, problemas emocionales.
- Factores relacionados con la enfermedad.- Duración y complicaciones
- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria.- Relación paciente-médico, costos, accesibilidad.

Principales medicamentos: Glibenclamida y Metformina.- La importancia de los medicamentos es esencial, pues ayudan al paciente a mantener los niveles de glucosa en rangos adecuados, sin embargo siempre lo más importante será enfocarse en un estilo de vida saludable que incluye, como ya lo vimos una dieta acorde a sus necesidades, ejercicio y cuidados especiales.

- Preferentemente el paciente deberá de hacer de sus horarios de medicamentos una rutina agradable.
- Se debe buscar una combinación entre dieta y medicamento que impida hipo e hiper glucemia.
- Es esencial que el paciente se conozca y sepa detectar síntomas específicos que le alerten de que está iniciando una leve descompensación, para que pueda actuar en consecuencia.
- El control médico no se puede aplazar, sustituir o dejar de lado, pues es él quien le guiará en la dosis que mantenga sus niveles de glucosa en rangos aceptables.
- No olvide comentar con su médico la presencia de signos o síntomas especiales, diferentes, o cualquier duda que tenga respecto a su medicamento, el personal médico regularmente tiene mucho trabajo por la cantidad de pacientes que requiere atender (debemos ser considerados) pero está en la mejor disposición de atenderle.
- Es importante que el paciente aprenda a realizar el automonitoreo de su glucosa, lo veremos en la siguiente sesión.

Contenido psicológico

Ejercicio: Mi espacio personal.- El facilitador pide que los pacientes se pongan de pie formando un círculo, con un espacio entre uno y otro paciente de 1 a 1.5 m., de distancia y mediante modelaje, escucha y validación se exhorta a que los participantes pasen al centro de círculo e indiquen cuál es su espacio personal. Es importante mencionar que el facilitador será el primero en pasar al centro e indicarlo... Posteriormente lo harán los participantes, en el acto, dependiendo qué tanta permisividad o limitación exista en su espacio personal, el facilitador se acercará o mantendrá distancia, respetando al participante.

¿Cuál es el espacio personal saludable?- Mediante lluvia de ideas, el facilitador guiará a los participantes a la respuesta y finalizará diciendo cuál es el espacio personal saludable.

¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir).- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad

Despedida y tarea: El facilitador pide al paciente intente replantear desde su óptica su espacio personal, el objetivo es guiarlo hacia relaciones personales más sanas. Se da por terminada la sesión.

Cuarta dosis

El facilitador da la bienvenida y comenta el contenido de la sesión.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo me siento física y emocionalmente? ¿Hice tarea?- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos. Y respecto a la tarea pregunta quien trató de replantear su espacio personal o por lo menos se percató de su amplitud o estrechez

Contenido Educativo:

Principales complicaciones agudas: CAD, HHO. Principales complicaciones crónicas: Pie diabético, nefropatía, retinopatía.- El facilitador le provee la información mediante una exposición.

Principales complicaciones agudas: Cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar. Aunque la patogénesis de la CAD se entiende mejor que el de EHH, los mecanismos subyacentes básicos para ambos trastornos son: (1) reducción de la acción efectiva neta de la insulina circulante como resultado de la disminución en la secreción de insulina, (2) elevación de los niveles de hormonas contra reguladoras (glucagón, catecolaminas, cortisol y hormona del crecimiento), y como resultado (3) incapacidad de la glucosa para entrar a los tejidos sensibles a la insulina (hígado, músculo y adipocitos)

Los dos factores desencadenantes más comunes en el desarrollo de la CAD y la EHH son la infección y la terapia insuficiente de insulina. De estos la infección es el más predominante, correspondiendo la neumonía y la infección del tracto urinario al 30 y al 50 % de los casos respectivamente.

Los pacientes con DM2 propensos a desarrollar CAD generalmente son personas de mediana edad, obesos, con diagnóstico reciente de DM, expuestas a situaciones de estrés; tales como, infecciones severas y enfermedades cardiovasculares, y hasta un 50% de estos pacientes son afroamericanos e hispanos.

Tanto en la CAD como en el EHH el pronóstico empeora sustancialmente con la edad avanzada y en presencia de coma e hipotensión. Otros factores precipitantes son: la toma de diuréticos, embarazo, (asociado con el inicio de la CAD), inicio de una enfermedad tiroidea autoinmune, tal como síndrome de Graves o enfermedad de Hashimoto, pancreatitis, edad avanzada, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, pacientes mayores con diabetes de reciente aparición y las drogas tales como cocaína, (asociada con la CAD).

Los fármacos que afectan el metabolismo de los hidratos de carbono, como los corticoesteroides, tiazidas, y los agentes simpaticomiméticos (por ejemplo, dobutamina y terbutalina) y los agentes antipsicóticos de segunda generación, pueden precipitar el desarrollo de CAD o EHH.

A diferencia de las complicaciones crónicas, las complicaciones agudas se desarrollan en cuestión de horas y ponen en peligro la vida del paciente. Algunos de los síntomas pueden ser los propios de la diabetes, tales como poliuria, polifagia, polidipsia, malestar general, cefaleas, debilidad, astenia, adinamia, náuseas, vómito, dolor abdominal. Boca y conjuntivas secas, ojos hundidos, piel seca, pulso débil, hipotensión, respiración superficial. Conforme la deshidratación y la alteración hidroelectrolítica se acentúan se añade desorientación, estupor, coma y si no se atiende adecuadamente la muerte.

Por ello es tan importante que el paciente mantenga sus niveles de glucosa en rangos con ayuda de los fármacos, la dieta, ejercicio, cuidado y conocimiento de los cambios que presenta su organismo.

Principales complicaciones crónicas: Pie diabético, nefropatía, retinopatía

Pie diabético.-Es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica, que afecta a pacientes diabéticos que no han sido correctamente tratados, el daño se clasifica de acuerdo a la profundidad de la lesión, grado 0 no existe lesión, únicamente un riesgo; grado 1, ulcera superficial que compromete todo el espesor de la piel pero no tejidos subyacentes; grado 2 úlcera profunda penetrando hasta ligamentos y músculos, pero no compromete el hueso o la formación de abscesos; grado 3, ulcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis; grado 4, gangrena localizada; grado 5, gangrena de todo el pie.

En cuanto al tratamiento las lesiones que solo afectan la dermis, con poca extensión de celulitis que circunda la solución de continuidad y que no se acompaña de ninguna manifestación sistémica su tratamiento puede realizarse fuera del hospital, aseando con agua y jabón evitando la aplicación de alcohol y otros antisépticos; cubrir con gas estéril, humedecer ligeramente con solución salina, suprimir la deambulación con apoyo de la extremidad afectada, si es posible, se recomienda el uso de muletas.

Existen lesiones que por su extensión local del proceso séptico o su repercusión sistémica requieren tratamiento intrahospitalario, con la finalidad de normalizar el estado metabólico del paciente y corregir el proceso séptico. Y finalmente se encuentran las lesiones que por su extensión o encontrarse en un pie con isquemia grave requieren tratamiento quirúrgico, debe enfatizarse que la cirugía del paciente diabético no es simple, tiene una elevada morbimortalidad por la fragilidad del paciente, si el paciente se encuentra en estado séptico es recomendable una operación en dos tiempos quirúrgicos, durante el primero se efectúa una amputación en guillotina para eliminar el sitio más afectado, en el segundo que se practica cuando el proceso séptico ya ha sido controlado se construye un muñón de acuerdo con el caso

Nefropatía. - Enfermedad del riñón que incluye procesos inflamatorios, degenerativos y escleróticos, relacionados con presencia de niveles de azúcar circulante persistente, asociados a hipertensión, dislipidemia y predisposición genética. La enfermedad renal es una de las complicaciones crónicas más graves de la diabetes mellitus, en etapas avanzadas genera costos directos e indirectos muy altos, para el paciente como para el sistema de salud

El primer signo de la nefropatía diabética es un aumento persistente de microalbuminuria, por lo menos de dos a tres determinaciones consecutiva en orina, previo al desarrollo de micro albuminuria persistente hay una etapa persistente de microalbuminuria que se incrementa post ejercicio, posteriormente aparece un aumento de la proteinuria (síndrome nefrótico) y posteriormente insuficiencia renal avanzada que es inevitable cuando la proteinuria ya está establecida. Los principales síntomas son los siguientes: edema de miembros inferiores, ascitis, pérdida de peso, cansancio, apariencia espumosa o espuma en orina, hipo frecuente, sensación de malestar, prurito generalizado, cefalea, náuseas y vómito

En general se recomienda y buen control glucémico, mantener un perfil de lípidos normal, iniciar tratamiento farmacológico (IECA, calcio antagonista, beta bloqueadores cardio-selectivos o diuréticos según las necesidades del paciente), urocultivo periódico, medición de creatinina sérica y depuración de creatinina, descartar los medicamentos nefrotóxicos.

