

## "Aplicación de estrategias de comunicación en programas de capacitación a pacientes con diabetes mellitus: caso Ciudad Victoria, Tamaulipas

"Eje temático: COMUNICACIÓN Y SALUD

### **Autores**

Carlos David Santamaría Ochoa, Ph. D.

Pasaporte: G09921207

Universidad Autónoma de Tamaulipas

santamariaochoa@me.com

Vázquez González Silvia, Ph. D.

Cid de León Bujanos Blanca Guadalupe, M.S.P.

bcidle@uat.edu.mx

---

### **Carlos David Santamaría Ochoa Ph.D.**

(México, D.F., 1957), Licenciado en Relaciones Públicas, maestro en Trabajo Social con especialidad en Orientación Familiar, Maestro en Comunicación con énfasis en medios masivos, (Universidad Autónoma de Tamaulipas); Doctor en Comunicación y Periodismo (Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España), Profesor investigador de tiempo completo en la Unidad Académica de Derecho y Ciencias Sociales (U.A.T.) Catedrático desde el año 2001.

Integrante del Cuerpo Académico "Comunicación Estratégica" de la UADCS.

Periodista desde el año de 1979, fotógrafo, promotor de educación en diabetes.

Presidente de la Asociación Mexicana de Diabetes en Ciudad Victoria en dos ocasiones, presidente del Task Force de Consumidores de la región SACA (Sudamérica-Centroamérica) de la IDF (International Diabetes Federation, 1999), presidente de la Federación Mexicana de Diabetes A.C. período 2000-2002.

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

Editorialista en diversos periódicos, revistas y portales de circulación nacional y extranjera, investigador en comunicación.

Ha sido jefe de prensa en el Hospital General de Ciudad Victoria y en el Instituto Electoral de Tamaulipas, fotógrafo de prensa desde 1979 a la fecha, foto documentalista.

Autor de libros como: Historia Gráfica de Tamaulipas (ITCA, 1989) Y Diario del Camino (U.A.T., 2007), así como colaborador en diversas revistas de información diversa.

Como miembro de la Federación Mexicana de Diabetes se ha desempeñado como promotor de la educación sobre este padecimiento durante dos décadas. Fundador de la asociación "Vive con Diabetes A.C."

#### **Vázquez González Silvia, Ph.D.**

Licenciada en Trabajo Social. Doctora en Ciencias Sociales e Intervención por la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla España. Profesora de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Líder del grupo de investigación "Vulnerabilidad e integración Social" de la misma Unidad.

#### **Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos, M.S.P.**

(Matamoros, Tamps., 1959). Licenciada en Trabajo Social, Maestra en Salud Pública, egresada de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesora de tiempo completo e investigadora en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas desde 1995. Integrante del Grupo Disciplinar "Vulnerabilidad Social" de la misma Institución Universitaria.

Jefe del departamento de Relaciones Públicas del Hospital General de Ciudad Victoria; jefe del departamento de Trabajo Social en el mismo hospital.

Jefa del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud en Tamaulipas (2008 a la fecha)

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

Cuenta con la Especialidad en Terapia Familiar, Diplomado en Gerencia Hospitalaria, Psicoterapia Gestáltica, en SICALIDAD, entre otros.

## INTRODUCCIÓN

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

Dentro de las estrategias instrumentadas hace años, se ha llevado a cabo un ambicioso programa cuya base es la ayuda mutua: los clubes llamados “de auto ayuda” resultaron ser un factor crucial en el abordaje de la enfermedad con mayor índice de mortalidad desde la década de los noventas.

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

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

El presente trabajo pretende ubicar el rol del paciente en su realidad actual, al personal sanitario y sus estrategias para capacitar y prevenir el avance de enfermedades crónico degenerativas, y a los comunicadores, para que, en conjunto

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

con el personal sanitario, puedan propiciar la búsqueda de nuevas estrategias cuyo resultado pueda impactar positivamente en las estadísticas de salud, no solo de México, sino del mundo.

## **HIPÓTESIS**

¿Se requiere un cambio de estrategias de capacitación a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas para su correcta comprensión y aprovechamiento?

