

**PERCEPCIONES DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA GRUPAL
PROPUESTA A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2, UN ESTUDIO REALIZADO
EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ DURANTE EL AÑO 2017**

**CERVANTES BARRIOS CLAUDIA PATRICIA
VOTTO MAINIERI YOLANDA CONSUELO**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Facultad de Medicina
Especialización en Medicina Familiar
Bogotá D.C. 2018**

PERCEPCIONES DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA GRUPAL
PROPUESTA A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2, UN ESTUDIO REALIZADO EN
UNA IPS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ DURANTE EL AÑO 2017

Investigación Postgrado

Investigadores principales:
Cervantes Barrios Claudia Patricia
Votto Mainieri Yolanda Consuelo

Asesor Metodológico:
Gómez Gómez Olga Victoria
Rodríguez Escobar Mauricio Alberto

Asesor Temático:
Acevedo Castaño Allison Vanesa
Gómez Gómez Olga Victoria

Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Especialización en Medicina Familiar
Salud Familiar, Medicina Familiar y Atención Primaria
Bogotá D.C. 2018

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

AGRADECIMIENTO

A Dios, que todo lo permite y a nuestras familias, que siempre nos apoyaron y nos dieron el impulso para seguir. A las Instituciones y personas que creyeron en este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. <i>Pregunta de investigación</i>	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. ESTADO DEL ARTE	16
4. OBJETIVOS	20
4.1. <i>Objetivo General</i>	20
4.2. <i>Objetivos Específicos</i>	20
5. MARCO DE REFERENCIA	21
5.1. <i>La diabetes como problema de salud pública a nivel mundial y en Colombia</i>	21
5.2. <i>Gestión del riesgo y la educación como parte de la gestión en diabetes</i>	22
5.3. <i>Propuestas educativas, y su necesidad de evaluación</i>	24
5.4. <i>Estrategia educativa planteada en la Institución Prestadora de Salud</i>	26
5.5. <i>La mirada fenomenológica y su utilidad</i>	31
6. METODOLOGÍA DEL PROYECTO	33
6.1. <i>Tipo de Estudio</i>	33
6.2. <i>Población y muestra</i>	33
6.3. <i>Métodos y técnicas de recolección</i>	34
6.4. <i>Consideraciones éticas</i>	40
7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	42
8. RESULTADOS	44
9. DISCUSIÓN	58
10. CONCLUSIONES	65
11. CRONOGRAMA	67
12. PRESUPUESTO	68
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS

	Pags.
Tabla No.1	28
Tabla No.2	30
Tabla No.3	36
Tabla No.4	42
Tabla No.5	46

Actualmente los programas de pacientes con enfermedades crónicas vigentes a nivel de atención primaria de salud en Colombia realizan estrategias con el objetivo de alcanzar las metas de control glucémico para reducir los riesgos y complicaciones secundarias de esta enfermedad. Sin embargo, hasta la fecha no tenemos evidencia que demuestre que las medidas tomadas tengan un impacto en el paciente diagnosticado con diabetes en nuestro entorno. Por lo tanto, para tener un abordaje integral de su tratamiento, se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, aplicado a una población colombiana afiliada a un IPS del régimen contributivo de la ciudad de Bogotá, con diagnóstico confirmado de diabetes y sin control glucémico, que fueron invitados a participar en una estrategia educativa lúdica llamada "Jugar, aprender y vencer a la diabetes". La cual tenía información sobre conceptos y recomendaciones que un paciente con este diagnóstico debería tener en cuenta. Al finalizar esta actividad educativa, se llevaron a cabo una serie de grupos focales y entrevistas semiestructuradas, teniendo en cuenta la opinión de los pacientes y educadores para determinar las percepciones que tenían de la actividad, su motivación de asistencia o no, las limitaciones externas, la percepción personal y social de la enfermedad y el contenido de la información. Los resultados del estudio pueden tenerse en cuenta para futuras intervenciones en programas de educación diabética, porque de esta manera es probable que la estrategia educativa tenga un mayor impacto en esta población con mejores resultados futuros.

Diabetes, educación, percepciones.

Currently the programs of patients with chronic diseases in force at the level of primary health care in Colombia perform strategies in pursuit of achieving goals of glycemic control to reduce risks and secondary complications of this disease. However, to date we do not have evidence to show that the measures taken have an impact on the patient diagnosed with diabetes in our environment. Therefore, in order to have a comprehensive approach to its treatment, a qualitative study was conducted with a phenomenological approach, applied to a Colombian population affiliated with an IPS of the contributory regime of Bogotá city, with a confirmed diagnosis of diabetes and with poor glycemic control, who were invited to participate in a playful educational strategy called "Play, Learn and Beat Diabetes." which had information on concepts and recommendations that a patient with this diagnosis should take into account. At the end of this educational activity, a series of focus groups and semi-structured interviews were carried out, taking into account the opinion of the patients and educators in order to determine the perceptions they had of the activity, their motivation for assistance or not, the external limitations, the personal and social perception of the disease, and the content of the information. The results of the study can be taken into account for future interventions in diabetes education programs, because in this way it is likely that the educational strategy has a greater impact on this population with better future results.

Diabetes, education, perceptions.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el 2015 más de 415 millones de personas tenían diabetes en el mundo, para el 2040 se estima un incremento a 642 millones de personas, lo que implica un reto para la salud mundial. (1) El impacto económico de esta enfermedad, para finales del 2015 oscilaba entre USD 673 billones y USD 1,197 billones de los gastos totales de los cuidados de salud. (1)

En Latinoamérica según el estudio CARMELA llevado a cabo entre Septiembre de 2003 y Agosto de 2005, la prevalencia de diabetes mellitus en el grupo etario de 55 a 64 años, fue entre el 9% y el 22%, y la prevalencia de glucemia alterada en ayunas (pre diabetes) fue entre el 3% y el 6% (2) La Federación Internacional de Diabetes (IDF) reportó una prevalencia de diabetes en Latinoamérica en la población adulta para el 2015 de 9.4%. (1)

Según el Observatorio Nacional de Salud en Colombia, anualmente se presenta en promedio 5.650 muertes asociados a DM en ambos sexos, siendo mayor la proporción de muertes en mujeres (58%) que en hombres (42%) La diabetes se ubica dentro de las primeras 10 causas de mortalidad general, convirtiéndose en una causa prevenible en más del 50% de los casos. Datos del 2014 reportados por el observatorio, indicaron que la mortalidad por diabetes es mayor en los departamentos de Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca. (3)

La cuenta de alto costo de enfermedad renal crónica mostró que la prevalencia de diabetes para el 2015 en Colombia fue de 1.9% (régimen contributivo 2,98 y régimen

subsidiado 0,8), lo que muestra una gran diferencia en los datos obtenidos a nivel mundial y de Latinoamérica, evidenciando importantes problemas en la detección y diagnóstico de los pacientes y en los sistemas de registro en el país. (4)

Como se ha documentado la diabetes ha tenido un crecimiento importante, comportándose como una epidemia mundial que genera un alto impacto socio económico; por tanto requiere una atención especial que pueda brindar estrategias en su prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento con el fin de disminuir su propagación y el desarrollo de secuelas que conllevan a un incremento en la morbilidad y los costos en salud.

Como parte de las estrategias mundiales para el manejo y control de la diabetes, en la primera línea de tratamiento de esta patología se recomienda hacer un especial énfasis en la educación orientada en los cambios de estilo de vida, (1) a cargo de un equipo coordinado multidisciplinario y especializado en el cuidado de la salud con alto nivel de calidad para los pacientes con diabetes. (5) Se ha recomendado que los programas educativos en diabetes deben incluir sesiones grupales de 5 a 10 personas y debe ser dictado por un profesional de salud, preferiblemente un educador en diabetes certificado, permitiendo que el paciente conozca su enfermedad y se empodere para auto-controlarse. (6) Es por esto que la educación para esta patología se convierte en un objetivo primordial para intervenir en el campo de atención primaria.

Hasta el momento las estrategias educativas planteadas en Colombia se han basado en las experiencias internacionales, extrapolando la información a la población colombiana, sin tener en cuenta las diferencias demográficas, sociales, económicas, culturales y

familiares que podrían impactar en la sociedad. Por tanto, consideramos es de vital importancia empezar a conocer, las impresiones y opiniones que pueden tener los pacientes acerca de las estrategias educativas, lo que los motiva o por el contrario los hace resistentes a acudir a este tipo de actividades y si creen adecuada la metodología para recibir educación en diabetes. (7-10)

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, consideramos oportuno realizar un estudio que refleje las percepciones en nuestro medio de un grupo de pacientes a quienes se les invitó a participar de una estrategia educativa para generar o mejorar su conocimiento en la enfermedad. La población objeto de nuestro estudio será tomada de una Institución Prestadora de Salud, del régimen contributivo de la ciudad de Bogotá (Colombia), de los cuales el 5% de la población (57.000 pacientes) tienen diagnóstico de Diabetes. En la actualidad los pacientes son atendidos en la Unidad de Atención primaria por medio de un programa multidisciplinario de atención en patologías crónicas en donde se implementan principalmente estilos de educación basados en la consejería. Hasta el momento, no se cuenta con un estudio que evalúe las percepciones que tienen los pacientes, sobre la educación en diabetes.

1.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones de las estrategias educativas grupales propuestas a una población de pacientes con diagnósticos de diabetes tipo 2?

2. JUSTIFICACIÓN

La diabetes se considera una enfermedad crónica y de interés en salud pública. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas son aquellas que tiene una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención. (29).

Las enfermedades crónicas no transmisibles generaron en el 2008, 57 millones de muertes a nivel mundial, siendo las principales causas de estas muertes las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades crónicas respiratorias (11). El 80% de estas defunciones ocurrieron principalmente en los países de medianos y bajos ingresos. (12 y 13)

En los últimos años, las políticas en salud en nuestro país, entendiendo la problemática de estas enfermedades crónicas, han dirigido sus esfuerzos para tomar medidas que ayuden a vigilar, controlar y combatir este tipo de patologías. De esta manera, en Colombia a través del acuerdo 117 de 1998 se establece la atención de enfermedades de interés en salud pública, definiéndose; como aquellas patologías que presentan un alto impacto en la salud colectiva y que ameritan una atención y seguimiento especial. Dentro de este grupo de interés la diabetes como condición, requiere de una atención oportuna y un apropiado seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables. (14)

El plan decenal de salud de Colombia (2012-2021) a través de la dimensión de vida saludable, plantea una serie de políticas e intervenciones para promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad la promoción de la salud y el control de las enfermedades no transmisibles. De esta manera se crearon programas socio-sanitarios, para combatir la pobreza, fortalecer el desarrollo socioeconómico y lograr la reducción a la exposición de los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida. (15)

Considerando entonces que la diabetes es un problema de salud pública y que la política en salud nacional tiene como objetivos la prevención y promoción, (16) se hace indispensable implementar estrategias educativas dirigidas a la población encaminadas a fortalecer los pilares básicos del tratamiento de la diabetes. Además, las intervenciones educativas en personas con diabetes tipo 2, como se documenta en las guías de atención, demuestran ser efectivas con la práctica usual, logrando una reducción significativa de hasta en 1.4% hemoglobina glicosilada (HbA1c) con impacto en otras comorbilidades que acompañan a la diabetes. (6)

Existen diversas estrategias educativas, sin embargo, actualmente la corrientes pedagógicas enfocan los procesos de aprendizaje “centrados en la persona”, lo que condiciona a los educadores a poseer conocimientos y habilidades necesarias para favorecer un diálogo y una discusión con el paciente cambiando de manera voluntaria su comportamiento, y así él mismo pueda gestionar su enfermedad, haciendo un giro sobre el paradigma “antiguo” en donde únicamente se le decía al paciente sobre lo que tenía que

hacer. Hoy en día los educadores, deben facilitar la educación favoreciendo el empoderamiento con el fin de guiar al paciente para utilizar sus habilidades. (17)

De esta manera, vemos como se torna necesario describir las experiencias que tienen los pacientes al ser incluidos en participar de una estrategia educativa impartida en una Unidad de Atención Primaria en la ciudad de Bogotá, a fin de exponer si la educación aplicada desde una metodología lúdica a una población con nuestras características demográficas, logra los objetivos de brindar al paciente experiencias positivas e información que pueda en algún momento desencadenar en la toma de decisiones y prácticas cotidianas de vida saludable; facilitando de esta manera su empoderamiento y autocuidado contribuyendo así a la disminución de riesgos y complicaciones de la diabetes.