Retinopatía. - Es la complicación ocular de la diabetes que está causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina, el daño puede tener como resultado que sufran una fuga de fluido o sangre, si la enfermedad avanza se forman nuevos vasos sanguíneos y prolifera el tejido fibroso en la retina, lo que trae como consecuencia que la visión se deteriore. Es posible que en un principio no se evidencien síntomas, dolor ni pérdida de la visión, pero a medida que la enfermedad avanza se produce edema. La prevención se encuentra en el control metabólico, la reducción de la presión arterial, la normalización del perfil de lípidos, además de la eliminación del tabaquismo. Aquí se mencionan las tres principales complicaciones, aunque a decir verdad la diabetes genera una afección sistémica: alteraciones dermatológicas, gástricas, del sistema musculo-esquelético, etc.

Contenido psicológico:

Lectura de una historia real en el que el paciente vea reflejado su enojo.- El facilitador instruye a los pacientes para que se preparen, poniéndose cómodos, instalándose guantes y preferentemente hincados sobre su tapete o cojín y que tengan a la mano su muñeco de peluche, acto seguido procede a la lectura de la historia de Bethy, de Nayarit Jalisco, con la que el paciente, al verse identificado pondrá a flor de piel sus sentimientos de miedo, dolor, tristeza, resentimiento, coraje... En el momento del clímax el relato parará, para dar pie a que el paciente descargue sus sentimientos golpeando el peluche contra el piso... Es muy importante darle el tiempo adecuado al paciente para que concluya la actividad y encontrarse preparado, pues detrás del enojo se encuentra la tristeza, probablemente surja la crisis de llanto y finalmente la calma y la respiración.

Las historias que nos cuentan quienes han padecido diabetes, nos pueden sonar trilladas. Pero piense en ellos como personas que alguna vez estuvieron sanos, que podían comer sin preocuparse por la cantidad de carbohidratos que consumían, y daban por sentado que tenían pies y manos bonitas, y una hermosa piel de color sonrosado, que no subían de peso cuando venía la navidad porque aún no padecían de resistencia a la insulina, y jamás habían experimentado un coma diabético, la amputación de un pie, la pérdida de la vista, la pérdida de un riñón y cuyas familias podían vivir su vida sin tener que estar ocupados en ellos todo el tiempo, ya sea en un hospital o en sus casas cuidando de un diabético en silla de ruedas.

Esta es la historia de Bethy, de Nayarit Jalisco <http://diabetes.altervista.org/diabetes-no-espera.html>: "Al igual que la mayoría de las personas que tienen diabetes sin diagnosticar, yo no creía que a mi pudiera pasarme la horrible pesadilla que viví hace un año. Debido a mis antecedentes familiares, mis hermanos me decían con frecuencia que me revisara, que podía traer el azúcar alta, pero les contestaba que yo no quería saber si tenía diabetes, que prefería vivir tranquila. (ok, les cuento) Primero se me inflamó un pie después de haber usado unas botas que me quedaban un poco ajustadas, pero pensé que se me iba a quitar la inflamación y no asistí a recibir atención médica, a pesar de que todos los síntomas señalaban a una neuropatía diabética. Al persistir la inflamación y el dolor, asistí al Seguro Social donde simplemente me dieron un anti inflamatorio. Pero mis problemas siguieron aumentando y con los días asistí a un curandero que alabaron como el mejor del mundo, pero éste gran charlatán e ignorante me ordenó meter el pie súper hinchado y adolorido ¡en agua caliente y sal!. Mi pie reventó como fruta podrida y de ahí en adelante se vino la amputación de algunos dedos de mi pie, y los largos meses de recuperación, depresión y desconsuelo, Hasta aquí se deja la historia y se permite al paciente expresar sus emociones respecto a su situación personal.

El paciente pega con un cojín en el suelo.- Una de las formas más efectivas que existen para eliminar la energía contenida que producen las emociones fuertes (enojo, frustración, resentimiento) en nuestro organismo es la utilización de un bat, una raqueta o una pera de box; sin embargo para el caso y tratando de cuidar lo más posible al paciente se utilizará un cojín o un muñeco mediano de peluche y las manos cubiertas con guantes de estambre; una vez que haya concluido la sesión de golpes, es muy probable que el paciente entre en un momento de llanto, una vez calmado, se lee la parte final de la historia de Bethy.

... ahora estoy bajo la atención especial de una nutricionista y naturópata, y pude recuperar parte de mi salud, y digo parte, porque el grave daño causado por años de diabetes sin diagnosticar y traer la azúcar alta, dañó de forma irreversible mis pies, y siempre corro el riesgo de sufrir una infección grave si descuido mi alimentación... Asombrosamente, ya no necesito medicamentos para controlar mi azúcar, la cual siempre oscila entre 80 a 100 de forma natural y por medio de llevar una alimentación completa, nutritiva y sabrosa, y estar activa, sobre todo, es increíble ver cómo mis nuevos hábitos de alimentación me han adelgazado. ¡No existe felicidad si no hay una buena salud!

El paciente comparte si lo desea su sentir al respecto de la actividad. El facilitador exhorta a que el paciente hable con la finalidad de “mirar de lejos” lo sucedido, es una forma de concientizar al paciente “de que eso ya paso”, ahora puede decir que estaba enojado, estaba triste, etc.

El facilitador concluye diciendo que aunque el enojo no es una emoción socialmente aceptada y que la mayoría de las veces no existe razón para enojarse, ¡todos tenemos derecho a estar enojados! Lo importante es eliminar la energía que produce el enojo en un espacio de seguridad como este y con algo, no con alguien, no se vale dañar a terceros con nuestro enojo.

¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir).- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

Despedida y tarea: El facilitador pide al paciente que durante la semana trate de identificar situaciones que le causen enojo/tristeza y la forma en la que lo libera y se da por terminada la sesión.

Quinta dosis

El facilitador da la bienvenida y comenta el contenido de la sesión

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo me siento física y emocionalmente? ¿Hice tarea?- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Contenido educativo

El facilitador explica los cuidados que debe tener el paciente en boca, piel y pies y posteriormente organiza a los pacientes en tres grupos de tres (en un equipo se puede incluir al colaborador si es necesario), cada equipo realizará los cuidados que le correspondan (1) dentales, (2) de la piel (3) de los pies, de tal forma que lo hagan y lo expliquen.

Cuidados dentales.- El hecho de tener diabetes incrementa el riesgo de padecimientos bucales. Muchas veces pacientes, médicos y enfermeras estamos al pendiente de evitar complicaciones cardíacas o renales y no prestamos la atención adecuada a la salud e higiene bucal. Las complicaciones bucales más importantes son la enfermedad periodontal (de encías), la caries dental, la sequedad de boca y el dolor orofacial. Entre las lesiones de tejidos blandos de la boca se encuentran las infecciones por hongos (candidiasis), las úlceras, las estomatitis, y los cambios en la lengua (fisuras). El desarrollo de estas afectaciones se debe a la sequedad de la boca, a la lenta cicatrización y a la alteración de la respuesta inflamatoria que sufren estos pacientes. Los cuidados que debe realizarse son los siguientes:

- Cepílese y use el hilo dental diariamente, esto es punto clave para un adecuado aseo, sin embargo deber hacerlo con una técnica adecuada que no condicione lesiones por cepillado brusco.
- Use un cepillo de dientes suave de la cerda y substituye su cepillo de dientes cada 3 meses
- Visite a su dentista regularmente, mínimo cada 6 meses y asegúrese de que sepa que es diabético.
- Informe a su dentista si la dentadura que usa (en caso de prótesis) no se ajusta apropiadamente o si duelen sus encías.
- Deje de fumar. El tabaco agrava las lesiones o enfermedades de la cavidad bucal.
- Revise su boca con regularidad
- Si nota que sus encías sangran cuando se cepilla, o presenta sequedad, dolor, parches blanquecinos en lengua o mal aliento, visite a su dentista a la brevedad.