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

## **REFLEXIONES TEÓRICAS**

Es la diabetes mellitus una enfermedad crónico-degenerativa, de carácter incurable, cuya característica supone el desarrollo de complicaciones, basadas en el daño en las células beta que se ubican en los islotes de Langerhans, en el páncreas, lo que propicia que éste último genere una insuficiente cantidad de insulina para cubrir los requerimientos humanos, o que la generada no tenga la calidad necesaria para hacer frente a las demandas del organismo; ésto provoca que los niveles del glucosa en la sangre se eleven considerablemente, fuera de los rangos establecidos como

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

adecuados, mismos que oscilan entre los 70 y 100 mg/dl., según la clasificación de la American Diabetes Association (ADA), avalada por la IDF (2006)<sup>1</sup>.

Al experimentar el organismo una elevación considerable de estos niveles de glucosa en sangre, se propicia el que haya desórdenes en el mismo, principalmente, en vasos sanguíneos, lo que provoca complicaciones que van desde las más conocidas como retinopatía (daño en la retina), nefropatía (daño en el riñón) y neuropatía (daño en las terminales nerviosas), así como también daño en el sistema circulatorio, lo que lleva a una alta prevalencia de infartos, enfermedades cerebrovasculares y otras, elevando los riesgos de mortalidad en quien la padece o ha sido diagnosticado (Cabezas Serrato, Touriño Peralba, Cabezas Agrícola, 2004)<sup>2</sup>.

Dice el Atlas de la IDF al respecto:

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

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

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

<sup>1</sup> [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_450\\_es.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_450_es.pdf) p.18

<sup>2</sup> <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1288876>



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

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

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

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

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

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa con alcances impresionantes: en el mundo, según estadísticas de la OMS –Organización Mundial de la Salud- existen, según registros de 2004, más de 346 millones de personas que han

sido diagnosticadas con esta enfermedad, y se calcula que a partir de esa fecha, y hasta el año 2025, los casos se dupliquen.

Se considera, según la Federación Internacional de Diabetes, que hay poco más de 183 millones de personas con diabetes que no han sido diagnosticadas.

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

La IDF –International Diabetes Federation- asegura en su Atlas 2011 que ya los casos superan los 366 millones, es decir, el 8.3 por ciento de la población adulta mundial, y para el año 2030 serán 552 millones, lo que constituye el 9.1 por ciento de la población, y que significa que cada 10 segundos hay 3 casos nuevos en el orbe.

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

En este sentido, la Secretaría de Salud instrumentó un programa denominado “Clubes de Autoayuda”, ahora “Grupos de Ayuda Mutua” (GAM); de acuerdo a la guía técnica para su funcionamiento, de la Secretaría de Salud en México, se concibe como “La organización de los propios pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la diabetes”. Dicha organización debe contribuir a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adherencia o apego al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud. En éstos grupos se proporciona capacitación y orientación a los pacientes que acuden a sus centros de salud o a los hospitales; el objetivo es propiciar un autocuidado en éstos, y que tengan

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

el conocimiento básico para poder controlar su diabetes, evitando así las complicaciones crónicas y agudas.

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

El objetivo principal es que el paciente recurra a lo que se conoce como “empoderamiento” de la enfermedad, es decir, que tome el control de la misma en cuanto a información y control se requiere. La premisa principal es que si el paciente tiene la información necesaria, puede tomar las decisiones propias, considerando lo que afecta a su salud. La decisión de tomar determinados cuidados depende de él, apoyado por el conocimiento surgido de los clubes de ayuda mutua, tanto de los profesionales de la salud como de los otros pacientes que acuden a él y propician una retroalimentación en cada uno de los integrantes.

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

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.



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

Otras complicaciones crónicas son: retinopatía diabética, que al cabo de 15 años de evolución de la diabetes en promedio ocasiona ceguera en un 2 por ciento de los pacientes, aunque también se sabe que un 10 por ciento de éstos sufre deterioros graves. También se sabe que es de las principales causas de insuficiencia renal, considerando que del 10 al 20 por ciento de pacientes con diabetes mueren por esta situación, según establece la Asociación Latinoamericana de Diabetes en su documento "Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2".

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

En materia de economía se considera que la diabetes causa grandes pérdidas a los sistemas sanitarios, como ejemplo, la OMS calcula que entre los años 2006 y 2015, China dejaría de percibir alrededor de 550 mil millones de dólares por causa de las cardiopatías, accidentes vasculares y diabetes mellitus (OMS, 2012).