Por todo esto, la búsqueda del mejor modelo de educación que favorezca a una población determinada mediante la descripción de las experiencias que los pacientes tienen de las actividades educativas que se imparten, es fundamental para persistir en el primer escalón del manejo del paciente. Generando así, políticas en salud que ayuden a obtener un mejor control glucémico en la población diabética y una estrategia educativa a implementar a nivel de atención primaria, teniendo en cuenta las características demográficas de cada población.

Los resultados de este estudio permitirán conocer y apreciar las opiniones de un grupo de pacientes con esta patología, posibilitando a su vez mejorar los procesos educativos en la atención de los pacientes con diagnóstico de diabetes, brindando información que pueda servir al momento de implementar este tipo de estrategias educativas en los programas de

pacientes crónicos. A su vez, favorecerá conocer las percepciones que tienen los pacientes del programa educativo implementado y la percepción de utilidad acerca del impacto en el cambio de su estilo de vida, buscando además describir las barreras para el acceso que pueden encontrar este grupo de pacientes para el ingreso o continuidad del programa educativo.

3. ESTADO DEL ARTE

Las principales revisiones de la literatura hasta el momento son enfocadas hacia la percepción que el paciente, el cuidador o incluso los profesionales de la salud tienen de la enfermedad o del cómo el ambiente biopsicosocial interviene en el manejo de la patología. (18) pero no se ha descrito las percepciones que los pacientes tienen acerca de las diferentes estrategias educativas que se han desarrollado para brindar educación en salud siendo este el primer escalón de tratamiento en diabetes; lo que no permite identificar las posibles razones por las que los pacientes acuden o no a este tipo de actividades, si verdaderamente brindan herramientas para su autocuidado, si la información recibida es fácil de poner en práctica en su vida diaria, o si la metodología utilizada los motiva etc. lo que pudiera influir en la adecuada adherencia en el manejo de diabetes y el mal control glucémico que presentan los pacientes que acuden a los diferentes programas de atención primaria.

Dentro de estas revisiones, existen pocos estudios clínicos que demuestren la efectividad de las intervenciones educativas a largo plazo. Se han reportado seguimientos de hasta 5 años que demuestran un menor deterioro del control de la glucemia, con efectos favorables adicionales sobre el peso y la presión arterial. Sin embargo, la deserción de los programas oscila entre el 25 y el 33%, lo que limitaría su adecuada implementación en nuestro medio. (6)

Un ejemplo de ello, es el estudio Look AHEAD cuyo objetivo es demostrar reducción de eventos cardiovasculares con intervenciones intensivas del estilo de vida a los pacientes,

dirigida a perder y mantener la pérdida de al menos un 7% del peso corporal y a incrementar la actividad física en personas con Diabetes Tipo 2. Este estudio evidencia como a los 4 años de seguimiento, se obtuvo una pérdida promedio de alrededor de 6 Kg con mejoría de otros parámetros clínicos. Concluyendo así, que se puede esperar una durabilidad del efecto de la intervención realizada superando los 2 años, e incluso hasta los 4 a 5 años. (19)

Además del tiempo efectivo de duración de las estrategias educativas, se debe tener en cuenta que dichas intervenciones en diabetes, llevan a cabo procesos evolutivos que comprenden dos parámetros importantes, el primero de ellos que abordaría ¿Qué educar? y el segundo ¿Cómo educar?

Por citar un caso, el Instituto Joslin ubicado en Boston, Massachusetts, lleva a cabo procesos de investigación en diabetes, teniendo en cuenta la atención clínica, la educación y los programas de salud y bienestar en una escala global. Dentro de ellas, una sus estas estrategias educativas se denomina: “comiendo bien, cuando tienes diabetes” en donde los participantes aprenden acerca de la planificación de comidas, la alimentación saludable y el impacto de los alimentos en glucosa en la sangre. La clase se centra en la comprensión de qué alimentos contienen hidratos de carbono, la cantidad de carbohidratos en tamaño de las porciones normales de alimentos, el efecto del tamaño de la porción de glucosa en la sangre y la lectura de las etiquetas. Cada participante recibe un plan de alimentación, lo que indica el total diario de hidratos de carbono y el total que se necesita en cada comida (20), de esta manera se empodera al paciente acerca de sus hábitos alimentarios, y las decisiones a tomar en el momento de elegir sus alimentos.

Se han propuesto a su vez esquemas flexibles para la educación que se pueden elaborar a partir de las necesidades de cada sociedad o comunidad. Se trabaja en primera medida teniendo en cuenta la percepción del paciente y del personal de la salud en modelos de educación, buscando la participación activa del paciente en dichos modelos, la interacción entre los propios pacientes para intercambiar enseñanzas de la patología, liderado por un profesional de la salud que guíe este esquema educativo.

La mayoría de modelos educativos que se han propuesto en el mundo, están realizados bajo medidas de seguimiento específicos, muchos de ellos utilizando pautas estructuradas para evaluar si una educación intensiva con controles y seguimientos muy estrictos de los pacientes mejora el control glucémico versus una educación convencional, pero vemos en la práctica médica diaria y en los programas de crónicos que realizar una intervención educativa no es fácil, debido a los diferentes factores que intervienen en la adherencia y la asistencia de los pacientes a esta clase de intervenciones educativas, en donde algunos no acuden por disponibilidad de tiempo, problemas de transporte, problemas de afiliación al sistema de salud, entre otros, lo que impacta de manera importante en los resultados educativos y de seguimiento a este tipo de pacientes con patologías crónicas.(21, 22)

Frente a lo anterior, un estudio cubano ha realizado investigaciones para establecer la relación que existe entre los pacientes con diabetes y el conocimiento de su enfermedad, demostrando que más de la mitad de los pacientes con diabetes, incumplen en lo relacionado con la dieta y el ejercicio físico, teniendo además un insuficiente conocimiento de su enfermedad, a pesar de los esfuerzos que se realizan para educar en diabetes. (23)

Por tanto, se hace necesario evaluar si el cambio en un enfoque educativo favorece en las decisiones que tomen los pacientes con respecto a su enfermedad. Es por esto que surge la necesidad de desarrollar investigaciones que indaguen las percepciones que los pacientes tienen de las actividades realizadas en educación, incluyendo en ellas la temática tratada, sus motivaciones para asistir y las experiencias frente al medio externo que limita su continuidad en las actividades con el fin de responder a las diferentes causas de incumplimiento en el manejo no farmacológico y conocimiento de la enfermedad. Se hace entonces importante, además de lo anterior tener en cuenta a otro actor que participa en la educación de los pacientes, en este caso las Enfermeras Jefes quienes son las encargadas de impartir la actividad educativa, describiendo las percepciones que tienen ellas como educadores de la actividad realizada, sus experiencias en ello y su percepción en el proceso de aprendizaje de los pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1. *Objetivo General*

Describir las percepciones de las actividades educativas grupales planteadas a una población de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, en una IPS de la ciudad de Bogotá.

4.2. *Objetivos Específicos*

1. Identificar las motivaciones de los pacientes para asistir a las actividades educativas.
2. Describir las limitaciones que se presentan para cumplir la asistencia de los pacientes a las actividades educativas.
3. Obtener información sobre la percepción de utilidad que tienen los pacientes sobre las actividades educativas
4. Identificar las percepciones personales y sociales que tienen los pacientes con diabetes tipo 2 acerca de su enfermedad.
5. Describir las experiencias de los educadores que impartieron las actividades educativas en relación al proceso de aprendizaje de los pacientes.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1. *La diabetes como problema de salud pública a nivel mundial y en Colombia*

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, silenciosa y no transmisible, que sin lugar a dudas representa a nivel mundial un problema de salud pública y Colombia no es la excepción. Esta patología, puede generar múltiples complicaciones severas en diferentes órganos del cuerpo a lo largo de vida, convirtiéndose en la primera causa de ceguera, enfermedad renal terminal y lesiones vasculares que pueden desencadenar amputaciones. (24)

Desde el punto de vista psicosocial, los padecimientos crónicos como la diabetes afectan a la población, principalmente de dos formas: Deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios. Por otro lado, aumentando el uso de servicios asistenciales en salud, entre otros. Además, los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. (25)

Más de 415 millones de personas en el mundo tienen diabetes y en Latinoamérica se estima una prevalencia del 9% con un alto porcentaje de personas sin diagnosticar. Durante los últimos 25 años se ha incrementado de manera dramática el número de personas con diabetes mellitus proyectándose para 2040 según la Federación internacional de Diabetes, un incremento a 642 millones de personas. (4, 12)

Colombia es el tercer país en tamaño de población de Latinoamérica, después de Brasil y México, con aproximadamente 48 millones de habitantes. Su capital, Bogotá, figura entre las cinco ciudades más pobladas, con 8 millones de habitantes. (26) En el 2015 la prevalencia de diabetes en Colombia osciló entre el 4 y al 8% en la población adulta entre los 30 y 64 años. (26) El estudio CARMELA evaluó la frecuencia de factores de riesgo en una muestra poblacional de siete ciudades latinoamericanas, y en Bogotá se halló una prevalencia de diabetes en personas de 25-64 años del 7,4% en hombres y de 8,7% en mujeres. (12, 26) Otro dato que llama la atención acerca de la epidemiología de esta enfermedad, es que únicamente el 50% de la población mundial con diabetes es diagnosticada, y de ellos el 50% son tratados. En Colombia, solo el 40% de los pacientes con diagnóstico de diabetes alcanza metas terapéuticas, lo que resalta la importancia de generar mejores estrategias para lograr un adecuado control de esta enfermedad. (27)

Adicionalmente a lo anterior, nuestro país se encuentra con dos procesos que aumentarán aún más la prevalencia de diabetes: la transición demográfica por el envejecimiento de la población y el proceso de urbanización que se ha acelerado por el desplazamiento en ocasiones forzoso, debido a factores de violencia, estimándose que en los próximos 40 años el 85% de la población habitará en zonas urbanas. (26)

5.2. Gestión del riesgo y la educación como parte de la gestión en diabetes.

Teniendo en cuenta el alto impacto económico y social de la diabetes en la población general y el comportamiento creciente de esta, vemos como se hace necesario que dentro de las políticas en salud se establezcan nuevos modelos de atención en la cronicidad, teniendo

en cuenta el rol del paciente y la autogestión del tratamiento como parte de una estrategia que ayude a mejorar la enfermedad. (17)

Dentro de las nuevas políticas en salud se enmarca la gestión integral del riesgo, la cual comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de una enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias una vez ésta se ha presentado. En diabetes, la gestión del riesgo en su componente colectivo busca aplicar estrategias de manera efectiva a la población, para disminuir la morbimortalidad y reducir la probabilidad de efectos negativos. De esta manera, se debe tener en cuenta que la gestión colectiva del riesgo puede ser más costo efectiva que la gestión individual, en donde la educación se torna como un pilar fundamental para lograr generar cambios positivos en su control. (28)

Parte de la gestión educativa, se fundamenta en brindar estrategias que fomenten el autocuidado; como lo define la Organización Mundial de la Salud: “el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad”. (OMS, 1998), dirigiendo esfuerzos en fortalecer lo relacionado al estilo de vida, ejercicio y recreación. (29)

Adicionalmente la nueva política de atención primaria en salud, decretada en nuestro país se alinea con la Ley Estatutaria de Salud, la cual regula que el primer deber de la persona con el servicio de salud es “propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad,” (28) lo que lleva a orientar las estrategias hacia la promoción en salud, el autocuidado y la responsabilidad del individuo sobre su enfermedad.

En resumen, como se ha mencionado anteriormente, la diabetes es una enfermedad crónica compleja que requiere estrategias multifactoriales continuas para lograr un adecuado control glucémico y como se mencionó, existe evidencia suficiente y significativa que soporta un rango de intervenciones, dentro de las cuales el empoderamiento en el autocuidado y la educación son vitales para generar estrategias de promoción y prevención en el manejo de las enfermedades crónicas. (5)

5.3. Propuestas educativas, y su necesidad de evaluación

El objetivo fundamental del tratamiento de la diabetes mellitus es lograr y mantener niveles óptimos de glucemia, lípidos y presión arterial para prevenir o retrasar las complicaciones crónicas de la enfermedad. Muchas personas con diabetes mellitus tipo 2 pueden lograr un control glucémico óptimo siguiendo un plan de alimentación adecuado y un programa de ejercicio integral que permita alcanzar el peso y la composición corporal adecuado, (masa muscular y tejido adiposo) (24) por lo que se requiere de un plan educativo estratégico e integral que fortalezca, no solo al equipo de salud sino también a los pacientes.