Cuidados de la piel.- Que lo dulce no le quite la suavidad. Es muy común que las personas con diabetes tengan problemas de la piel, ya que la elevación en el nivel del azúcar o glucosa en la sangre hace que esta pierda hidratación, se reseque y tenga más riesgos de lesionarse e infectarse. Para que puedas mantener tu piel suave e hidratada, aquí te damos algunas recomendaciones para los cuidados diarios de tu piel que son fáciles de seguir.

- Mantenga su diabetes bajo control.
- Beba muchos líquidos, de preferencia agua, para que tu piel esté hidratada y sana.
- Mantenga su piel limpia y seca. Para ello, utilice un jabón no irritante, crema humectante luego del lavado y talco en las áreas donde la piel puede quedar húmeda, como debajo de los brazos (en las axilas), debajo de los senos, entre las piernas (en las ingles) y entre los dedos de los pies.
- Evite ducharse con agua muy caliente y tomar baños largos y/o de espuma. Cuando se seques, hágalo suavemente, sin frotar.
- Revise la piel después de lavarse y asegúrese de que no tiene áreas secas, rojas o adoloridas que puedan infectarse. Si no puede hacerlo solo, pida ayuda.
- Si tiene heridas, trátelas apenas aparezcan. Para ello, lave los pequeños cortes con agua y jabón y cubre las heridas pequeñas con gasa estéril. No use antisépticos, alcohol ni yodo para limpiar la piel, ya que son sustancias demasiado fuertes, en todo caso puede pedirle a su médico que le recomiende algo, generalmente le recomendará un antibiótico en crema para utilizar en estos casos.
- Mantenga tu casa húmeda durante los meses de clima frío y seco.
- Aplique protector de labios para prevenir resequeidad y grietas.
- Si sueles tener acné, habla con tu dermatólogo antes de seleccionar un humectante facial.
- Para proteger su piel del sol, usa bloqueadores con FPS (SPF son las siglas en inglés) de 15 o más y usa un sombrero. También usa guantes cálidos, zapatos o botas abrigados (si hace frío) y ropa interior de algodón puro.

Cuidados de los pies: El problema del pie diabético es relevante, tanto como por su prevalencia como por su elevada morbilidad. Aproximadamente el 20% de los pacientes que presentan un episodio de pie diabético, mueren antes del año. En la práctica se presenta poca alteración a las alteraciones del pie que el diabético suele desarrollar, sin embargo en el pie diabético no existen lesiones irrelevante; el pie que ha desarrollado problemas con expresión clínica requiere un tratamiento especializado. Por lo que los cuidados que proporcione a sus pies son de vital importancia:

- Revíselos diariamente
- Lave diariamente sus pies con agua y jabón neutro, para secarlos frote con una toalla suave especialmente entre los dedos
- Si acostumbra tomar baños de tina verifique la temperatura del agua con la mano antes de introducir los pies.

- Use crema humectante, pero no la aplique en medio de sus dedos.
- Siempre use zapatos y calcetas o calcetines, estos últimos no deben tener arrugas, pliegues o agujeros
- Al ponerse su zapato revise que no existan irregularidades o costuras prominentes en su interior.
- Corte sus uñas en línea recta, sin dejarlas demasiado cortas, si son quebradizas no las corte, solamente límelas para evitar su crecimiento, el mejor momento para cortarlas es después del baño
- Si tiene problemas visuales, pida que otra persona lo haga, si tiene una uña enterrada acuda con un personal calificado, no trate de desenterrarla.
- Al escoger zapato recuerde que deben ser de punta ancha y cuadrada, de preferencia de un material no sintético, la suela debe ser gruesa, flexible y antiderrapante, en el interior no deben tener costuras y debe tener un soporte para el arco del pie. Los tacones no deben ser muy altos. Compre zapatos por la tarde, cuando sus pies se encuentran ligeramente hinchados. Para practicar deporte use zapato apropiado.
- Acuda de inmediato con su médico si sus pies presentan zonas con temperatura mayor o menor de lo normal, presenta ampollas, heridas pequeñas que no han cicatrizado después de una semana, área hinchada, roja y dura, zonas de coloración azul o negra

Contenido psicológico

El paciente mira su foto y recuerda ¿cómo era, que le gustaba? - El facilitador conduce al paciente hacia su más tierna infancia que pueda recordar, sus juegos favoritos, la compañía de alguien, algo agradable, algún olor; como en todas estas actividades, el facilitador deberá tener la destreza de guiar al paciente hacia aquellos recuerdos amables, sin embargo, también debe encontrarse preparado para el surgimiento de aquellos recuerdos que pudieran ser dolorosos para el paciente

Técnica: Inducir al paciente al encuentro con el mismo. - El facilitador pedirá al paciente que se ponga cómodo, utilizando su tapete y cojín; que se relaje, respire profundo escuche y siga las instrucciones que vaya escuchando. Mediante la utilización de un audio el facilitador guiará al paciente al encuentro con su niño interior; intentando hacerle ver que en futuras situaciones de estrés, ansiedad, depresión, baja autoestima, quien requiere cariño y atención es su niño interior y si él practica y aprende a darle lo que necesita, se verá reflejado en su creatividad, buen humor, carisma de él como adulto. Al concluir el paciente realiza unos minutos de respiración profunda y si desea comparte su sentir.

¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir). - El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continúa ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura. - El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

Despedida y tarea: El facilitador pedirá al paciente que intente hacer contacto todas las noches con su niño interior. Y se da por terminada la sesión.

Sexta dosis

El facilitador da la bienvenida y comenta el contenido de la sesión

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura. - El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo me siento física y emocionalmente? ¿Hice tarea?- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continúa ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos. Y pregunta si pudieron hacer contacto con su niño interior, si alguien quiere compartir su experiencia al respecto.

Contenido educativo

El facilitador pide que pongan especial atención en la información, pues al finalizar todos participarán en un sociodrama, haciendo uso de esa información

Situaciones especiales: Enfermedades recurrentes, viajes, tabaquismo, consumo de alcohol, sexo.- El facilitador explica las situaciones especiales a las que el paciente diabético se enfrenta y los cuidados que debe tener al respecto.

Enfermedades recurrentes: La diabetes puede disminuir la capacidad del cuerpo para combatir infecciones. Cuando los niveles de glucosa en la sangre están por encima de los niveles saludables también están elevados en los tejidos del cuerpo permitiendo el crecimiento de bacterias y la propagación de infecciones.

Infecciones por hongos.- La candidiasis es una patología muy frecuente en la actualidad y afecta especialmente a personas que tienen diabetes. Se trata de una infección fúngica (micosis o infección por hongos) originada por un crecimiento excesivo del hongo *Cándida*. Normalmente provoca inflamación y malestar en zonas superficiales y húmedas como la boca, el tracto digestivo, la vagina y otros tejidos. Las *cándidas* encuentran en el exceso de glucosa un alimento perfecto que favorece su crecimiento, razón por la que las personas con diabetes suelen sufrir más infecciones micóticas que el resto de la población. Un mal control metabólico puede ser el responsable de que se origine esta infección. Además, una hiperglucemia puede limitar la capacidad de las células blancas de combatir las infecciones.

La candidiasis en las encías, en la lengua, en la parte interna de la mejilla o en la parte superior de la garganta, conocida como candidiasis orofaríngea. Se manifiesta bajo la forma de placas blancas que se remueven fácilmente al rasparlas, y a veces provocan manchas enrojecidas denominadas eritemas.

La candidiasis genital puede aparecer en la vagina en las mujeres y debajo del prepucio en los hombres. La vulva y la vagina se afectan con muchísima frecuencia, observándose enrojecimiento de estas áreas, y la presencia de leucorrea blanquecina con pequeños grumos. Causa mucho picor o dolor leve. También es muy frecuente en pacientes con diabetes que las uñas se vean afectadas por *cándidas*. En estos casos, el reborde de la uña aparece inflamado y enrojecido (perionixis), pudiendo ser doloroso, y se puede constatar la salida de una secreción viscosa de color blanco amarillento.

Candidiasis en el esófago, conocida como esofagitis. Su diagnóstico es más complicado porque la inflamación no es visible. Produce malestar: náuseas, sensación de mareo, etc.