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

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

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

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

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

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

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

El ritmo actual de la vida en las grandes ciudades orilla a muchos hogares al consumo de productos alimenticios no balanceados, ricos en carbohidratos, que tienen

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

repercusión directa en el peso corporal y por consiguiente, en el riesgo de ser diagnosticado con diabetes. En ese sentido, habrá que establecer estrategias que convencen al paciente y al ciudadano en general de cuidar su alimentación y su peso corporal.

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

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

Prácticamente todos los modelos que se han desarrollado consideran que la retroalimentación es el principal justificante de la eficiencia en el proceso comunicativo, inclusive en el modelo de Schram<sup>1</sup>, que utiliza el “campo de la experiencia” como base para transmitir el mensaje adecuado. En este caso, y ubicando las necesidades de los grupos de pacientes con diabetes mellitus, suele considerarse el empleo de este modelo, dado que la experiencia de uno y otro paciente puede ayudar a que los demás entiendan los términos que se emplean y manejan en la reunión, propiciando un mayor entendimiento y por consiguiente, logrando un apego a las indicaciones fundamentales que debe tomar cada paciente.

Tal es el caso de las estrategias con los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus: si el mensaje de control no es recibido adecuadamente, quiere decir que la comunicación presenta algunos *ruidos* que deben atenderse para que pueda existir la

retroalimentación adecuada que, en este caso, se debe reflejar en el estado de salud de cada individuo. Es necesario señalar que lo que en el ámbito comunicativo se conoce como ruido se refiere a las *barreras* que se pueden presentar y que evitan que se complete el proceso comunicativo.

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

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

Resulta determinante el hecho de que los miembros del equipo multidisciplinario tengan posibilidad de capacitarse en el mismo sentido, propiciando el que se conviertan en monitores para los pacientes, otorgando la información necesaria de forma clara y sencilla, para que los resultados se vean reflejados en su estado de salud.

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

Considerando los dos tipos básicos de grupo en cuanto a pertenencia, y que son la adscripción, es decir, cuando se pertenece por defecto, como puede ser la familia, y por adquisición, que considera la elección propia del mismo, los pacientes y

familiares se ajustan al segundo tipo, dado que se requiere de su consentimiento para que participen en las actividades. Deben ser funcionales, es decir, enfocados al objetivo común que es el control de la diabetes mellitus.

Para lograr el buen funcionamiento del mismo, Gibb (1982) propone atender 8 principios para lograr un adecuado aprendizaje en los miembros del grupo, y que son: ambiente, reducción de la intimidación, liderazgo, formulación del objetivo, flexibilidad, consenso, comprensión del proceso y evaluación continua.

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

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

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

Respecto a los miembros del grupo, Chehabayar y Kuri (1989) sugiere que el sujeto de aprendizaje o el integrante del grupo *necesita saber qué aprende, sentirse productivo y aportar él mismo de su propia experiencia. Que no sea suficiente entender la información, sino tener la posibilidad de utilizarla.*



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

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal del presente trabajo es contar con las herramientas que permita evaluar el impacto de las estrategias comunicativas utilizadas en los grupos de ayuda mutua por el personal de salud, en el caso de los pacientes con diabetes.

Asimismo, se busca lograr que los instructores –médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud- puedan utilizar otras estrategias para informar y convencer al paciente de la necesidad de un cuidado más intenso, a manera que pueda tener un mejor control glucémico y evitar un gran número de complicaciones.

## **MÉTODO**

El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, transversal considerando además algunas entrevistas no estructuradas, para conocer la opinión de pacientes adheridos al Grupo de Ayuda Mutua del Hospital Civil de Ciudad Victoria, Tamaulipas, con respecto a la influencia que tiene la información recibida en sus actividades y su impacto en el control glucémico.

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

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

## RESULTADOS

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

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

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

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

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

Los pacientes expresaron interés por conocer más acerca de la enfermedad, aprender de otra forma a mejorar su control glucémico y tener una comunicación más estrecha con sus familiares y el personal de salud.