En este sentido, la educación es una condición necesaria para promover la salud de los individuos y las comunidades. Pues favorece el acceso a la información, el desarrollo de las habilidades para la vida, ayuda a identificar las posibilidades de elección saludables y empodera a los individuos para actuar en defensa de su salud. Por tanto, considerar a la educación y su relación con el mejoramiento de la calidad de vida implica asumir la responsabilidad de promover, tanto desde ámbitos de educación formal como no formal,

favoreciendo la equivalencia de oportunidades para acceder a recursos que les permitan acrecentar su autonomía. (30)

La OMS desde 1983, definió el término de la Educación para la salud como “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”. La metodología de la *educación para la salud* supone la utilización del espacio, el tiempo, los recursos humanos y materiales, así como las relaciones de comunicación, de forma que se pongan en marcha estrategias educativas en los diversos ámbitos de actuación y relación entre los profesionales y los usuarios de los centros de salud. (29)

La educación en diabetes es un pilar fundamental en el tratamiento no farmacológico de esta enfermedad, pues ayuda a mejorar la adherencia a los cambios en el estilo de vida, teniendo un impacto en el paciente y sus familias. La comprensión de la enfermedad y su cuidado han demostrado mejorías en los niveles de hemoglobina glicosilada. Según las recomendaciones de consenso dadas por ALAD el paciente con diabetes tipo 2 debe entrar en un programa educativo estructurado, desde el momento de su diagnóstico. Adicionalmente resalta que las intervenciones educativas más exitosas son las grupales, impartidas por un educador en diabetes contando con la participación activa de los pacientes. (6) Los conceptos básicos a manejar incluyen glucemia en ayunas, glucemias postprandiales, el manejo de insulina y sus complicaciones, la importancia de la nutrición, actividad física, el cuidado de los pies y otros aspectos relacionados a los cambios de estilo de vida. (31)

Las estrategias educativas descritas en la literatura incluyen cursos de información básica los cuales están liderados por un grupo multidisciplinario (enfermeras, nutricionistas, y médicos) dirigidos a pacientes con diabetes de manera unidireccional, donde los pacientes no interactúan y únicamente reciben información de su enfermedad y manejo. Otra estrategia utilizada, son los mapas conversacionales mediante los cuales, los pacientes participan en un aprendizaje verbal y visual que ayuda a que interioricen la información recibida acerca de la enfermedad. La dinámica se realiza en grupos pequeños, con un debate interactivo que permite la discusión de temas relevantes entre los participantes, fortaleciendo conceptos importantes para el manejo de la patología. (32)

Por todo lo anterior se hace necesario entonces, de un plan educativo estratégico e integral que fortalezca, no solo al equipo de salud sino también a los pacientes con fin de lograr el control de la enfermedad; pero siempre tomando decisiones en conjunto con el paciente que permitan lograr un buen resultado. El reto, es responder a la técnica educativa apropiada para nuestro medio, que brinde un soporte adecuado para los pacientes y sus familias, que asegure una adecuada adherencia en el manejo de la diabetes, en el fortalecimiento del autocuidado y que incluso permita disminuir riesgos y complicaciones a corto y largo plazo, generando impacto en la prevención de esta pandemia en el campo de la atención primaria en salud.

5.4. *Estrategia educativa planteada en la Institución Prestadora de Salud*

Actualmente se cuenta con una herramienta pedagógica llamado *Juegue, aprenda y gánale a la diabetes*, juego de la marca Ronda. El cual busca generar un espacio diferente entre el educador y los pacientes con diabetes tipo 2, a fin de brindar información actual de

una forma participativa, permitiendo compartir además experiencias entre los pacientes. Este método lúdico, tiene como objeto brindar una herramienta pedagógica adicional para apoyar y fortalecer los programas de educación y autocuidado. Este método utiliza el juego como herramienta para aprender los conceptos, recomendaciones y habilidades que debe tener en cuenta un paciente con diabetes. El objetivo, es proveer de suficiente información a los pacientes y los cuidadores para que de esta manera puedan tomar decisiones acerca de cómo adoptar hábitos y prácticas cotidianas para vivir con diabetes de manera responsable y exitosa.

La estrategia educativa se encuentra dispuesto en cuatro módulos. El módulo uno llamado El cuerpo y la diabetes, tiene como objetivo entender el significado de la enfermedad, conociendo sus causas, consecuencias y las bases de su tratamiento. A su vez busca que los pacientes aprendan a interpretar valores normales de glucemia entendiendo su importancia para el control de la Diabetes. En el módulo dos, llamado Comer sano y mantenerse activo, donde los pacientes deberán reconocer la necesidad de adherirse a un plan de alimentación balanceado para lograr el control de sus variables metabólicas; de otro lado deberán identificar alternativas para realizar actividad física apropiada. (41)

En el módulo tres, habla del tratamiento de la diabetes y la insulinización, los pacientes deberán identificar diferentes tipos de medicamentos, a fin de manejarlos correctamente y fortalecer las técnicas y los cuidados con la utilización de insulina. En el módulo cuatro, complicaciones de la diabetes, se espera que los pacientes sean capaces de explicar una hipoglucemia, así como los mecanismos para su prevención y tratamiento. Por otro lado,

los pacientes deberán reconocer los riesgos de tener complicaciones de la enfermedad a mediano y largo plazo, incluyendo complicaciones como pie diabético. (41) (Tabla No.1)

MODULO	DESCRIPCIÓN
Módulo 1 	EL CUERPO Y LA DIABETES <i>Objetivo:</i> entender el significado de la enfermedad, conociendo sus causas, consecuencias y las bases de su tratamiento. Busca que los pacientes aprendan a interpretar valores normales de glucemia entendiendo su importancia para el control de la Diabetes.
Módulo 2 	COMER SANO Y MANTENERSE ACTIVO <i>Objetivos:</i> Los pacientes deberán reconocer las necesidades de adherirse a un plan de alimentación balanceado para lograr el control de sus variables metabólicas; de otro lado deberán identificar alternativas para realizar actividad física apropiada.
Módulo 3 	TRATAMIENTOS CON DIABETES Y LA INSULINIZACIÓN <i>Objetivos:</i> Los pacientes deberán identificar diferentes tipos de medicamentos, a fin de manejarlos correctamente y fortalecer las técnicas y los cuidados con la utilización de insulina
Módulo 4 	COMPLICACIONES DE LA DIABETES <i>Objetivos:</i> Se espera que los pacientes sean capaces de explicar una hipoglucemia, así como los mecanismos para su prevención y tratamiento. Por otro lado, los pacientes deberán reconocer los riesgos de tener complicaciones de la enfermedad a mediano y largo plazo, incluyendo complicaciones como pie diabético.

Tabla No. 1 Los pacientes son citados a cada módulo por medio de llamadas telefónica, realizadas por auxiliar de enfermería de cada centro médico, quien se apoya en bases de datos del programa de crónicos. Los individuos que no ingresan al juego por llamada telefónica, son remitidos directamente por el médico del programa, quien tiene conocimiento de la actividad educativa y conoce los criterios de inclusión remitiendo directamente al Jefe de Enfermería del programa para asignar la cita correspondiente. Para cada sesión se citan 10 pacientes, quienes pueden acudir acompañados de un familiar.

En cada sesión los pacientes estarán acompañados de una Jefe de Enfermería quien previamente ha sido entrenada en la realización de los juegos por una educadora en diabetes experta en esta dinámica educativa y además jugaron el juego para fortalecer su conocimiento sobre el mismo ; quien será la moderadora del juego, se estableció además la participación de una auxiliar de enfermería quien se encargará de los registros de los pacientes, la toma de tensión arterial y el peso, en los momentos previamente establecidos .

En la primera sesión se procederá a realizar la firma de consentimiento informado por parte del paciente. Si el paciente acepta el ingreso al programa educativo, se registrarán los datos antropométricos toma tensional, los valores de glicemia, hemoglobina glicosilada, las cuales no deben tener vigencia superior 90 días antes del ingreso al taller.

El juego está dispuesto a modo tablero con 36 casillas, seis fichas y cuatro tipos de tarjetas designadas con estrategias diferentes de aprendizaje sobre la enfermedad. (Tabla No. 2)

 <p>Afianza conocimientos sobre los aprendidos brindando consejos que tienen que ver con el manejo de la enfermedad.</p>	 <p>Permite discutir y socializar acerca del tema que se expone. Por ejemplo mitos y realidades de la enfermedad.</p>
 <p>Permite informar y resolver dudas. Por ejemplo, expone información acerca de lectura de etiquetas nutricionales.</p>	 <p>Brinda conceptos científicos en términos comunes sobre la enfermedad. Por ejemplo, términos como hipoglucemia.</p>

Tabla No. 2 Tarjetas tomadas de juego de Ronda: “Juegue, aprenda, y gáñele a la diabetes”

Cada sesión tiene una duración aproximada de 120 minutos. En cada una de ellas los participantes son divididos en 4 grupos, asignados por un color (ficha) específico. El juego inicia lanzando los dados, y según el resultado de éstos el grupo avanza tantas casillas los dados indiquen. En cada casilla se asigna un puntaje y un tipo de tarjeta que permite realizar una estrategia diferente de conocimiento. La moderadora del juego (jefe de enfermería), es quien permite controlar y aportar a cada discusión del tema de la enfermedad, guiando a los participantes hacia la adquisición del conocimiento y encargada de enfatizar corregir o aclarar conceptos generados durante el desarrollo de la actividad. Finalmente gana el grupo con mayor puntaje obtenga.

Cada paciente se citará a cada módulo (del uno al cuatro), no necesariamente de manera consecutiva, pues los conocimientos no son prerrequisito para el siguiente módulo. Una vez los paciente completen los cuatro módulos recibirán, un diploma que certifica su asistencia al programa educativo.

En caso de que el paciente no asista a un módulo, será llamado por las enfermeras y auxiliares de enfermería a una nueva programación del programa, pero si un paciente deja de asistir entre un módulo u otro por un lapso mayor a 30 días, se considera deserción del programa.

5.5. La mirada fenomenológica y su utilidad

Consideramos entonces que para responder a la evaluación de las experiencias de nuestros pacientes es necesario la implementación de un método cualitativo, siendo la fenomenología el método que justifica este interrogante, que se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales, basándose en la exploración, descripción comprensión de experiencias en común que los individuos tienen con un determinado fenómeno, pudiendo ser ellos sentimientos, emociones, razonamientos y percepciones, trabajando directamente con las declaraciones y las vivencias de los participantes.(33)

Podemos entender la observación fenomenología como el estudio de las esencias (aquello que no cambia de una persona a otra en relación a la experiencia). No se da hacia el mundo externo, sino hacia la esfera subjetiva. El fin no es conocer cómo son los objetos en sus

dimensiones espacio-temporales, sino cómo se dan tales objetos al sujeto, a modo de vivencias. Seguidamente, las vivencias por sí mismas no tendrán un alto grado de evidencia necesario para fundamentar la fenomenología como ciencia; por consiguiente: la fenomenología se interesa en las características generales de la evidencia vivida; esta es la razón por la cual debemos dirigirnos a las estructuras de una experiencia, más que a la experiencia por sí misma. Una estructura, entonces, es una característica encontrada en un campo común a varios casos o ejemplos experimentados de ella. En tanto las características generales, las evidencias descritas no son de dominio exclusivo del sujeto, sino que son comunicables a las otras personas y estas, a su vez, pueden compartir las suyas. (34)

Por lo anteriormente descrito, la fenomenología se dirige a la conciencia del sujeto y permite indagar en las realidades del mundo del paciente, de su percepción de los acontecimientos y su relación con la cotidianidad que lo rodea. Permite interpretar desde la perspectiva del paciente y no desde la mirada del investigador, lo cual es fundamental en una evaluación integral de los procesos educativos llevados a cabo, teniendo como base la fenomenología empírica.

Identificado el fenómeno, siendo este el proceso educativo, y posterior a ello recopilando los datos de las personas que lo han experimentado, con el objeto de desarrollar una descripción compartida de la esencia de la experiencia para todos los participantes, lo que vivenciaron y de qué forma lo hicieron.

6. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

6.1. *Tipo de Estudio*

El protocolo planteado se realizará bajo un estudio cualitativo exploratorio a través de un enfoque fenomenológico, donde se seguirán pacientes expuestos a un programa educativo intensivo de juegos de ronda que busca mejorar el conocimiento de la enfermedad. Se seguirán aquellos pacientes que completaron todos los módulos, los pacientes que los realizaron de forma parcial y los pacientes que fueron invitados pero que definitivamente no asistieron a ninguno de los módulos educativos.

Con miras de evaluar la estrategia educativa de manera integral, se hace indispensable, describir las percepciones que los pacientes tienen de este tipo de actividades, que les invita o desaniman a participar del juego propuesto, por tanto, es necesario utilizar un método cualitativo, que está orientado en revelar cuáles son los pensamientos, percepciones, motivaciones creencias etc. del ser humano. También se describirán las experiencias de los educadores que impartieron estas actividades ahondando en el significado que tiene para ellos la experiencia de educar.

6.2. *Población y muestra*

Los individuos son considerados elegibles para participar en el estudio si, fueron inscritos a las actividades educativas establecidas, son mayores de 18 años y tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Se excluyen los pacientes con déficit cognitivo, alteraciones auditivas o del lenguaje y/o con enfermedad psiquiátrica descritos en los antecedentes anotados en la historia clínica.

Al finalizar los módulos y el tiempo destinado para recoger la información, las autoras de este protocolo, realizarán los grupos focales, que estarán comprendidos por los pacientes que hayan completado en su totalidad los módulos educativos y aquellos que hayan completado más del 50% de todos los módulos, los pacientes que hayan completado menos del 50% de las sesiones y por último los que no acudieron a ningún módulo a pesar de haber sido citados para ello. En caso de no lograr recolectar la información por medio de los grupos focales, se procederá a realizar entrevistas telefónicas semiestructuradas a los pacientes. Los grupos focales se realizarán, hasta que se sature la muestra cumpliendo con un diseño acumulativo secuencial.

Para la aproximación a los jefes de enfermería que realizaron la educación por medio del juego se plantearán una entrevista semiestructurada, orientada con preguntas clave para establecer las diferentes categorías.

Los grupos focales y las entrevistas, serán grabados previa autorización tanto de los pacientes como de los profesionales de enfermería.

6.3. Métodos y técnicas de recolección

Para cumplir con los objetivos específicos se realizarán los grupos focales los cuales serán realizados con seis y doce participantes de cada uno, serán citados telefónicamente por los autores de este trabajo moderados por los mismos mediante la aplicación de una encuesta semi estructurada previamente realizada por los autores y aprobada por sus tutores. Previo al inicio y participación del grupo focal se firmará un consentimiento informado a sus participantes, (Ver anexo 1) además se grabará la totalidad de la actividad

a fin de que la información no se pierda, posterior a lo cual se realizará la debida transcripción de dicha grabación.

Para cada objetivo se establecen unas preguntas realizadas en los grupos focales con el fin de recolectar dicha información. Ver anexo 2.

Para poder desarrollar los grupos focales, se plantearon una serie de preguntas claves, que permitan evidenciar los puntos más relevantes que queremos indagar a través de este instrumento de investigación. (Ver anexos)

Las categorías preconcebidas deductivas de análisis que se van tener en cuenta dentro de este estudio, son: la motivación, las limitaciones externas, la percepción de utilidad de la educación en diabetes, la percepción personal y/o social de la enfermedad, la técnica educativa empleada durante el proceso de juego y contenido de la información. Con el objetivo de analizar dicha información se desarrolló un libro de códigos con ocho categorías, siguiendo las recomendaciones de Saldaña 2009. (35) Se agregó una columna derecha, para poder identificar la relación de la codificación con la pregunta planteada el cual se describe a continuación. (Tabla 3).

Las categorías deductivas, van desde lo general a lo particular, y hacen referencia al grupo de conceptos, que se encuentran en la literatura y tienen un aval teórico. Las categorías inductivas saldrán de la revisión de los grupos focales y entrevistas, van a ser tenidas en cuenta en el análisis, y estas últimas se refieren a los conceptos individuales de

las experiencias que emite el sujeto investigado o de las observaciones que él tenga, y pueden ser de tipo empírico.

CÓDIGOS			PREGUNTAS RELACIONADAS
OBJETIVO 1			<p>¿Cuándo lo invitan a una actividad educativa en diabetes qué aspectos lo motivan para asistir?</p> <p>¿Qué facilita la participación en las actividades? (temas, horarios, virtual, presencial)</p> <p>¿Qué temas lo motivaron a venir a una actividad educativa en diabetes?</p>
ETIQUETA	Motivación		
DEFINICIÓN	Acción, conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona.		
DESCRIPCIÓN	Estado que favorece o no acudir y continuar asistiendo a las actividades educativas por parte de los pacientes		
OBJETIVO 2			<p>¿Qué impedimentos o dificultades se le han presentado para cumplir con su asistencia en las actividades educativas?</p>
ETIQUETA	Limitaciones externas		
DEFINICIÓN	Acción, conjunto de factores que restringen una acción extrínseca de un individuo.		
DESCRIPCIÓN	Situaciones que conducen a la inasistencia de los pacientes a las actividades educativas.		

OBJETIVO 3			
	ETIQUETA	Percepción de utilidad	<p>¿De la información que recibió en el juego, que aplicaría para su vida?</p> <p>¿De la información que usted posee acerca de diabetes que aplica para su vida?</p>
	DEFINICIÓN	Sensación de un estímulo interior en donde algo puede servir.	
	DESCRIPCIÓN	Sensación de información o situación que favorecen al individuo.	
OBJETIVO 4			
	ETIQUETA	Percepción personal de la enfermedad	<p>¿Qué percepción tiene de la diabetes?</p> <p>¿Cómo se siente usted frente a la diabetes?</p>
	DEFINICIÓN	Sensación que experimenta un individuo a nivel de la alteración de su salud	
	DESCRIPCIÓN	Sensación de “yo como enfermo” ante la enfermedad.	
OBJETIVO 4			
	ETIQUETA	Percepción social de la enfermedad	<p>¿Cómo le ha afectado la diabetes en sus relaciones personales, familiares o laborales?</p>
	DEFINICIÓN	Sensación que experimenta la sociedad de la alteración de salud de un individuo	
	DESCRIPCIÓN	Sensación de la sociedad ante la enfermedad.	

OBJETIVO 3			
	ETIQUETA	Percepción de Técnica educativa empleada	<p>¿La metodología utilizada a través del juego facilitó la comprensión y discusión de los temas revisados?</p> <p>¿Qué aspectos cambiarían en el desarrollo de la actividad?</p> <p>¿Qué técnica le facilita la comprensión de un tema?</p>
	DEFINICIÓN	Sensación de la forma a través de la cual se da a conocer el tema de interés	
	DESCRIPCIÓN	Descripción buena o mala de la técnica de didáctica utilizada.	
OBJETIVO 3			
	ETIQUETA	Contenido de la información	<p>¿Qué temas le gustaría realizar a futuras intervenciones?</p> <p>Los temas discutidos en el juego ¿llenaron sus expectativas?</p> <p>¿Qué temas lo motivaron a venir a una actividad educativa en diabetes?</p> <p>¿Qué temas facilitaría que usted participe en actividades educativas en diabetes?</p> <p>¿Cree que su participación en el juego ha generado cambios en su estilo de vida? ¿De qué forma, o cuáles cambios ha realizado?</p> <p>¿Qué tipo de decisiones, en cuanto a su alimentación, ejercicio, y hábitos de sueño, le ha permitido cambiar el juego?</p> <p>¿Ha tenido alguna repercusión positiva o negativa en su vida diaria el cambio de alguno de sus hábitos? ¿Cómo lo describe?</p>
	DEFINICIÓN	Conocimiento englobado propuesto	
	DESCRIPCIÓN	Tema suministrado y manejado en las actividades educativas	

	ETIQUETA	MISSING PART	No corresponde a ninguna pregunta, permite identificar partes perdidas en el proceso de grabación.
	DEFINICIÓN	Parte no entendible en la entrevista en la grabación	
	DESCRIPCIÓN	Zona de la grabación con mucho ruido que no permite entender claramente lo que significa	

Tabla No. 3 Realizada siguiendo las recomendaciones de Saldaña 2009

Como parte de la recolección de información, a aquellos pacientes que no acudan a los grupos focales, se les contactará por vía telefónica en donde se les realizará una entrevista semiestructurada, con las mismas preguntas planteadas dentro del grupo focal.

Para obtener la recolección de la información a las jefes de enfermería se realizara una entrevista semiestructurada, la cual se aplicará en un horario dentro del funcionamiento de la unidad de atención primaria, explicando el carácter voluntario de esta, el motivo de la investigación, solicitando consentimiento informado y permiso para su grabación; se desarrollaron las siguientes categorías deductivas, planteándose preguntas dentro de la entrevista que contemplen: motivación para realizar la actividad educativa, obstáculos o barreras y facilitadores que refieren los educadores en el proceso de educación, percepción de utilidad, percepción de la técnica educativa empleada, contenido de la información y percepción de la enfermedad en los pacientes que pueden influir en el proceso educativo.

6.4. Consideraciones éticas

La realización de este protocolo está diseñado con base a los parámetros internacionales establecidos que buscan garantizar el cumplimiento de los principios éticos en investigación, como lo menciona el estudio Belmont, la declaración de Helsinki, las resoluciones 008430 de octubre 4 de 1993 y 2873 del 2008 entre otros: ya que el fin de este trabajo es comprobar si una estrategia educativa lúdica impartida a una población de pacientes diabéticos la cual busca dar información clara y actual acerca de su enfermedad, genera en ellos conductas de autocuidado y empoderamiento, con miras en buscar el bienestar de los pacientes y sus familias encaminadas a un mejor control de su enfermedad, lo que disminuye posibles riesgos y complicaciones .

Por tanto, este trabajo busca comprobar si este tipo de estrategias educativas puede ser generalizable a la población diabética o con enfermedades crónicas, no solo de la EPS en donde se realizará este estudio sino los pacientes con características sociodemográficas similares.

El protocolo da cumplimiento a los principios éticos básicos como lo son los principios de respeto a las personas, respetando su autonomía, la beneficencia, el principio de justicia y de no maleficencia.

Se realizaron consentimientos informados donde se les solicita a los pacientes su autorización para incluirlos en un estudio, incluyendo así por lo menos dos convicciones éticas. La primera, es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser

protegidas. En los grupos focales no se solicita datos personales ni datos de identificación con miras a ser un proceso anónimo y sin discriminación.

Cabe decir que el protocolo respeta el principio de beneficencia, ya que no se busca causar ningún daño, sino la obtención de información en miras de potencializar este tipo de prácticas educativas lúdicas para el beneficio de los pacientes, sus familias y la comunidad.

A los pacientes en ningún momento se les impone formar parte del estudio, ni se les obliga a ingresar, cursar y terminar todos los módulos del juego para formar parte del estudio y se les ofrece a su vez, la oportunidad de preguntar y retirarse libremente en cualquier momento de la investigación. Del mismo modo, se les preguntará el motivo de no querer realizar el juego en aras de mejorar adherencia y participación de este tipo de actividades pero siempre aclarando la libertad de no responder a esta pregunta. Por estas razones se considera una investigación sin riesgo.

7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida, se analizó según las categorías planteadas en una tabla archivo de office, donde se organizan según los análisis establecidos previamente.

Con el fin de brindarle mayor soporte y validez, a las observaciones realizadas durante el proceso investigativo y de acuerdo a las categorías planteadas, se realizará una triangulación de los datos teniendo en cuenta el punto de vista de las educadoras, de los pacientes que recibieron el proceso educativo, y el punto de vista de las investigadoras.

Categorías	Pacientes	Educadoras	Investigadoras
Motivación			
Limitaciones externas			
Percepción de utilidad			
Percepción personal de la enfermedad			
Percepción social de la enfermedad			
Percepción de Técnica educativa empleada			
Contenido de la información			

Tabla No. 4

El propósito principal, de la realización de los grupos focales es que surjan sentimientos, actitudes, experiencias y reacciones de todos los grupos participantes, el cual tiene relación directa con el objetivo principal planteado, a fin de describir las percepciones y las situaciones o limitaciones que permitan o no la terminación de las actividades educativas, y que se encuentra en relación con las bases del enfoque fenomenológico de la investigación cualitativa. En este proceso, se busca a su vez con esta

técnica explorar los conocimientos y experiencias de los pacientes, de las educadoras en diabetes, y de las investigadoras de este proyecto en el ambiente de interacción, con el fin de facilitar la discusión y que se generen opiniones acerca del tema de educación en diabetes y su experiencia en este proceso.