Con menor frecuencia, se puede constatar en pacientes con diabetes otitis por *Cándida* y casos de conjuntivitis.

Infecciones de las vías urinarias.- Cuando las bacterias, usualmente del sistema digestivo, alcanzan las vías urinarias se pueden presentar infecciones. Si las bacterias crecen en la uretra, esta infección se conoce como uretritis. Las bacterias pueden subir por las vías urinarias y causar una infección de la vejiga llamada cistitis. Una infección sin tratarse puede avanzar más adentro del cuerpo y causar pielonefritis, una infección de los riñones. Algunas personas tienen infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias. Los síntomas de las infecciones de las vías urinarias incluyen:

- Necesidad intensa de orinar
- Dolor o ardor en la vejiga o uretra durante la micción
- Orina turbia o rojiza
- En mujeres, presión sobre el hueso púbico
- En hombres, sensación de llenura en el recto

Si la infección está en los riñones, una persona puede tener náuseas, dolor en la espalda o el costado y fiebre. La micción frecuente puede ser una señal de glucosa alta en la sangre, por lo que se deben analizar los resultados recientes del control de la glucosa en la sangre. Tomar grandes cantidades de líquido ayuda a prevenir otra infección.

Viajes: El traslado a otra ciudad o país va a cambiar su rutina habitual. Mida más a menudo, ya que los cambios de actividades y de horario pueden afectar tus niveles de azúcar.

- Asegúrese de llevar los medicamentos que tomas a diario, y en mayor cantidad (el doble) por si ocurren demoras en el viaje. Si es un viaje largo, debe tener en cuenta los cambios de horario para saber exactamente cuándo tomarlos.
- Si usa insulina, lleve un estuche de emergencia. Y manténela a baja temperatura en una bolsa aislante con paquetes de gel frío.
- Lleva algún refrigerio en tu bolso, por si baja tu nivel de glucosa (azúcar) en la sangre. Recuerde que un jugo actúa más rápido que una galleta por ejemplo
- No te olvide tener a la mano tu tarjeta con sus datos personales y tipo de medicamento que usa.
- Ponga todos los medicamentos en su equipaje de mano y el refrigerio en su asiento, para tener acceso fácil a ellos. No los guarde en los compartimientos superiores del autobús
- Levantase a caminar cada hora, o cada dos horas, para disminuir el riesgo de desarrollar coágulos en las piernas.
- Guarde las jeringas y otros dispositivos para inyectarte insulina en su envase original y cerciórate de que tengan la etiqueta farmacéutica que los identifica como medicamentos.
- Si se sirven comidas durante el viaje, solicita con anticipación alimentos para diabéticos, bajos en grasa y en colesterol. Si no las sirven, empaca alimentos sanos y nutritivos.
- En las zonas de más calor será necesario prestar más atención a la hidratación, y tomar siempre bebidas embotelladas.
- Se aconseja llevar medicamentos para tratar complicaciones del viaje como diarreas o vómitos.
- Si su destino es la playa o el río, recuerde no caminar descalzo
- Cuando se encuentre en tu lugar de destino, no interrumpa su rutina de actividad física. Trate de realizar alguna actividad, aunque sea en secciones independientes de 10 minutos, pero que acumulen un total de dos horas y media a la semana.
- Debe cuidar el control de su diabetes donde quiera que esté y para hacerlo necesita no interrumpir su dieta, tratamiento farmacológico, ni ejercicio ¡Buen viaje!

Tabaquismo.- El consumo de tabaco entre personas con diabetes está fuertemente asociado con un mayor aumento del riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares. Además, las investigaciones apuntan hacia un efecto negativo del tabaco sobre el metabolismo de la glucosa y los lípidos, lo cual conlleva el deterioro del control metabólico en la diabetes. Los efectos sobre los vasos sanguíneos del organismo, la inflamación y otros posibles factores también podrían contribuir con las muy graves y negativas consecuencias de fumar tabaco en personas con diabetes. Fumar cigarrillos y consumir nicotina aumentan los niveles circulatorios de algunas hormonas, como las catecolaminas, el glucagón y la hormona de crecimiento, que alteran la acción de la insulina.

Abandonar el hábito del tabaco es beneficioso para todas las personas, pero lo es especialmente para las que tienen diabetes. Disminuye a la mitad la probabilidad de sufrir un infarto o angina de pecho cuando ha transcurrido aproximadamente 1 o 2 años desde que se ha dejado el hábito. Además, complicaciones como la retinopatía, problemas renales o la neuropatía asociada a la diabetes disminuyen tanto en incidencia como en progresión.

Consumo de alcohol.- Beber alcohol puede incrementar su riesgo de azúcares bajas en sangre. Y si toma insulina o tipos de fármacos para la diabetes que estimulan la producción de insulina, el beber alcohol puede conducir a reacciones aún más serias de azúcar baja en sangre. Normalmente, el hígado libera glucosa para mantener los niveles de azúcar en sangre. Pero cuando bebe alcohol, el hígado está tan ocupado descomponiendo el alcohol, que hace un mal trabajo al liberar glucosa hacia la corriente sanguínea. Esto puede llevar a una caída en los niveles de azúcar en sangre si está bebiendo alcohol con el estómago vacío.

Cada bebida alcohólica demora aproximadamente 1-1 ½ horas para terminar de procesarse en el hígado. Durante todo ese tiempo, existe el riesgo de azúcar baja en sangre. Así que, si toma 2 bebidas, duplique ese tiempo: estará en riesgo de tener azúcares bajas en sangre de 2 a 3 horas. Cuando más alcohol haya consumido, mayor será el riesgo de una baja seria del azúcar en sangre.

- ¿La solución? No beba alcohol si es diabético, si lo desea hacer, que nunca sea con el estómago vacío. SIEMPRE consuma alcohol con una comida o aperitivo que contenga carbohidratos.
- Nunca saltee comidas o sustituya el alcohol por una comida.
- Conozca los síntomas de una baja de azúcar en sangre informe a otros. Si se desmayase, aquellos que están cerca tienen que saber que esto es una emergencia médica, no sólo una señal de intoxicación.
- Lleve una fuente de carbohidratos, como dulces, consigo en caso de una baja de azúcar.
- Controle su azúcar en sangre con más frecuencia. Los efectos del alcohol pueden dificultar que detecte los síntomas de una baja de azúcar en sangre.
- Si combina ejercicio con alcohol, el riesgo de una baja de azúcar en sangre es aún mayor. Debido a que más ejercicio baja los niveles de azúcar en sangre, controle el azúcar en sangre con más frecuencia. Quizá necesite un aperitivo con carbohidratos para evitar una baja de azúcar en sangre.

Sexo.-Cuando las personas envejecen enfrentan problemas de salud comunes como síntomas molestos en la vejiga o cambios en la función sexual. Las personas con diabetes pueden presentar un inicio precoz y una marcada intensidad de estos problemas. Las complicaciones sexuales y urológicas de la diabetes suceden por el daño que la diabetes puede causar sobre los vasos sanguíneos y los nervios. Los hombres pueden tener dificultad con la erección o la eyaculación. Las mujeres pueden tener problemas con la respuesta sexual y la lubricación vaginal. Las infecciones de las vías urinarias y los problemas de la vejiga son más frecuentes en personas con diabetes. Las personas que mantienen su diabetes bajo control pueden disminuir el riesgo de desarrollar de manera precoz estos problemas sexuales y urológicos.

Cuando una persona quiere alzar un brazo o dar un paso, el cerebro envía señales nerviosas a los músculos adecuados. Las señales nerviosas también controlan órganos internos como el corazón y la vejiga, pero las personas no tienen el mismo tipo de control consciente de estos órganos como lo tienen de los brazos y las piernas. Los nervios que controlan los órganos internos se llaman nervios autónomos y le indican al cuerpo que digiera la comida y circule la sangre sin que la persona tenga que pensar en ello. La respuesta del cuerpo a los estímulos sexuales es también involuntaria, está gobernada por las señales nerviosas autónomas que aumentan el flujo sanguíneo hacia los genitales y hacen que el tejido de los músculos lisos se relaje. El daño de estos nervios autónomos puede alterar la función normal. La reducción en el flujo sanguíneo debido al daño en los vasos sanguíneos también contribuye a la disfunción sexual.