## **CONCLUSIONES**

Existe una barrera entre el profesional de la medicina y el paciente, provocada por la falta de claridad en los mensajes, de ahí que se requiera buscar otro tipo de estrategias de comunicación adecuadas, que permitan a unos y otros interactuar de forma positiva, logrando que el paciente tenga las herramientas necesarias que le permitan tomar las decisiones adecuadas respecto a su tratamiento, considerando como resultado la mejora de su salud en general.

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

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

Se necesita cambiar estrategias en los clubes de apoyo a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, en donde se fortalezca la comunicación entre los miembros del grupo de ayuda mutua, así como los lazos de unión, para crear verdaderas redes de apoyo que, con una adecuada comunicación, faciliten la atención y el buen control del padecimiento.

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

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

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

Tamaulipas, para lo que se ha establecido ya el contacto con la Secretaría de Salud en Tamaulipas, para llevarlo a cabo, en forma piloto, en los hospitales ubicados en la capital del estado, y donde se cuenta con grupos de pacientes con diabetes conformados con antelación, y que tienen un programa de capacitación continua.

### Referencias Bibliográficas:

1. Baden Powell, Robert (2010) Escultismo para muchachos, México, CEAC
2. Berlo, David K. (2003) *El proceso de la comunicación, Introducción a la teoría y a la práctica*, México: Ateneo.
3. Cirigliano, Gustavo y Villaverde, Anibal, (1982) *Dinámica de Grupos y Educación*, Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
4. Chehayabar y Kuri, Edith, (1989), *Técnicas para el Aprendizaje Grupal*; Universidad Nacional Autónoma de México, México.
5. Dirección de Desarrollo Académico, (1993) *Taller de Dinámica de Grupos*, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.
6. Dorantes, Mauricio (2010) México, primer lugar en obesidad infantil, consultado en:  
[http://www.amnu.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31:articulo-2&catid=10:articulos](http://www.amnu.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=31:articulo-2&catid=10:articulos) el 5 de octubre, 2012)
7. Federación Internacional de Diabetes, (2011), *Atlas Mundial de la Diabetes*, (versión en español), Federación Internacional de Diabetes, Bélgica
8. Fernández C. Carlos, *La Comunicación Humana en el Mundo contemporáneo*, (2001), Mc Graw Hill, México
9. Gibb, Jack R. (1982) *Manual de Dinámica de Grupos*, Buenos Aires, Argentina: Humanitas.

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.



10. Trevithick, Pamela, (2010), *Habilidades de Comunicación en intervención social*, Madrid, España, Narcea
11. Villanueva, Víctor, (2003, agosto) Enfoque práctico de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina*, UNNE, Buenos Aires, Argentina, (130) 34-39

### **Páginas Web consultadas**

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> (Consultada el 21 de junio, 2012)
2. <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/prologo?language=es> (Consultada el 21 de junio de 2012)
3. <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm> (Consultada el 3 de octubre, 2012)
4. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11094&c=15273&s=est&cl=4#> (Consultado el 3 de octubre, 2012)
5. <http://vivecondiabetes.com/basicos-de-diabetes/estadisticas> (Consulta: 5 de octubre, 2012)
6. [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_450\\_es.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_450_es.pdf) (Consultado 5 de octubre, 2012)
7. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1288876> **J Cabezas-Cerrato, R. Touriño Peralba, José Manuel Cabezas Agrícola** (2004) *Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus*, publicado en *Medicine*, ISSN 0304-5412, **Serie 9, Nº. 16, 2004** (Ejemplar dedicado a: Enfermedades endocrinas y metabólicas (IV). Diabetes mellitus y otros trastornos del metabolismo de la glucosa y fosfocálcico), págs. 990-999
8. <http://www.inegi.org.mx>
9. <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf> Guías

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2  
(consultado, Octubre 20, 2012)

10. <http://med.unne.edu.ar/revista/revista130/enfoque.pdf> Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina, UNNE, Buenos Aires, Argentina, No. 130, (2003) Consultada, octubre 21, 2012
- 

[www.panam2013.eci.unc.edu.ar](http://www.panam2013.eci.unc.edu.ar) | [www.eci.unc.edu.ar](http://www.eci.unc.edu.ar)  
Tel.: +54 351 4334160 int. 103.  
Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.