8. RESULTADOS

Para la realización del juego de ronda “*Juegue, aprenda y gáñele a la diabetes*”, se citaron 88 pacientes asignados a una unidad médica de atención primaria de la ciudad de Bogotá, provenientes de la localidad de Engativá, identificados con diagnóstico de diabetes tipo 2 que presentaban hemoglobinas glicosiladas mayor a 9; de este grupo de pacientes 15 (17%) pertenecían al sexo femenino y 73 (83%) al sexo masculino. Las edades de los pacientes oscilaron entre los 42 y 81 años con un promedio de edad de 63 años. De todos los pacientes citados 36 acudieron a más del 50 % de los módulos que corresponde al 40.9% de los pacientes, y 42 de los pacientes citados acudieron a menos de la mitad de la actividad que corresponde al 47.7% del total de los pacientes. De todos los pacientes citados 10 que corresponde al 11.4% no acudieron a ningún módulo de la actividad.

Posterior a la terminación de los módulos se citaron los pacientes para la realización de la recolección de la información, para esta actividad acudieron 18 pacientes, realizándose en total 3 grupos focales. Se identificó durante la realización de esta actividad que los 10 pacientes que no acudieron a ningún modulo, tampoco asistieron a la citación de los grupos focales; por lo que se contactó a cada uno de ellos por vía telefónica y se realizó una entrevista semiestructura con el fin de obtener sus percepciones.

Según lo planteado en la metodología, se realizó una entrevista semiestructurada personal con las jefes de enfermería encargadas de impartir la actividad educativa; y quienes llevaron a cabo el liderazgo de los módulos. Por último y con el fin de realizar la

triangulación de la información las investigadoras expusieron sus percepciones según las categorías previamente establecidas.

El análisis de la información se llevó a cabo posterior a la transcripción de toda la información recolectada mediante la realización de un documento office. Tabla No.5. Según las categorías propuestas previamente, se procedió a hacer análisis de lo codificado, encontrando lo siguiente:

Categorías	Pacientes	Educadoras	Investigadoras
<p>Motivación</p>	<p>La principal motivación indicada por los pacientes para acudir a esta actividad educativa era la preocupación por conocer más de la enfermedad, por adquirir información que les permitieran aclarar dudas y conocimientos que les ayudaran a mejorar su estado de salud. Se sentían motivados, por aprender acerca de temas en diabetes para poder prevenir complicaciones, el sentir que estaban haciendo algo para mejorar su salud también generaba deseos de acudir a las actividades propuestas, además refirieron que una vez acudían a los juegos se sentían motivados a continuar asistiendo debido a la dinámica de juego empleada, porque les permitía participar de manera activa y la información dada en los módulos llenaba sus expectativas porque muchos de los temas tratados no los conocían y si los habían oído antes no les habían prestado importancia. Palabras: preocupación, información, aprender, enterados, salud</p>	<p>Las percepciones de las educadoras acerca de las motivaciones de los pacientes para asistir a los módulos era el poder adquirir <i>conocimiento</i> de la enfermedad, puesto que la posibilidad de tener la información favorecía una <i>mejor</i> control al realizar lo aprendido en el juego. Cuando los pacientes acudían a la actividad educativa mediante la remisión directa del médico tratante, las educadoras percibieron un mayor <i>apoyo</i> para la asistencia a la actividad lúdica, lo que se veía favorecido si el direccionamiento era positivo por parte del profesional, a diferencia de aquellos pacientes a quienes se les realizó invitación al juego mediante demanda inducida telefónica. Cuando el paciente iniciaba y participaba del <i>juego</i>, la misma estrategia educativa motivaba al paciente para continuar asistiendo. Otra de las motivaciones relatadas, era la <i>empatía</i> que se generó a partir de la relación del educador con el grupo que asistía, dado que parte de este enlace favoreció la asistencia a los módulos siguientes. Los <i>horarios</i> formaron parte de la motivación para que los pacientes asistieran, ya que se observó que los pacientes acudían principalmente en la jornada de la mañana y de preferencia el fin de semana. Palabras: conocimiento, mejor, apoyo, juego, empatía, horarios.</p>	<p>En lo relacionado a la percepción de la motivación por parte de las investigadoras, se considero que el mayor determinante fue la búsqueda del mejoramiento de la enfermedad. Pues a pesar que los pacientes habían asistido previamente a su cita médica donde se les remitía a los módulos educativos, la mayoría de ellos se mostraba motivado por aprender y realizar cambios positivos que pudieran contribuir a un mejor control de la enfermedad. De la misma manera, los pacientes se sentían motivados por adquirir información que pueda ser útil, sobre todo si esta es encaminada hacia las nuevas terapias que se pueden ofrecer en la población con diabetes, pues la curiosidad de conocer acerca de ello los invitaba a asistir al juego de rondas. Palabras: mejoramiento, cambios, información, terapias, curiosidad</p>
<p>Limitaciones externas</p>	<p>Los pacientes manifestaron como mayor limitación externa el tiempo para acudir a este tipo de actividades, ya que indicaron que los horarios se cruzan con su trabajo, por lo que algunos prefieren los horarios de los fines de semana, preferirían diversidad de horarios para poder escoger los que más se acomodan a su tiempo; Muchos adultos mayores requieren además del acompañamiento de un familiar para poder acudir a las actividades y estaban sujetos al tiempo de un tercero para poder asistir, dentro de las percepciones</p>	<p>Las principales limitaciones externas que percibieron las educadoras fueron dadas en un principio por la <i>disponibilidad de tiempo</i> de los pacientes y/o de los acompañantes para acudir a este tipo de actividades ya que muchos pacientes trabajaban y los <i>horarios</i> establecidos para el juego no les convenían por su horario laboral. Otra limitación percibida se relacionaba, con los <i>acompañantes</i> ya que al tratarse de algunos pacientes adultos mayores necesitaban de ellos para el traslado a la unidad de atención donde se realizaba la actividad. La gran mayoría de los pacientes citados a la actividad lúdica, tenían</p>	<p>El tiempo fue el mayor limitante externo percibido para que los pacientes asistieran. En términos de horarios los pacientes solían pedir extremos del día (bien sea muy temprano o muy tarde). En los adultos mayores el horario de preferencia era la mañana, mientras que en los adultos más jóvenes preferían horarios en la tarde o la noche. Una limitación externa es el desplazamiento que algunos pacientes debían realizar para asistir al grupo, pues los adultos mayores requerían del acompañamiento de algún familiar. Otra limitación externa es que los pacientes no le prestan la</p>

	<p>mencionadas estaba que la programación de los módulos debería informarseles con mayor tiempo de anticipación para así planear su asistencia, indicaron que debería existir una información más clara de los horarios y los temas de los talleres a tratar en un calendario dispuesto por anticipación para escoger con mayor disponibilidad de tiempo. La falta de promoción de las actividades educativas y el recordatorio de las fechas dispuestas es una limitación externa por lo que preferirían que les recordaran de forma telefónica o por mensaje de texto para que no olvidaran este tipo de citas. Otra percepción manifestada era el miedo que sentían al enfrentarse a su enfermedad ya que de esta forma veían su realidad de tener que estar en controles médicos, tomar medicamentos y acudir a una educación especial para "diabéticos". Otra limitación manifestada era que ya habían recibido en otras oportunidades educación acerca del tema y no deseaban volver a tocar los mismos temas vistos, además en consulta siempre les recordaban lo que no podían hacer y lo que estaban haciendo mal y el sentirse regañados o juzgados no era agradable.</p> <p>Palabras: tiempo, horarios, disponibilidad, enfermedad, temas</p>	<p>programadas otras citas (enfermería, medicina general en el programa de crónicos, nutrición, medicina interna, endocrino etc) por lo que le restaban <i>importancia</i> a la actividad educativa y preferían no acudir a esta.</p> <p>Palabras: Disponibilidad de tiempo, horarios, importancia, acompañantes.</p>	<p>suficiente importancia a este tipo de actividades educativas por lo cual cuando se ofrecen prefieren no acudir.</p> <p>Palabras: horarios, desplazamiento, acompañantes, preferencia</p>
--	---	--	--

<p>Percepción de utilidad</p>	<p>Para los pacientes este tipo de actividades educativas tienen mucha utilidad, ya que la información recibida les sirvió para ponerlo en práctica en su vida diaria; además se tocaron muchos temas de los cuales no tenían conocimiento o tenían una información errada al respecto, el juego permitió aclarar dudas y corregir cosas que estaban haciendo mal, bien sea por desconocimiento o por restarle importancia. Fue útil porque se informaron y entendieron la importancia de realizar muchas conductas y hábitos de vida saludable para ponerlos en práctica todos los días, sintieron además la posibilidad de estar haciendo algo positivo por su salud, ya que el juego les permitió entender que son actores en su vida y la toma de decisiones acertadas como el comer mejor o hacer ejercicio les genera un bienestar . Palabras: información, hábitos, importancia, salud</p>	<p>La principal percepción de utilidad referida por las educadoras, se encontró relacionada a los <i>cambios nutricionales</i> que los pacientes podrían aplicar según las propuestas realizadas en la actividad educativa, específicamente al manejo de las porciones que dictaron durante los módulos. Una percepción descrita por las educadoras, fue que la información que se brindó en los módulos podría ser aplicado en la <i>cotidianidad</i> de los pacientes. Los <i>resultados paraclínicos</i> también hicieron parte de la percepción de utilidad de las educadoras, pues los pacientes que acudieron a los talleres tuvieron un mejor resultado en los análisis del laboratorio. Palabras: cambios nutricionales, cotidianidad, resultados.</p>	<p>La percepción de utilidad para las investigadores acerca de esta actividad es que los temas vistos en los módulos brindan información importante para el conocimiento de los pacientes, permite aclarar dudas y conceptos para el adecuado manejo de la diabetes, y facilita el empoderamiento de los pacientes con temas relacionados con su enfermedad, aplicando lo aprendido en la generación de hábitos de vida saludable en su vida diaria. Palabras: empoderamiento, información, aplicabilidad, vida diaria</p>
<p>Percepción personal de la enfermedad</p>	<p>La percepción general de los participantes de la enfermedad es negativa, pues la enfermedad limita sobre todo en el ámbito alimentario. En general los pacientes tienen sentimientos relacionados a la "prohibición" cohibidos en la mayoría de alimentos, en el grupo focal se habló de "desmoralización", pues el ánimo tiende a caerse con facilidad. Otro sentimiento que surgió en los pacientes fue la desesperanza por no saber que les puede esperar para un futuro. El cansancio, y la debilidad ante la persistencia de continuar con los hábitos y tomar el medicamentos diariamente fueron otros sentimientos expresados por los participantes, pues refieren que sienten una carga permanente porque los profesionales exigen siempre que deban continuar con hábitos. Palabras: negativa, desmoralización, cansancio</p>	<p>Dentro de lo manifestado por las educadoras en lo relacionado a la percepción de la enfermedad, uno de los principales sentimientos que surgió fue el <i>miedo</i>, puesto que la diabetes hace sentir a los pacientes enfermos y los limita para sus actividades principales sobre todo en cuanto a la nutrición o su dieta se trata, ya que se sienten limitados a la hora de comer. Otro sentimiento relacionado era la <i>tristeza</i>, ya que el hecho de estar enfermo favorece a los sentimientos de minusvalía e incluso podría conllevar a la depresión. Las educadoras percibieron a su vez sentimientos de <i>resignación</i>, sobre todo en los pacientes que llevan con la enfermedad más tiempo, pues finalmente han logrado adaptarse a esta condición. Palabras: Miedo, tristeza y resignación</p>	<p>Para las investigadoras, la percepción personal de la enfermedad en los pacientes diabéticos les genera frustración, movida por la toma continua de medicamentos, las múltiples restricciones dietarias y las limitaciones físicas que esta les causa, como las alteraciones visuales y la neuropatía entre otros, la presencia de una condición crónica de salud y la secuelas físicas que esta presenta, favorece además la depresión sobre todo en la población que no cuenta con el suficiente apoyo familiar para el manejo de su enfermedad. Palabras: frustración, limitaciones, depresión</p>