Problemas en los hombres.- La disfunción eréctil es la incapacidad constante de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual. Esta afección incluye la incapacidad total de lograr una erección y la incapacidad de mantenerla. En los hombres con diabetes, las tasas de prevalencia de la disfunción eréctil fluctúan ampliamente, de un 20 a un 75 por ciento, de hecho, la disfunción eréctil puede ser una señal temprana de la diabetes, sobre todo en hombres de 45 años o menos. Todo tiene solución, su médico podrá prescribirle, previa realización de su historia clínica el mejor tratamiento

La eyaculación retrógrada, es un trastorno masculino en la cual parte o todo el semen fluye hacia la vejiga en vez de salir por la punta del pene durante la eyaculación. La eyaculación retrógrada sucede cuando los músculos internos, llamados esfínteres, no funcionan adecuadamente. El esfínter abre y cierra automáticamente un conducto en el cuerpo. En la eyaculación retrógrada, el semen entra a la vejiga, se mezcla con la orina y sale del cuerpo mediante la micción, sin afectar la vejiga. Un hombre que presenta eyaculación retrógrada puede observar que fluye poco semen durante la eyaculación o puede darse cuenta del trastorno si se presentan problemas de fertilidad. www.kidney.niddk.nih.gov.

Problemas en las mujeres: lubricación vaginal disminuida, que produce sequedad vaginal, relación sexual dolorosa o incómoda, deseo sexual disminuido o ausente, respuesta sexual disminuida o ausente.

La respuesta sexual disminuida o ausente puede incluir la incapacidad de alcanzar la excitación o mantenerla, sensación reducida en el área genital o ausencia total de sensibilidad e inhabilidad constante o esporádica de alcanzar el orgasmo. Las causas de los problemas sexuales en las mujeres con diabetes incluyen el daño de los nervios, la disminución de flujo sanguíneo a los tejidos genitales y vaginales, y cambios hormonales. Otras causas posibles incluyen algunos medicamentos, abuso en el consumo de alcohol, tabaquismo, problemas psicológicos como ansiedad o depresión, infecciones ginecológicas, otras enfermedades y afecciones relacionadas con el embarazo o la menopausia.

Los lubricantes vaginales de venta libre o con receta podrían ser de ayuda para las mujeres que sufren de sequedad vaginal. Las técnicas para tratar la respuesta sexual disminuida incluyen cambios en la posición y estimulación durante la relación sexual. La terapia psicológica también podría ser útil. Los ejercicios Kegel para ayudar a fortalecer los músculos pélvicos podrían mejorar la respuesta sexual. Actualmente se están llevando a cabo estudios sobre los tratamientos con fármacos.

La diabetes y problemas urológicos

Los problemas urológicos que afectan a hombres y mujeres con diabetes incluyen problemas vesicales. Muchos acontecimientos o trastornos pueden dañar los nervios que controlan la función vesical, entre ellos se cuentan la diabetes y otras enfermedades, lesiones e infecciones. Más de la mitad de las mujeres y hombres con diabetes tienen disfunción vesical debido al daño de los nervios que controlan la función de la vejiga. La disfunción vesical puede tener un efecto impactante en la calidad de vida de una persona. Los problemas de la vejiga comunes en hombres y mujeres con diabetes incluyen los siguientes:

Vejiga hiperactiva. Los nervios dañados podrían enviar señales a la vejiga en el momento inadecuado, haciendo que los músculos se contraigan sin aviso. Los síntomas de la vejiga hiperactiva incluyen: frecuencia urinaria—orinar más de ocho veces al día o dos o más veces en la noche; urgencia urinaria—ganas repentinas y fuertes de orinar inmediatamente; incontinencia urinaria—el goteo de orina que sucede después de que se presentan ganas repentinas y fuertes de orinar

Control inadecuado de los músculos del esfínter. Los músculos del esfínter rodean la uretra—el tubo que transporta orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo—y la mantiene cerrada para retener la orina en la vejiga. Si los nervios de los músculos del esfínter se dañan, los músculos pueden aflojarse y permitir el goteo o permanecer cerrados cuando la persona trata de expulsar la orina.

Retención de orina. En algunas personas, el daño de los nervios evita que los músculos de la vejiga reciban la señal de que es tiempo de orinar o hace que los músculos sean muy débiles y no puedan vaciar la vejiga por completo. Si la vejiga se llena demasiado, puede acumularse la orina y la presión creciente puede dañar los riñones. Si la orina permanece demasiado tiempo en el cuerpo se puede desarrollar una infección en los riñones o la vejiga. La retención urinaria también puede producir incontinencia por rebosamiento, que es el goteo de orina cuando la vejiga está llena y no se vacía por completo.

El tratamiento de los problemas de la vejiga debido a daño nervioso depende del problema específico. Si el problema principal es la retención de orina, el tratamiento puede incluir medicamentos para estimular un mejor vaciado de la vejiga y la práctica de un vaciamiento programado que consiste en orinar en un horario fijo, que ayuda a hacer más eficaz la micción. Las personas a veces necesitan insertarse periódicamente un tubo delgado llamado catéter a través de la uretra para drenar orina de la vejiga. También es útil aprender a saber cuándo está llena la vejiga y cómo masajear la parte inferior del abdomen para vaciar la vejiga por completo. Si el goteo urinario es el problema principal, los medicamentos, el fortalecimiento de los músculos con los ejercicios Kegel y la cirugía pueden ayudar en algunos casos.

Representación de sociodrama: El facilitador explica la forma en la que se llevará a cabo el sociodrama: Un grupo de amigos (cuatro parejas) en las que por lo menos uno padece diabetes, platican al respecto de problemas y sus posibles soluciones:

Una persona está presentando desde hace dos días una infección de vías urinarias; otra pareja irá a visitar a su familia, ellos vive en Xalapa y su familia se encuentra en Tierra blanca, posteriormente todos juntos irán a la playa; una más la invitan a una fiesta, pero habrá que tomar y no sabe cómo decir que no, es más quiere tomar, su pareja no quiere que acuda: y la última pareja tiene miedo de no poder continuar con la vida sexual que lleva hasta ahora.

La participación es grupal, se involucran la facilitadora y colaboradora y todo es espontáneo, no se lleva un guión ni planea nada, únicamente se pide que cada una de las parejas expongan su problemática, una por una y las demás parejas le aconsejen, enseñen, le digan que puede hacer en relación a su problema y con base en la información previa que se proporcionó.

Contenido psicológico

Técnica: Lazarillo modificada.- El facilitador pide a los participantes se pongan de pie y previa revisión del área, que se encuentre despejada, que no existan obstáculos, como sillas o mesas con las que se pueda tropezar el paciente; pide que la mitad se venda los ojos e intente caminar por toda el área, algunos lo harán sin problema, pero otros no querrán dar ni un paso es a ellos a los que, los pacientes que no tengan venda ayudarán sin descuidar a nadie incluso pueden llevar a alguien vendado entre dos personas si se requiere, si alguien camina aparentemente sin problema y nos percatamos de que va a chocar, muy sutilmente cambiamos su dirección tomándolo con mucha suavidad, después de un tiempo, se cambian las vendas. Es muy importante que nadie choque, se caiga o se estrese. El objetivo será que el paciente reconozca que nunca se encuentra solo, cuenta con una red de apoyo que le acompañará siempre en la búsqueda de soluciones.

Técnica: La octava maravilla.-El facilitador, previo a la sesión obtendrá una caja de cartón fuerte de tamaño mediano y la forra tal cual si fuere un regalo, lo más llamativa que sea posible, pero deja la parte superior sin sellar, de tal forma que se pueda abrir y cerrar; lo que tendrá la caja en el fondo será un espejo y se colocará en un espacio donde haya suficiente luz; en ese momento el facilitador pedirá a cada uno de los pacientes que vayan pasando a conocer a la “octava maravilla”; todos irán pasando, pero se les advierte que no pueden decir nada de lo que observen. El facilitador deberá provocar inquietud desde el inicio de la sesión diciendo: “casi al final conocerán la octava maravilla... y que será el mejor regalo que tendrán, incluso se puede decir que quien realice mejor el papel del sociodrama se llevará ese gran obsequio...”

El paciente comparte si lo desea su sentir al respecto de la actividad

¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir).- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad

Despedida y tarea: El facilitador pide al paciente que todos los días al despertar visualice su red de apoyo y el papel fundamental que desempeña él en esa red. Se da por terminada la sesión.

Séptima dosis

El facilitador da la bienvenida y comenta el contenido de la sesión

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo me siento física y emocionalmente? ¿Hice tarea?- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos. El facilitador pide a los pacientes que compartan cómo se sintieron al visualizar y reconocer esa red de apoyo y el papel que desempeñan en ella.

Contenido Educativo:

Importancia de los niveles de glucosa y técnica de auto-monitoreo de glucosa.- El facilitador explica la importancia de mantener los niveles de glucosa en rango y la técnica de automonitoreo de la glucosa.



Importancia de los niveles de glucosa

Se realiza una explicación de las imágenes de manera expositiva... De los aspectos que tienen que ver con el control de la glucosa ya hemos visto la alimentación, ejercicio, tratamiento farmacológico; únicamente tenemos pendiente la:

Técnica de automonitoreo de glucosa

La medición de la glucosa en sangre es un procedimiento sencillo en el que se usa un portalancetas o lápiz, una lanceta, una tira de prueba y el medidor. Averigüe si su medidor necesita codificarse con las tiras antes de usarse. No todos los medidores requieren esta codificación. Instrucciones generales:

- Lávese las manos o limpie con alcohol el dedo u otro sitio de medición. Si usa alcohol, déjelo secar antes de punzarse el dedo.
- Puncie en el sitio con el portalancetas o lápiz.
- Ponga una gotita de sangre en una tira de prueba.
- Siga las instrucciones que vienen con su medidor para insertar la tira de prueba. y usar el medidor de glucosa.
- En segundos, el medidor indicará su nivel de glucosa.
- La mayoría de estos dispositivos tienen diales que permiten escoger la profundidad con que la lanceta penetra en la piel. Empiece por una profundidad media. Si sale más sangre que la necesaria, escoja un número menor para que la lanceta no penetre tanto. Si sale poca sangre, escoja un número mayor para que la lanceta entre más.

La solución testigo contiene una cantidad conocida de glucosa. Cuando se aplique en una tira de prueba, la solución testigo deberá dar un valor igual al que indican el frasco, el envase de tiras o el instructivo que viene con éstas. Si el resultado no está dentro del margen de valores impreso, es posible que la tira o la solución testigo estén caducas, dañadas, no se hayan almacenado debidamente o no se hayan calibrado (ajustado) correctamente. Si esto llega a ocurrir, pida las instrucciones necesarias al fabricante del medidor, o bien el manual del usuario: proporciona información sobre su medidor. Después de leerlo, guárdelo en lugar seguro para poder encontrarlo si surge alguna duda sobre el medidor.

El paciente realiza, con supervisión la técnica de monitoreo de la glucosa.- El facilitador proporciona el material y equipo para que el paciente lleve a cabo el procedimiento y junto con el colaborador supervisa que realice la técnica de manera satisfactoria.

Contenido psicológico

Proyección de película.- El facilitador explica que se proyectará la película: “el discurso del rey”; se aprovecha para proporcionar botanas saludables, (zanahoria, pepino, manzana, por ejemplo).

Al concluir ¿Qué me deja la película?- El facilitador exhorta al paciente para que este exprese mediante lluvia de ideas que es lo importante para él de la película, ¿cómo se identifica con los personajes? ¿Cómo se destacan en la película los valores de libertad y toma de decisiones? ¿La expresión de las emociones en un espacio de seguridad? ¿el potencial del ser humano?

¿Cómo se siente física y emocionalmente? (al concluir).- El facilitador exhorta al paciente a que exprese la forma en la que se siente física y emocionalmente, le continua ayudando con el modelaje y reitera que se encuentra en un espacio de seguridad y que en esas condiciones es muy sano expresar genuinamente como nos sentimos.

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

Despedida y tarea: El facilitador Que diariamente el paciente de manera consciente decida algo diferente en cuanto a su cuidado. Se da por terminada la sesión.

Octava dosis

El facilitador da la bienvenida y comenta el contenido de la sesión

Toma de constantes vitales: T/A, FC, FR, temperatura.- El facilitador junto con el colaborador realizan la toma de signos vitales de todos los participantes y se anotan en la hoja de registro previamente diseñada para ello. Se cuida que siempre se realice el procedimiento en la misma posición y en la misma extremidad.

¿Cómo me siento física y emocionalmente? ¿Hice tarea? El paciente comparte la forma en la que se siente desde el punto de vista físico y emocional. Y si lo desea habla de alguna situación en la semana que se haya sentido libre y decidido a hacer algo, por pequeño que sea es importante.

Contenido educativo:

Un juego para recordar.- El facilitador explica las reglas del juego, la participación es por pareja, a cada una se le asigna una ficha, se realizará preguntas acerca del contenido de todo el curso con lo que el paciente podrá ir avanzando las casillas correspondientes. Gana quien más lejos llegue, pero también se asignará una ficha a la ignorancia.

Contenido psicológico:

Herramientas necesarias para el éxito en mi vida. Todos fuimos creados y dotados con las herramientas necesarias para triunfar y que están al alcance de todos, ¿Cuáles son estas herramientas?

1. Tener un propósito en la vida
2. Ser perseverante
3. No dejarse llevar por el que dirán
4. Autoestima
5. Actitud positiva
6. Tener valentía y coraje
7. Imaginación y creatividad
8. Saber decretar
9. Ser responsable
10. Dar para poder recibir
11. Saber agradecer

En un acto de amor y respeto a mi persona y dándome la importancia que tengo como ser humano único e irrepetible:

ME COMPROMETO A:

1. Acudir a todas las sesiones (ocho en total) todos los viernes de 9:00 a 12:00 horas.
2. A permanecer atento a la información que se me proporcione porque sé que es importante para mi salud.
3. A realizar gustosamente las técnicas diseñadas especialmente para mi crecimiento como persona.
4. A respetar mi tiempo y el tiempo de los demás siendo puntual.
5. A realizar las pequeñas tareas que se me pidan
6. A estar presente en cuerpo y alma
7. Aprender a cuidarme física y emocionalmente tanto como me sea posible.

TENGO DERECHO A:

1. Retirarme a concluir la sesión
2. A expresarme plenamente siempre y cuando no me lastime a mí mismo, ni lastime a nadie
3. A ser escuchado y respetado
4. A tener mis propios pensamientos y sentimientos

Yo soy 100% responsable de los resultados que obtenga de este taller y estoy enterado y enterada de que entre más participe, mejores resultados tendré.

FIRMA:

Bitácora constantes vitales de los pacientes pre y post sesión

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA/ SESIÓN	PRE SESIÓN						POST SESIÓN					
	T/A mmHg	FC L x m	FR R x m	Temp °C	Sat %	DX mg/dl	T/A mmHg	FC L x m	FR R x m	Temp °C	Sat %	DX mg/dl
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

Instructions for Scientific, Technological and Innovation Publication

[Título en Times New Roman y Negritas No. 14 en Español e Inglés]

Apellidos (EN MAYUSCULAS), Nombre del 1^{er} Autor†*, Apellidos (EN MAYUSCULAS), Nombre del 1^{er} Coautor, Apellidos (EN MAYUSCULAS), Nombre del 2^{do} Coautor y Apellidos (EN MAYUSCULAS), Nombre del 3^{er} Coautor

Institución de Afiliación del Autor incluyendo dependencia (en Times New Roman No.10 y Cursiva)

International Identification of Science - Technology and Innovation

ID 1^{er} Autor: (ORC ID - Researcher ID Thomson, arXiv Author ID - PubMed Autor ID - Open ID) y CVU 1^{er} Autor: (Becario-PNPC o SNI-CONACYT) (No.10 Times New Roman)

ID 1^{er} Coautor: (ORC ID - Researcher ID Thomson, arXiv Author ID - PubMed Autor ID - Open ID) y CVU 1^{er} Coautor: (Becario-PNPC o SNI-CONACYT) (No.10 Times New Roman)

ID 2^{do} Coautor: (ORC ID - Researcher ID Thomson, arXiv Author ID - PubMed Autor ID - Open ID) y CVU 2^{do} Coautor: (Becario-PNPC o SNI-CONACYT) (No.10 Times New Roman)

ID 3^{er} Coautor: (ORC ID - Researcher ID Thomson, arXiv Author ID - PubMed Autor ID - Open ID) y CVU 3^{er} Coautor: (Becario-PNPC o SNI-CONACYT) (No.10 Times New Roman)

(Indicar Fecha de Envío: Mes, Día, Año); Aceptado (Indicar Fecha de Aceptación: Uso Exclusivo de ECORFAN)

Citación: Primer letra (EN MAYUSCULAS) del Nombre del 1^{er} Autor. Apellido, Primer letra (EN MAYUSCULAS) del Nombre del 1^{er} Coautor. Apellido, Primer letra (EN MAYUSCULAS) del Nombre del 2^{do} Coautor. Apellido, Primer letra (EN MAYUSCULAS) del Nombre del 3^{er} Coautor. Apellido

Correo institucional [Times New Roman No.10]

Primera letra (EN MAYUSCULAS) del Nombre Editores. Apellidos (eds.) *Título del Book [Times New Roman No.10]*, Temas Selectos del área que corresponde ©ECORFAN- Filial, Año.