<p>Percepcion social de la enfermedad</p>	<p>La percepción social de la enfermedad se encontró centrada a sus restricciones alimentarias frente a su familia, pues ya no pueden realizar labores como cocinar para todos. Otra percepción en este grupo fue su impacto en su vida laboral poniendo como ejemplo cuando aplican a una entrevista, o cuando solicitan permisos para acudir a las citas cuando ya tienen trabajo pues se sienten rechazados en algunos momentos. Palabras: Restricciones, Rechazo</p>	<p>La percepción social de la enfermedad desde el punto de vista de la educadores fue centrado en la <i>limitación</i> que la enfermedad ejerce para sus <i>relaciones</i> tanto familiares como laborales. En el ambito <i>familiar</i>, los limita al no poder compartir principalmente en la alimentación, pues las restricciones dietarias les impide disfrutar de la misma comida que su grupo familiar. En el ambito <i>laboral</i>, las limitaciones se reflejan en los pacientes al solicitar permiso para acudir a sus cita medicas, exámenes, talleres etc. Palabras: limitaciones, relaciones, familiar, laboral.</p>	<p>Desde el punto de vista de las investigadoras, la percepción social de la enfermedad es de desconocimiento de esta patología y su adecuado manejo; en donde la necesidad de la participación activa del paciente en su cuidado se torna imperiosa ya que el empoderamiento en la generación de hábitos de vida saludable no solo a nivel individual sino familiar y social, son los pilares fundamentales en el tratamiento del paciente. La enfermedad a nivel social es estigmatizada limitando a quienes la padecen y no generando políticas de salud que estimulen la prevención y un manejo integral de las patologías crónicas. Palabras: empoderamiento, hábitos de vida saludable, manejo integral.</p>
<p>Percepción de técnica educativa empleada</p>	<p>La percepción de la técnica educativa, fue buena destacando que les gustó la información brindada y el poder interactuar con los otros pacientes, lo que refieren algunos es que esto pudo llegar a enriquecer aun mas los conocimientos. La forma de la actividad en juego favoreció el aprendizaje, comparando con las charlas magistrales que comunmente se dictan. Refiere que las tarjetas favorecieron la información, pues contaban temas puntuales y de interés. Destacaron entre ellas las tarjetas de hipoglucemia. Una percepción general del juego fue la innovación para presentar este tipo de temas. Palabras: Buena, interacción, forma, innovación</p>	<p>En lo relacionado a la técnica educativa empleada, la percepción principal es que el juego de rondas es una estrategia <i>buena y útil</i> principalmente por la interacción que logra hacerse entre todos los pacientes en el desarrollo de la actividad. Por otro lado, las invitaciones a la estrategia permitieron el acceso a una diversidad de pacientes y con ello el <i>intercambio de experiencias</i> y de conocimientos el cual fue mediado por la educadora. Otro punto importante de la percepción de la técnica educativa es que el juego <i>favorece el aprendizaje</i> ya que lo hace entretenido y fácil de entender. Las tarjetas utilizadas y su visualización permitieron entender la información, lo que contribuyó a una participación activa de los jugadores sin embargo algunas tarjetas carecieron de mayor ayuda visual, mostrándose ambiguas especialmente las de alimentación, algunas de ellas tenían letra muy pequeña y para algunos pacientes se dificultaba su lectura. Palabras: buena ,util, intercambio de experiencias, aprendizaje</p>	<p>La percepción de la técnica educativa empleada, por parte de las investigadoras , es que la educación a través del juego favorece el aprendizaje, ya que permite interiorizar los conocimientos a través en un espacio mas libre y participativo por parte de los pacientes, favorece la interacción entre ellos y permite aprender de otras experiencias, ver que existen otras personas que padecen las mismas situaciones y comparten las mismas dudas y problemas les ayuda no solo a aceptar su enfermedad, sino a trabajar por mejorar su salud; el juego permite además no solo compartir la experiencia con otros pacientes sino con sus acompañantes o familiares lo que motiva a una mayor interacción y aprendizaje por parte del paciente y su familia. la técnica visual empleada en el juego favorece identificar y recordar los conceptos con mayor claridad . La realización del juego requiere de personal que tenga conocimientos del tema a tratar así como la disposición y la facilidad de manejar grupos para generar con los pacientes una mayor interacción y empatía. Palabras: participación, recordar, conceptos, conocimientos, interacción</p>

<p>Contenido de la información</p>	<p>Los pacientes refieren que en general la temática tratada fue calificada como buena y positiva para sus vidas. Los temas tratados refiere que impactaron positivamente sus vida. Refieren sin embargo, que hay aun vacios sobre todo en la tematica de actividad fisica y en nutrición especificamnete en tema de porcionar alimentos. Para algunos pacientes, es necesario ahondar aun más en temas alimentarios. Otra percepción fue que hizo falta temas con relación al uso de zapatos apropiados para esta poblacion. Palabras: positiva, vacios</p>	<p>La percepción del contenido de la información por parte de las educadoras, fue que se logró abarcar temas <i>completos</i> que llenaron sus expectativas frente a la educación dada a los pacientes. Las fichas nutricionales, fueron las que generaron más <i>dificultades</i>, pues a pesar de la capacitación, comentaron que dado que no es su principal énfasis el juego poseía un contenido importante de ellas, principalmente en lectura de etiquetas siendo este en el que se sentían con mayores falencias, solicitando capacitación en este ambito para un futuro. De otro lado, la información relacionada con fichas de embarazo y gestación no fueron utilizadas, a diferencia de las fichas de medicamentos las cuales consideraron las de mayor contenido e incluso de importancia para ellas y los pacientes. Las tarjetas por otro lado, permitieron abordar temas <i>concretos</i> y con ello se logró que los participantes se fueran con ideas puntuales y claras frente a la enfermedad. Palabras: completos, dificultades, concretos</p>	<p>En cuanto al contenido de la información, las percepciones por parte de las investigadoras fue que las tarjetas tenían un contenido muy completo y básico acerca de los temas mas importantes que debe tener claro un paciente diabético. Además en varios de sus modulos se repiten los conceptos lo que favorece afianzar conocimientos. El tema nutricional requiere de un mayor énfasis ya que es uno de los temas aludidos en el tratamiento de la diabetes y aunque la información esta dada, puede ser más completa y cercana a los hábitos alimentarios que debería tener un paciente y su familia. Palabras: temas, completo, información</p>
------------------------------------	--	---	--

Tabla No. 5

Frente a la categoría de motivación, los pacientes indicaron sentirse motivados por adquirir mayor conocimiento de la enfermedad, incluyendo prevención de sus complicaciones que va de la mano con la percepción expuesta tanto de las educadoras como la de las investigadoras. Las educadoras percibieron mayor motivación por parte de los pacientes, cuando estos eran remitidos directamente por su médico tratante; otra percepción por parte de este grupo era que los horarios en sí podrían motivar la asistencia. Tanto los pacientes como las educadoras percibieron que una vez los pacientes iniciaban los módulos educativos, estos mismos, les generaban la motivación para continuar asistiendo. Por parte de las investigadoras se percibió que los pacientes se sentían motivados, al buscar mejoría de su enfermedad. Las palabras que más se repitieron en los tres enfoques fueron: *información y conocimiento*.

“Lo que más me motiva a venir a estas actividades, es aprender más de la enfermedad, la preocupación para saber que va a pasar y que puedo hacer para ir mejorando poco a poco...” (Rosalba Lozano, comentario en grupo focal 18 de noviembre de 2017)

“Nos gusta estar enterados de la diabetes, pensamos que el conocimiento nos puede ayudar a prevenir las cosas a tiempo, y sobre todo a uno lo motiva a venir la salud” (Otilia Cárdenas, comentario grupo focal 18 de noviembre de 2017).

En la categoría de limitaciones externas, dentro de las percepciones generadas por los tres puntos de vista (pacientes, educadoras e investigadoras), el principal motivo de limitación estuvo determinado por el tiempo y los horarios para poder acudir a este tipo de

actividades. Los pacientes mencionaron, que la disponibilidad en ocasiones se cruza con otras actividades como horarios laborales, citas médicas u otras actividades planeadas con anterioridad. Otra percepción en este grupo que coincidía con la percepción de las educadoras y las investigadoras se encontraba relacionada a la necesidad del apoyo de una tercera persona para su asistencia, sobre todo con los adultos mayores. Una percepción importante de los pacientes estaba dada por la falta de recordación de las citas a los talleres por parte de la EPS. Otra percepción manifestada por los pacientes, como limitación era el sentirse juzgados al recordar las “prohibiciones” que el personal de salud les indica constantemente para el manejo de su enfermedad, ya que en otras actividades previamente realizadas siempre les prohíben muchos alimentos, lo que ahondaba un sentimiento mayor de desagrado. Las educadoras e investigadoras por su parte percibieron que algunos de los pacientes le restaban importancia a este tipo de actividades grupales, comparándolas a las citas programadas con su médico tratante, a las cuales prefieren asistir. Las palabras con mayor frecuencia de utilización por los tres grupos fueron: tiempo, horarios, disponibilidad e importancia.

“Se nos dificulta por el tiempo” Arturo Estupiñán, comentario grupo focal 18 de noviembre de 2017.

“Cuando me quedan muy seguidas las citas por el trabajo no puedo acudir, no puedo pedir tantos permisos” (Hortensia Escarraga Escarraga, entrevista telefónica semiestructurada, 22 de noviembre de 2017)

Con referente a la categoría de percepción de utilidad, los tres enfoques coincidieron en que la información recibida les permitía poner en práctica los conocimientos adquiridos a su vida cotidiana. Destacando el punto de vista de los pacientes, quienes referían que les permitía aclarar dudas de conocimientos previos. Las educadoras, percibieron que aquellos pacientes que acudieron a estas actividades, posterior a realizar los módulos educativos mejoraron su hábitos y consecuente a ello sus resultados paraclínicos. Para las investigadoras, la percepción de utilidad se ve enfocada en el empoderamiento que pueden llegar a adquirir los pacientes al estar adecuadamente informados en temas de diabetes. Las palabras que más se utilizaron en esta categoría fueron: información y aplicación para la vida diaria.

“Es útil para la salud, para el diario vivir, sirve para estar precavido porque uno no sabe si no se lo dicen” María Teresa Parado, comentario grupo focal 18 de noviembre de 2017.

“Les sirve para su aplicación a la vida externa porque lo están haciendo en su casa”, (Jefe Ana Milena Cárdenas, entrevista semiestructurada personal, 22 de Noviembre de 2017)

En la categoría de percepción personal de la enfermedad, los pacientes manifestaron sentimientos de desesperanza ya que su estado anímico tiende a caer frecuentemente con una sensación continua de desmoralización frente a la diabetes, sobre todo en relación al futuro ya que no tienen claro que podría esperarse teniendo esta enfermedad. Otra percepción importante de los pacientes estuvo dada por la sensación de prohibición

frecuente por parte del personal de salud en el ámbito nutricional. Por parte del grupo de las educadoras, la percepción descrita estaba relacionada a los sentimientos de miedo, tristeza y resignación encontrados en los pacientes ya que la diabetes los limita en sus actividades cotidianas, fundamentalmente en lo relacionado con el ámbito nutricional. Las investigadoras por su parte percibieron sentimientos relacionados a su estado de ánimo, con afección principalmente del afecto triste que tiene relación con lo manifestado por parte de los pacientes y las educadoras. No se encontraron palabras en común aunque las percepciones en general fueron avocadas a sentimientos de tristeza, depresión y minusvalía.

“La enfermedad tiene puntos negativos, tengo que cuidar mis alimentos comer a horas, y esto no va a mejorar porque voy a tener la enfermedad de por vida” (Melquicedec Pachón

Merchán comentario grupo focal 18 de noviembre de 2017).

“Uno se tiene que limitar en muchas cosas, porque tiene que dejar de comer lo que le gusta, además se cansa uno de que todo el mundo le prohíba todo” (Ceferino

Ruiz, comentario grupo focal 18 de noviembre de 2017).

“En general el sentimiento es miedo y abstinencia a hacer ciertas cosas, se limitan mucho por la comida y porque no puede comer normal” (Jefe Nataly Hernández

entrevista semiestructurada personal, 22 de Noviembre de 2017)

En la categoría de percepción social de la enfermedad, en los tres grupos se evidenció el impacto de la diabetes en sus relaciones familiares, ya que, al estar limitados en la parte nutricional, les genera conflicto para poder compartir la preparación de los alimentos y la

degustación de los mismos, lo que los limita en actividades que impliquen comer en familia. Los pacientes por su parte perciben especial dificultad y rechazo en sus relaciones laborales, bien sea en el momento de solicitar un permiso para acudir a citas médicas o de aplicar a una oferta de trabajo, lo cual coincidió con lo percibido por parte de las educadoras. Las investigadoras por su parte manifestaron su percepción frente a la estigmatización que los pacientes tienen padeciendo esta enfermedad. Palabras frecuentes: limitaciones, restricciones, familiar y rechazo.