Abstract

Texto redactado en Times New Roman No.12, espacio sencillo, en inglés.

Indicar (3-5) palabras clave en Times New Roman y Negritas No.12

1 Introducción

Texto redactado en Times New Roman No.12, espacio sencillo.

Explicación del tema en general y explicar porque es importante.

¿Cuál es su valor agregado respecto de las demás técnicas?.

Enfocar claramente cada una de sus características.

Explicar con claridad el problema a solucionar y la hipótesis central.

Explicación de las secciones del Capítulo.

Desarrollo de Secciones y Apartados del Capítulo con numeración subsecuente

[Título en Times New Roman No.12, espacio sencillo y Negrita]

Desarrollo de Capítulos en Times New Roman No.12, espacio sencillo.

Inclusión de Gráficos, Figuras y Tablas-Editables

En el *contenido del Capítulo* todo gráfico, tabla y figura debe ser editable en formatos que permitan modificar tamaño, tipo y número de letra, a efectos de edición, estas deberán estar en alta calidad, no pixeladas y deben ser notables aun reduciendo la imagen a escala.

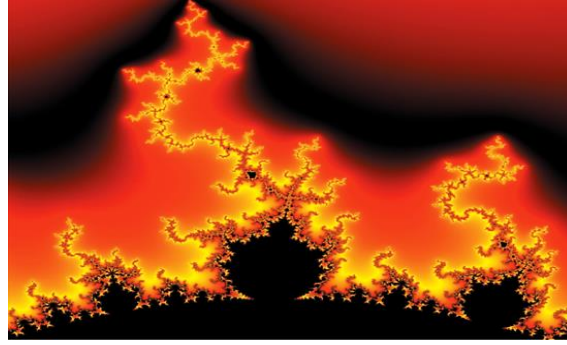
[Indicando el título en la parte Superior con Times New Roman No.12 y Negrita, señalando la fuente en la parte Inferior centrada con Times New Roman No. 10]

Tabla 1.1 Título

Variable	Descripción	Valor
P ₁	Partición 1	481.00
P ₂	Partición 2	487.00
P ₃	Partición 3	484.00
P ₄	Partición 4	483.50
P ₅	Partición 5	484.00
P ₆	Partición 6	490.79
P ₇	Partición 7	491.61

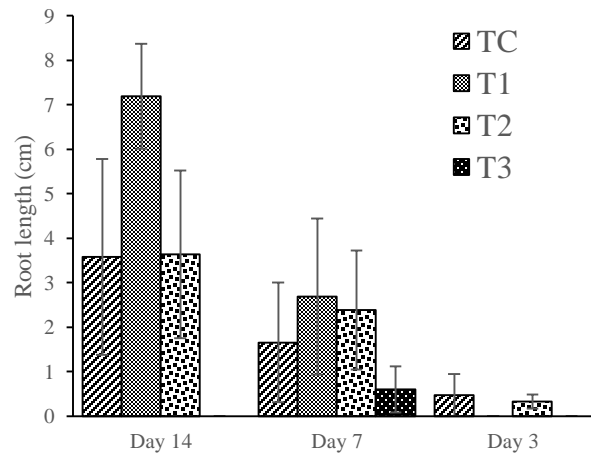
Fuente de Consulta:
(No deberán ser imágenes, todo debe ser editable)

Figura 1.1 Título



Fuente de Consulta:
(No deberán ser imágenes, todo debe ser editable)

Gráfico 1.1 Título



Fuente de Consulta:
(No deberán ser imágenes, todo debe ser editable)

Cada Capítulo deberá presentar de manera separada en **3 Carpetas**: a) Figuras, b) Gráficos y c) Tablas en formato .JPG, indicando el número en Negrita y el Título secuencial.

Para el uso de Ecuaciones, señalar de la siguiente forma:

$$\int_{lim^{-1}}^{lim^1} = \int \frac{lim^1}{lim^{-1}} = \left[\frac{1(-1)}{lim} \right]^2 = \frac{(0)^2}{lim} = \sqrt{lim} = 0 = 0 \rightarrow \infty \quad (1)$$

Deberán ser editables y con numeración alineada en el extremo derecho.

Metodología a desarrollar

Dar el significado de las variables en redacción lineal y es importante la comparación de los criterios usados.

Resultados

Los resultados deberán ser por sección del Capítulo.

Anexos

Instructions for Scientific, Technological and Innovation Publication

Tablas y fuentes adecuadas.

Agradecimiento

Indicar si fueron financiados por alguna Institución, Universidad o Empresa.

Conclusiones

Explicar con claridad los resultados obtenidos y las posibilidades de mejora.

Referencias

Utilizar sistema APA. **No** deben estar numerados, tampoco con viñetas, sin embargo en caso necesario de numerar será porque se hace referencia o mención en alguna parte del Capítulo.

Ficha Técnica

Cada Capítulo deberá presentar en un documento Word (.docx):

Nombre del Book

Título del Capítulo

Abstract

Keywords

Secciones del Capítulo, por ejemplo:

1. *Introducción*
2. *Descripción del método*
3. *Análisis a partir de la regresión por curva de demanda*
4. *Resultados*
5. *Agradecimiento*
6. *Conclusiones*
7. *Referencias*

Nombre de Autor (es)

Correo Electrónico de Correspondencia al Autor

Referencias

Requerimientos de Propiedad Intelectual para su edición:

-Firma Autógrafa en Color Azul del Formato de Originalidad del Autor y Coautores

-Firma Autógrafa en Color Azul del Formato de Aceptación del Autor y Coautores

Reserva a la Política Editorial

ECORFAN Books se reserva el derecho de hacer los cambios editoriales requeridos para adecuar la Obra Científica a la Política Editorial del ECORFAN Books. Una vez aceptada la Obra Científica en su versión final, el ECORFAN Books enviará al autor las pruebas para su revisión. ECORFAN® únicamente aceptará la corrección de erratas y errores u omisiones provenientes del proceso de edición de la revista reservándose en su totalidad los derechos de autor y difusión de contenido. No se aceptarán supresiones, sustituciones o añadidos que alteren la formación de la Obra Científica.

Código de Ética – Buenas Prácticas y Declaratoria de Solución a Conflictos Editoriales

Declaración de Originalidad y carácter inédito de la Obra Científica, de Autoría, sobre la obtención de datos e interpretación de resultados, Agradecimientos, Conflicto de intereses, Cesión de derechos y distribución.

La Dirección de ECORFAN-México, S.C reivindica a los Autores de la Obra Científica que su contenido debe ser original, inédito y de contenido Científico, Tecnológico y de Innovación para someterlo a evaluación.

Los Autores firmantes de la Obra Científica deben ser los mismos que han contribuido a su concepción, realización y desarrollo, así como a la obtención de los datos, la interpretación de los resultados, su redacción y revisión. El Autor de correspondencia de la Obra Científica propuesto requisitara el formulario que sigue a continuación.