“Están muy afectados con sus relaciones familiares, pelean mucho, viven muy estresados” (jefe Ana Milena Chávez entrevista semiestructurada personal, 22 de noviembre de 2017)

“Uno se siente cohibidos en la alimentación no puede uno cocinar para toda la familia” Alcira Medina, comentario grupo focal 18 de noviembre de 2017).

En la percepción de la técnica empleada en los grupos fue una visión favorable, dado en primera instancia porque mediante la lúdica se favoreció el aprendizaje de los temas vistos en los módulos, por otro lado ante la diversidad de las personas en la participación al compartir experiencias, se enriqueció el aprendizaje lo que hacía más interesante la experiencia. Para los pacientes la percepción del juego fue la innovación frente a otras actividades en las que habían sido invitados a participar previamente. Un punto en común, fue el aporte que hizo el juego en la parte visual pues las tarjetas hacían que los pacientes entendieran de una manera más profunda los conocimientos. Las educadoras manifestaron

sin embargo, que algunas tarjetas se mostraron confusas porque algunas imágenes se mostraron poco claras. Para las educadoras es fundamental, que el juego sea manejado por un personal entrenado y capacitado para manejar grupos con una disposición favorable para ello. Palabras en común fueron buena, interacción, lúdica.

“A uno le gusta estar con otras personas para que compartamos experiencias, así uno se entera de cosas que no sabía, además el juego es más divertido que esas charlas que siempre nos dan” (Abdón Ramírez comentario grupo focal 18 de noviembre de 2017).

“El juego facilita para que todos participen, y el profesional esta para aclarar las dudas y hacer ejemplos para que los pacientes entiendan. Porque ellos son más gráficos que teóricos. La diversidad de la población hace que lleguen a una conclusión” (jefe Nataly Hernández entrevista semiestructurada personal, 22 de noviembre de 2017)

En la categoría del contenido de la información, para los tres grupos fue concreta pero a su vez, se brindó información completa, que logro cumplir con las expectativas tanto de las educadores, como la de los pacientes. Sin embargo, los tres grupos coinciden en perciben que la información suministrada acerca del tema de nutrición pudiera ser más profunda manifestando las educadoras, sus necesidad en capacitarse en este tópico. Los pacientes manifestaron además su deseo de tener mayor conocimiento acerca de la actividad física. Por parte de las investigadoras y de las educadoras, se percibió dificultades en temas de nutrición, comentando ambas la necesidad de excluir las fichas con relación a

la enfermedad y la gestación el cual no aplicaba para la población objeto. Las palabras en común fueron: completos, concreto y dificultades.

“Hay fichas de alta complejidad en el juego o imágenes, que no sabía cómo manejar. Por ejemplo, conteo de carbohidratos, y en la lectura de etiquetas en ocasiones le tocaba a uno apoyarse en algunas cosas con la nutricionista “(jefe Ana Milena Chávez entrevista semiestructurada personal, 22 de noviembre de 2017)

*“Falta que profundicen la parte de alimentación, por ejemplo, me gustaría que me dieran ejemplos de preparación de verduras en diferente forma, algo rápido
“(comentario grupo Carmen Camacho, focal 18 de noviembre de 2017).*

9. DISCUSIÓN

La investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico ha permitido describir y evaluar las percepciones, declaraciones y las vivencias de los participantes del juego de Ronda a quienes se les invitó a asistir, con el fin de evaluar de una manera integral la intervención educativa planteada dentro de la Institución Prestadora de Salud. Este tipo de investigación nos ha dejado ver situaciones particulares en un ámbito local, que con evaluaciones cuantitativas posiblemente no permitirían particularizar, con miras a lograr un mejoramiento específico de la implementación de programas educativos en la población con patologías crónicas, siendo este el caso, en la atención integral de pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2. La evaluación cualitativa nos permitió entonces conocer las percepciones por parte de los participantes por medio de grupos focales frente a las categorías preconcebidas planteadas de la siguiente manera:

La percepción de motivación tiene una relación importante en primer lugar por adquirir conocimiento de la enfermedad, pues tanto a los participantes como a las educadoras les interesa adquirir y transmitir más información, en el grupo de los pacientes es importante destacar que la percepción de tener el conocimiento va de la mano con el lograr prevenir posibles desenlaces negativos de la enfermedad. Lo anterior, muestra una relación con lo descrito en estudios realizados con base en intervenciones educativas en diabetes, ya que al adquirir mayor conocimiento o lo que se menciona como alfabetización en salud refiriéndose a la capacidad de obtener, procesar y entender la información (36) tiene un vínculo importante con la mejoría en control metabólico de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 (37).

Por otro lado, otra percepción con relación a la motivación y como hallazgo interesante se encontró al conocer que los pacientes tienen mayor motivación cuando quien recomienda la actividad es su médico tratante, dado que, según el punto de vista de las educadoras, la connotación de compromiso puede jugar un rol preponderante en ellos, lo que demuestra la importancia de las recomendaciones entregadas por el profesional médico a los pacientes. Esto se complementa con lo encontrado por Powel y colaboradores, quienes describen en su estudio la importancia que cobra la disposición de un paciente para actuar en el cuidado de su enfermedad, pues esta se convierte en un componente crucial para el manejo exitoso de la patología (38), la cual a su vez tiende a favorecer la relación médico paciente.

Otro hallazgo importante en este punto, se encontró relacionado con la misma motivación que generaba el juego de la estrategia educativa planteada, pues era el medio por el cual, algunos participantes se sentían motivados a seguir asistiendo a las actividades, el reto de ganar y aprender jugando los invitaba a seguir acudiendo a cada sesión, destacando además que algunos de ellos manifestaron sus diferencias frente a las estrategias magistrales que se habían venido utilizando en la Institución prestadora de Salud. Esto se correlaciona con lo descrito por el Centro de Educación e Investigación de Wisconsin, de la Universidad de Wisconsin, Madison en su publicación del 2010, donde se argumenta que el juego motiva más a los pacientes que la narrativa, mostrando una buena evidencia de los efectos positivos de estas herramientas educativas en diabetes (39) Lo que reafirma que la participación activa del paciente mejora la adherencia al tratamiento permitiendo así una mejor calidad de vida.

Frente a la percepción descrita por los participantes en lo relacionado a las limitaciones externas, el factor predominante tiene relación con la disponibilidad de horarios o jornadas, siendo de preferencia el fin de semana para acudir a los talleres, pues es cuando menos se puede cruzar con otras actividades, como la jornada laboral, por ejemplo; sin embargo, cabe resaltar que la distribución de asistencia por días fue homogénea. En un estudio exploratorio realizado en Dinamarca, se demostró que tanto el individuo y los factores organizacionales son importantes para explicar la no asistencia a la educación, y para la logística de ello se deben tener en cuenta la importancia del tiempo individual, con el fin de adaptar los horarios a las situaciones y recursos de la vida de las personas; sin embargo se requiere explorar más a fondo para estudiar la relación dinámica entre factores individuales y organizacionales que expliquen la inasistencia a la educación.(40)

Por otro lado la necesidad que tienen algunos pacientes de requerir el acompañamiento de un tercero, hace parte de la limitación para acudir a las actividades. Un hallazgo dentro de esta categoría es que el mismo prejuicio negativo que se tiene de la enfermedad frente al establecimiento de “prohibiciones” hace que los pacientes, no asistan a estas actividades y cabe resaltar que esta percepción se adquirió de las jornadas diferentes al juego que se habían realizado previamente con los pacientes. Teniendo en cuenta lo anterior, sería importante en un futuro evaluar; el cómo se transmite el mensaje, ya que esto puede crear una propia limitante aun cuando el paciente o participante tenga disponibilidad para asistir.

En cuanto a la percepción de utilidad, se encuentra centrado en la importancia que tiene esta para la adquisición de conocimiento que permita poner en práctica conocimientos para su vida diaria. Con relación a esto, se encontró como hallazgo que los pacientes que

asistieron disminuyeron los niveles de hemoglobina glicosilada, sin embargo, no se puede determinar mediante este estudio si la disminución de estos valores tenga relación con la utilidad de la información que se brindó o por ajustes en sus controles médicos, a pesar de que en los grupos focales los pacientes y las educadoras fueron enfáticos en que la adquisición de este conocimiento permitió mejorar su aplicación a la vida diaria. Un estudio realizado en Chile, encontró que al realizar una intervención con enfermeras y nutricionistas en un campo de atención primaria mostró que posterior a la finalización de la intervención los pacientes obtuvieron una mejoría en el grupo de intervención del $-0.4 \pm 1.1\%$ pero no del grupo control. (41)

En la percepción personal y social de la enfermedad, priman en los pacientes sentimientos tales como desmoralización y desesperanza, a diferencia de los que perciben las educadoras el cual se encuentra fundamentado en sentimientos de miedo. En este sentido, los pacientes manifestaron estos sentimientos al interrogarles en los grupos focales, sin embargo, cabe anotar que durante el desarrollo del juego no se abordó este tema.

En este punto cabe anotar que uno de los estudios más grandes que se ha realizado sobre la realidad psicosocial que viven los pacientes con diabetes, el cual incluyó a 13 países participantes es el estudio DAWN (*Diabetes Attitudes Wishes and Needs*) el cual fue iniciado en el 2001 y cuyos resultados fueron publicados en el 2005. Este estudio mostró a la “angustia” como el sentimiento más común en esta población, y los proveedores reconocieron que los pacientes estaban preocupados dado que estos problemas interferían con sus esfuerzos de autocontrol. Una gran mayoría de los pacientes participantes (85.2%) informaron un alto nivel de angustia en el momento del diagnóstico, incluidos los sentimientos de conmoción, culpa, ira, ansiedad, depresión e impotencia. Otro momento en

el que surgían estos sentimientos eran muchos años después del diagnóstico (duración media de casi 15 años), cuando los problemas de convivencia con la diabetes seguían siendo comunes, incluido el temor a complicaciones las cargas sociales y psicológicas del cuidado de la diabetes. El 41% de los pacientes tenía un bienestar deficiente; sin embargo, solo el 10% informó haber recibido tratamiento psicológico, (42) lo anterior tiene una importancia vital ya que refuerza la necesidad de abordar este tema en futuras intervenciones de una manera integral incluyendo todo lo que concierne a un paciente con este tipo de patología, teniéndose en cuenta incluso el apoyo de un personal entrenado para ello.

En la categoría de limitación social, en ambos grupos (educadoras y pacientes) prevalece la percepción de la limitación que sienten los pacientes fundamentalmente en el ámbito alimentario ya que, al tener tantas prohibiciones en su dieta, sienten que no pueden compartir con sus seres queridos este espacio, empezando por la forma de preparar sus alimentos que en muchas ocasiones difiere del resto de la familia. En este punto, hay que señalar que, aunque algunos pacientes acudieron en compañía de sus familiares, otros no lo hicieron, lo cual sería importante estimular pues podría unificar y aclarar dudas y conceptos, que les permita compartir el desarrollo de la alimentación en conjunto, así como muchos otros temas de prevención importantes en desarrollar dentro del ámbito familiar como la realización del ejercicio entre otros.

La técnica educativa empleada en general, tiene una buena calificación por parte de los pacientes como de las educadoras, puesto que según sus percepciones el juego era divertido y dinámico; como lo describe Posada en su escrito, la lúdica motiva al estudiante para la

interacción de sus significados con otros y para que aplique los nuevos conocimientos en otros contextos que genera en el estudiante seguridad afectiva, pues cuando el estudiante integra el pensamiento, la actuación y la afectividad, da significado a su experiencias. De esta forma, las actividades lúdicas mejoran la motivación, atención, concentración, potencian la adquisición de información y el aprendizaje generando nuevos conocimientos. En su accionar vivencial y por su alta interacción con otros, y con el medio aumenta la capacidad al cambio, aumentando así la capacidad de recordar y de relacionarse dentro de ambientes posibilitantes, flexibles y fluidos. (43)

Lo anterior se encuentra fundamentado además, en que siendo un juego permite una interacción entre todos los participantes y la moderadora, permitiendo comentar experiencias vividas despejando dudas y afirmando conceptos, lo cual favorece para lograr una mayor percepción de conocimiento. Esta idea es compartida en otro estudio descrito por Padilla y colaboradores, donde se resalta el uso de grupos pequeños de un programa de educación en diabetes, ya que al desarrollarse un estrecho lazo entre los pacientes lo cual a su vez funciona como grupo de apoyo, promueve cambios positivos en la conducta y en los hábitos de los mismos, favoreciendo de esta manera la aceptación del tratamiento de la diabetes (44). Cabe resaltar, que el comparativo que influyó en esta percepción en los pacientes, se toma con relación a las técnicas magistrales empleadas con anterioridad, las cuales para algunos pacientes son buenas, pero para otros son monótonas y poco participativas, lo que no los motivaba a continuar asistiendo.