Título de la Obra Científica:

- El envío de una Obra Científica a ECORFAN Books emana el compromiso del autor de no someterlo de manera simultánea a la consideración de otras publicaciones seriadas para ello deberá complementar el Formato de Originalidad para su Obra Científica, salvo que sea rechazado por el Comité de Arbitraje, podrá ser retirado.
- Ninguno de los datos presentados en esta Obra Científica ha sido plagiado ó inventado. Los datos originales se distinguen claramente de los ya publicados. Y se tiene conocimiento del testeo en PLAGSCAN si se detecta un nivel de plagio Positivo no se procederá a arbitrar.
- Se citan las referencias en las que se basa la información contenida en la Obra Científica, así como las teorías y los datos procedentes de otras Obras Científicas previamente publicados.
- Los autores firman el Formato de Autorización para que su Obra Científica se difunda por los medios que ECORFAN-México, S.C. en su Holding México considere pertinentes para divulgación y difusión de su Obra Científica cediendo sus Derechos de Obra Científica.
- Se ha obtenido el consentimiento de quienes han aportado datos no publicados obtenidos mediante comunicación verbal o escrita, y se identifican adecuadamente dicha comunicación y autoría.
- El Autor y Co-Autores que firman este trabajo han participado en su planificación, diseño y ejecución, así como en la interpretación de los resultados. Asimismo, revisaron críticamente el trabajo, aprobaron su versión final y están de acuerdo con su publicación.
- No se ha omitido ninguna firma responsable del trabajo y se satisfacen los criterios de Autoría Científica.
- Los resultados de esta Obra Científica se han interpretado objetivamente. Cualquier resultado contrario al punto de vista de quienes firman se expone y discute en la Obra Científica.

Copyright y Acceso

La publicación de esta Obra Científica supone la cesión del copyright a ECORFAN-Mexico, S.C en su Holding México para su ECORFAN Books, que se reserva el derecho a distribuir en la Web la versión publicada de la Obra Científica y la puesta a disposición de la Obra Científica en este formato supone para sus Autores el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Ciencia y Tecnología de los Estados Unidos Mexicanos, en lo relativo a la obligatoriedad de permitir el acceso a los resultados de Investigaciones Científicas.

Título de la Obra Científica:

Nombre y apellidos del Autor de contacto y de los Coautores	Firma
1.	
2.	
3.	
4.	

Principios de Ética y Declaratoria de Solución a Conflictos Editoriales

Responsabilidades del Editor

El Editor se compromete a garantizar la confidencialidad del proceso de evaluación, no podrá revelar a los Árbitros la identidad de los Autores, tampoco podrá revelar la identidad de los Árbitros en ningún momento.

El Editor asume la responsabilidad de informar debidamente al Autor la fase del proceso editorial en que se encuentra el texto enviado, así como de las resoluciones del arbitraje a Doble Ciego.

El Editor debe evaluar los manuscritos y su contenido intelectual sin distinción de raza, género, orientación sexual, creencias religiosas, origen étnico, nacionalidad, o la filosofía política de los Autores.

El Editor y su equipo de edición de los Holdings de ECORFAN® no divulgarán ninguna información sobre la Obra Científica enviado a cualquier persona que no sea el Autor correspondiente.

El Editor debe tomar decisiones justas e imparciales y garantizar un proceso de arbitraje por pares justa.

Responsabilidades del Consejo Editorial

La descripción de los procesos de revisión por pares es dado a conocer por el Consejo Editorial con el fin de que los Autores conozcan cuáles son los criterios de evaluación y estará siempre dispuesto a justificar cualquier controversia en el proceso de evaluación. En caso de Detección de Plagio a la Obra Científica el Comité notifica a los Autores por Violación al Derecho de Autoría Científica, Tecnológica y de Innovación.

Responsabilidades del Comité Arbitral

Los Árbitros se comprometen a notificar sobre cualquier conducta no ética por parte de los Autores y señalar toda la información que pueda ser motivo para rechazar la publicación de la Obra Científica. Además, deben comprometerse a mantener de manera confidencial la información relacionada con la Obra Científica que evalúan.

Cualquier manuscrito recibido para su arbitraje debe ser tratado como documento confidencial, no se debe mostrar o discutir con otros expertos, excepto con autorización del Editor.

Los Árbitros se deben conducir de manera objetiva, toda crítica personal al Autor es inapropiada.

Los Árbitros deben expresar sus puntos de vista con claridad y con argumentos válidos que contribuyan al que hacer Científico, Tecnológica y de Innovación del Autor.

Los Árbitros no deben evaluar los manuscritos en los que tienen conflictos de intereses y que se hayan notificado al Editor antes de someter la Obra Científica a evaluación.

Responsabilidades de los Autores

Los Autores deben garantizar que sus Obras Científicas son producto de su trabajo original y que los datos han sido obtenidos de manera ética.

Los Autores deben garantizar no han sido previamente publicados o que no estén siendo considerados en otra publicación seriada.

Los Autores deben seguir estrictamente las normas para la publicación de Obra Científica definidas por el Consejo Editorial.

Los Autores deben considerar que el plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética editorial y es inaceptable, en consecuencia, cualquier manuscrito que incurra en plagio será eliminado y no considerado para su publicación.

Los Autores deben citar las publicaciones que han sido influyentes en la naturaleza de la Obra Científica presentado a arbitraje.

Servicios de Información

Indización - Bases y Repositorios

RESEARCH GATE (Alemania)

MENDELEY (Gestor de Referencias bibliográficas)

GOOGLE SCHOLAR (Índices de citas-Google)

REDIB (Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico- CSIC)

Servicios Editoriales

Identificación de Citación e Índice H

Administración del Formato de Originalidad y Autorización

Testeo de Books con PLAGSCAN

Evaluación de Obra Científica

Emisión de Certificado de Arbitraje

Edición de Obra Científica

Maquetación Web

Indización y Repositorio

Publicación de Obra Científica

Certificado de Obra Científica

Facturación por Servicio de Edición

Política Editorial y Administración

143 - 50 Itzopan, Ecatepec de Morelos – México. Tel: +52 1 55 6159 2296, +52 1 55 1260 0355, +52 1 55 6034 9181; Correo electrónico: contact@ecorfan.org www.ecorfan.org

ECORFAN®

Editor en Jefe

VARGAS-DELGADO, Oscar. PhD

Directora Ejecutiva

RAMOS-ESCAMILLA, María. PhD

Director Editorial

PERALTA-CASTRO, Enrique. MsC

Diseñador Web

ESCAMILLA-BOUCHAN, Imelda. PhD

Diagramador Web

LUNA-SOTO, Vladimir. PhD

Asistentes Editoriales

SORIANO-VELASCO, Jesus. BsC

Traductor

DÍAZ-OCAMPO, Javier. BsC

Filóloga

RAMOS-ARANCIBIA, Alejandra. BsC

Publicidad y Patrocinio

(ECORFAN®- Mexico- Bolivia- Spain- Ecuador- Cameroon- Colombia- El Salvador- Guatemala- Nicaragua- Peru- Paraguay- Democratic Republic of The Congo- Taiwan), sponsorships@ecorfan.org

Licencias del Sitio

03-2010-032610094200-01-Para material impreso, 03-2010-031613323600-01-Para material electrónico, 03-2010-032610105200-01-Para material fotográfico, 03-2010-032610115700-14-Para Compilación de Datos, 04 -2010-031613323600-01-Para su página Web, 19502-Para la Indización Iberoamericana y del Caribe, 20-281 HB9-Para la Indización en América Latina en Ciencias Sociales y Humanidades, 671-Para la Indización en Revistas Científicas Electrónicas España y América Latina, 7045008-Para su divulgación y edición en el Ministerio de Educación y Cultura-España, 25409-Para su repositorio en la Biblioteca Universitaria-Madrid, 16258-Para su indexación en Dialnet, 20589-Para Indización en el Directorio en los países de Iberoamérica y el Caribe, 15048-Para el registro internacional de Congresos y Coloquios. financingprograms@ecorfan.org

Oficinas de Gestión

143 - 50 Itzopan, Ecatepec de Morelos – México.

21 Santa Lucía, CP-5220. Libertadores -Sucre – Bolivia.

38 Matacerquillas, CP-28411. Morazarzal –Madrid-España.

18 Marcial Romero, CP-241550. Avenida, Salinas I - Santa Elena-Ecuador.

1047 Avenida La Raza -Santa Ana, Cusco-Perú.

Boulevard de la Liberté, Immeuble Kassap, CP-5963.Akwa- Douala-Camerún.

Avenida Suroeste, San Sebastian - León-Nicaragua.

31Kinshasa 6593- Republique Démocratique du Congo.

Avenida San Quentin, R 1-17 Miralvalle - San Salvador-El Salvador.

16 kilómetros, carretera estadounidense, casa Terra Alta, D7 Mixco Zona 1-Guatemala.

105 Alberdi Rivarola Capitán, CP-2060. Luque City- Paraguay.

69 Calle Distrito YongHe, Zhongxin. Taipei-Taiwán.

43 Calle # 30 -90 B. El Triunfo CP.50001. Bogotá-Colombia