En cuanto a la técnica educativa empleada, el apoyo visual, sobre todo para las educadoras se tornó importante, pues permitió mediante las tarjetas del juego, las fichas y

los colores utilizados que los pacientes entendieran mayor el conocimiento, sin embargo, cabe resaltar que algunas de estas tarjetas fueron confusas, lo que hace necesario la capacitación apropiada por parte del educador para impartir el juego y lograr mayor provecho de ello. Es importante resaltar que el papel del educador es determinante para la realización de la actividad, porque no solo el conocimiento y entrenamiento que tenga la favorece, sino que la disposición para educar jugando, el ánimo y el manejo que tenga de grupos facilita que este se desarrolle con éxito.

En el contenido de la información la percepción general fue que se logró cumplir con las expectativas tanto de los pacientes como de las educadoras, sin embargo, ambos coinciden en que hay vacíos en temas de nutrición y los pacientes manifestaron su deseo de tener más información acerca de la actividad física. Lo anterior, se debe tener en cuenta como puntos álgidos a intervenir en un futuro, dentro de las estrategias educativas que se planteen, puesto que la parte nutricional cobra especial valor no solo en el tratamiento de la enfermedad, sino en las limitaciones que los pacientes refieren tener para su diario vivir y las interacciones al compartir con su familia lo que genera a su vez, un deterioro en la percepción social de la enfermedad.

10. CONCLUSIONES

La diabetes es una enfermedad con alto impacto socio económico a nivel mundial y Colombia no se muestra ajena a esta problemática. Dentro de las primeras líneas de atención en pacientes con este diagnóstico, se ha documentado la importancia que cobran las medidas no farmacológicas, siendo uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes la educación a los pacientes y el entendimiento de las motivaciones que esta genera en sus protagonistas favorece a una mejor aplicación de estas medidas.

Este estudio cualitativo con un enfoque fenomenología aplicado a una población Colombiana afiliada a una EPS del régimen contributivo de la a ciudad de Bogotá con diagnóstico confirmado de diabetes y con mal control glucémico permitió conocer las percepciones de los pacientes y de los educadores en salud que participaron de una estrategia educativa lúdica. En el análisis de la información se evidenciaron puntos determinantes siendo ellos la motivación, pues de nuevo cobra valor el interés por adquirir nuevo conocimiento, lo que tiene relación con lo encontrado en algunos estudios acerca de la importancia del mismo para los pacientes y con ello, la ganancia de mejores resultados en salud. Por otro lado las limitaciones externas, lograron describir las principales adversidades a las puede enfrentarse para lograr la asistencia un paciente a una intervención planteada.

Un punto importante hallado en este estudio tiene relación con la percepción personal y social de la enfermedad, pues son los sentimientos como la tristeza, miedo y la limitación que ejercen estos para compartir libremente con sus familiares entorno a este estado de

salud, lo que demanda la necesidad de enfocar y tratar oportunamente de una manera integral a los pacientes con dicha patología, pues se pueden convertir estos en determinantes del autocontrol de la enfermedad como lo describe a su vez la literatura.

De otro lado, la lúdica, y la alfabetización en salud se mostraron como una sociedad importante para el desarrollo de esta intervención pues permitió tanto a los pacientes como a las educadoras intercambiar experiencias y conocimiento, motivando a ambos grupos a lograr una mayor compromiso en el control de la enfermedad.

Hasta el momento sigue siendo de vital importancia más investigaciones que permitan conocer más acerca del impacto de la educación sanitaria en la población con diagnóstico de diabetes. Sin embargo los hallazgos descritos en este estudio, pueden favorecer no solo la escogencia de las futuras técnicas educativas sino que también pueden llevar a establecer determinantes que permitan motivar, trabajar sobre las limitaciones y sobre todo favorecer el enfoque integral, que tanto valor cobra en los pacientes con patologías crónicas.

11. CRONOGRAMA

Cronograma de realización del protocolo			
No.	Descripción de la actividad	Mes de inicio	Duración
1	Pregunta de investigación y planteamiento del problema	1	2
2	Búsqueda de la información disponible acerca de la diabetes tipo 2 en el mundo y en Colombia Búsqueda de la información acerca de las estrategias educativas mundiales y locales en Diabetes tipo 2	2	3
3	Marco teórico y justificación del estudio	3	3
4	Definición de metodología	4	2
5	Revisión con tutor, entrega a comité de investigación	5	2
6	Entrega de solicitud de permiso para realización de grupos focales	6	2
Cronograma de desarrollo de protocolo			
1	Recolección de datos, realización de grupos focales con pacientes invitados a participar a las actividades educativas	7	2
2	Proceso y análisis de la información por categorías	8	1
3	Presentación e informe final	9	1

12. PRESUPUESTO

Rubro	Descripción	Cantidad	Costo unidad
Personal	Médico general	2	\$11.250 /h
	Enfermera Jefe	4	\$8.500/h
	Capacitación de personal	4 horas	\$25.000/h
	Auxiliar de enfermería	2	\$6.500/h
Equipos	Computador portátil	2	\$2.000.000
Materiales	Juegos de Ronda	2	\$100.000 c/u
	Resmas de papel x 500 Hojas	5	\$ 9.500 c/u
	Sobres de manila	20	\$200 c/u
	Esferos caja x 12	4	\$ 9.500
	Tablas de apoyo	20	\$5.700
Software	Programa Excel (Office)	Suscripción	\$30.000 mes
IPS	Auditorio		
Material Bibliográfico	Información obtenida de biblioteca Universidad el Bosque		

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Epidemiology and Mobility. In: International Diabetes Federation. Available from <http://www.idf.org/>. Seventh Edition 2015.
2. Escobedo J, Buitrón LV, Velasco MF, Ramírez JC, Hernández R, Macchia A, et al. Carmela Study Investigators. High prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in urban Latin America: the CARMELA Study. *Diabet Med.* 2009; 26:864-71
3. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Junio de 2015; 92-101.
4. Consenso basado en evidencia Actualización 2016. Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadiada en 1 - 4 y 5 sin diálisis, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Cuenta de Alto Costo 2016.
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2014. *Diabetes Care.* 2014;37(suppl 1): S14-S80
6. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Studies of educational intervention and outcomes in diabetic adults. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J. Diabetes;* 2003: 27 (Suppl 2): S1 - S152

7. Alayin, Alicia N and Mosquera-Vásquez, Mario Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. Rev. salud pública, Nov 2008, vol.10, no.5, p.777-787. ISSN 0124-0064
8. Pinilla, Análida E et al. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. Rev. Salud pública, Abr 2011, vol.13, no.2, p.262-273. ISSN 0124-006
9. Velandia-Arias, Anita and Rivera-Álvarez, Luz N Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. salud pública, Ago 2009, vol.11, no.4, p.538-548. ISSN 0124-0064
10. Lobelo, Felipe et al. Carga de Mortalidad Asociada a la Inactividad Física en Bogotá. Rev. salud pública, Nov 2006, vol.8, suppl.2, p.28-41. ISSN 0124-0064
11. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, 2010. Accessed January 16, 2013
12. Alwana et al. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. The Lancet, 2010, 376:1861–1868
13. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27:1047e53.
14. Organización Mundial de la Salud. Actualización de Abril de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 (Mayo 28). Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, D.C.:

Diario Oficial 48811; Mayo 28 de 2013. [Cited 2014 Apr 21]. Available from:
<http://goo.gl/y3hgTq>

16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 00412 de 2000 (febrero 25): Por la cual se establecen las actividades de protección específica y detección temprana de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 46.405; abril 30 de 2000.
17. Educación terapéutica en la cronicidad: el modelo de la diabetes Therapeutic education in chronic patients: The diabetes model Margarida Jansà y Mercè Vidal. *Endocrinol Nutr.* 2015; 62(2):53-55
18. Diabetes; Recent Findings from University of Amsterdam Advance Knowledge in Diabetes (Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers) *Journal of Diabetes*, 2015;7(3):418-25
19. Look AHEAD Research Group. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial. *Diabetes Care.* 2007 Jun; 30(6):1374–1383. [PubMed: 17363746]
20. Joslin Clinic. Foods that Fit. Patient education. 2017 Disponible en:
http://www.joslin.org/care/eating_well_when_you_have_diabetes.html
21. Roter LD, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36:1138– 1161
22. Tricco, A. C., Ivers, N. M., Grimshaw, J. M., Moher, D., Turner, L., Galipeau, J., & Tonelli, M. (2012). Effectiveness of quality improvement strategies on the

- management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9833), 2252-2261.
23. Pérez Rodríguez A, Barrios López Y, Monier Tornés A, Berenguer Gouarnalusses M, Martínez Fernández I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. *MEDISAN* [Internet]. 2009 [citado 5 Nov 2014]; 13(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san11109.htm
 24. Duperly J, Lobelo F. “Ejercicio y Diabetes Mellitus”. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes “ALAD”*, Volumen 2, No. 2 Junio de 2012, pág. 248-255. ISSN 2248-6518
 25. Lillypro. Lilly S.A.; 2014; acceso 9 de mayo de 2014. *Conversaciones sobre Diabetes*. Disponible en:
<https://www.fedesp.es/bddocumentos/4/Que%20es%20CMAPs%20como%20funciona.pdf>
 26. Aschner P. Epidemiología de la Diabetes en Colombia. *Avances en Diabetología*. 2010;26 (2):95-100
 27. Vargas-Uricoechea and Casas-Figueroa *Annals of Global Health*, VOL. 81, NO. 6, 2015 November-December 2015: 742–753
 28. Política de Atención integral en Salud. “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”. Enero Ministerio de Salud y Protección Social
 29. Organización Mundial de la Salud (1978): *Salud para todos. Declaración de Alma Ata*. Ginebra: OMS. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm [Consulta: agosto 2008]. — (1998b): *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: OMS

30. De Vincezi Ariana, Tudesco Fedra. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Universidad Abierta Interamericana, Argentina Revista Iberoamericana de Educación. ISSN: n. ° 49/7 – 25 de junio de 2009.
31. Canadian Diabetes Association, Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian Journal of Diabetes. 2008
32. Williams GC, McGregor H, Zeldman A, et al. Promoting glycemic control through diabetes self-management: evaluating a patient activation intervention. Patient EducCouns. 2005; 56:28-34
33. Hernandez Sampieri. Metodología de la Investigación. Sexta edición, 2014
34. Aguirre-García, Juan Carlos; Jaramillo-Echeverri, Luis Guillermo. Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia), vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pág. 51-74 Universidad de Caldas Manizales, Colombia.
35. Saldaña J. The Coding Manual for Qualitative Researchers 2009.
36. Selden CR, Zorn M, Ratzan S, et al. Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, Md: National Library of Medicine; 2000
37. Otero L, Zanetti M. Ogrizio M et al. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Revista Latinoamericana Enfermería. 2008; 16 (2): 231-237.
38. Powell, C. K., Hill, E. G., et al. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. The diabetes educator. 2007; 33 (1):144-151

39. Patterson N, Wolfenstein M, Millar, et al. Games and simulations for diabetes education. Retrieved from University of Wisconsin–Madison, Wisconsin Center for Education Research. 2011 Working Paper No. 2011-1.
40. Schwennesen Nete, [Henriksen JE](#), [Willaing I](#), et al. Patient explanations for non-attendance at type 2 diabetes self-management education: a qualitative study. *Scandinavian Journal of caring sciences*. 2016; 30 (1):187-92.
41. Robles Sylvia, White Franklin, Jadue Liliana, et al. Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2001; 10 (5)
42. Funnell M. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Study. *Clinical Diabetes, American Diabetes Association*. 2006; 24 (4):154-155
43. Posada González Regis. La lúdica como estrategia didáctica. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas. 2014; 28.
44. Padilla, G. Impacto de un Proceso Educativo en Pacientes Diabéticos tipo II, sobre la Evolución del Consumo de Alimentos. Tesis de Licenciatura en nutrición, Universidad de Costa Rica.1995.