



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosí

Dra. Paulina Torres Galván

DIRECTORA METODOLÓGICA

Dra. Lorraine Terrazas Rodríguez

CODIRECTORA

Dra. Gabriela Virginia Escudero Lourdes

FEBRERO 2022



Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosí por Paulina Torres Galván se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
AUTORIZACIONES**

DR. DANIEL ERNESTO NOYOLA CHERPITEL.

Secretario de Investigación y Postgrado de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ.

Encargado de la Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud, I.M.S.S.

DRA. LORRAINE TERRAZAS RODRIGUEZ .

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DR. FLORIBERTO GOMEZ GARDUÑO

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosí

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Paulina Torres Galván

ASESORES:

Dra. Lorraine Terrazas Rodríguez

Asesora Metodológica

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud, UMF No. 47, IMSS

Dra. Gabriela Virginia Escudero Lourdes

Asesora Estadística

Jefatura Estatal de Educación en Salud de los Servicios de Salud del Estado de SLP

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2019 - 2022

ÍNDICE

	Página
Índice.....	7
Resumen.....	9
Lista de cuadros y tablas	10
Lista de gráficos	11
Lista de abreviaturas	12
Lista de definiciones	13
Dedicatorias.....	14
Introducción.....	15
Antecedentes.....	16
Justificación.....	25
Planteamiento del problema.....	26
Objetivos.....	28
Hipótesis.....	29
Sujetos y métodos.....	30

Criterios.....	32
Ética.....	33
Recursos.....	34
Resultados	36
Discusión.....	43
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación.....	46
Conclusiones.....	47
Bibliografía.....	48
Anexo 2. Cronograma de Actividades.....	52
Anexo 3. Consentimiento Informado	53
Anexo 4.. Hoja de recolección de datos	57
Anexo 5.. Planeación Didáctica.....	59
Anexo 6.Instrumento de evaluación.....	67

RESUMEN

Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosí

TORRES GALVÁN PAULINA¹ TERRAZAS RODRÍGUEZ LORRAINE, ESCUDERO LOURDES GABRIELA VIRGINIA ² ¹Residente de Medicina Familiar ²Coordinación

Clínica de Educación en Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47,

IMSS, **Introducción.** El manejo integral hacia los pacientes que padecen Diabetes

Mellitus tipo 2 (DM2) disminuye la aparición temprana de complicaciones. Trabajo

Social es parte de un equipo multidisciplinario capaz de prevenir y reducir las

consecuencias sociales y psicológicas negativas de padecer una enfermedad y proveer

las herramientas para el desarrollo de habilidades de adaptación a la nueva etapa

social y de salud. **Objetivo:** Evaluar los resultados de una Estrategia Educativa el

Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital

General de Zona c/MFN. 1 en San Luis Potosí **Material y métodos:** Diseño cuasi-

experimental, transversal descriptivo, con un enfoque mixto. La unidad de investigación

estuvo compuesta por el personal de Trabajo Social del HGZ c/MF N.1. La Estrategia

Educativa constó de 8 sesiones sobre temas de DM2; teniendo una evaluación inicial y

final, así como 3 grupos focales finales para la parte cualitativa. Ningún participante

tenía previo adiestramiento en DM2. Se empleó estadística descriptiva, así como

inferencial aplicando la prueba de Wilcoxon para la significancia de los resultados.

Resultados: Los resultados comparativos entre una evaluación diagnóstica y una

posterior a la implementación de la EE arrojaron una p significativa de 0.001 con un

margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%. Se realizaron 3 grupos focales al

término de la Estrategia Educativa donde se abordó el impacto de la misma sobre su

actividad laboral diaria **Conclusiones:** La implementación de la Estrategia Educativa

mejoró el nivel de información de manera significativa en el tema de DM2 para los

Trabajadores Sociales. El personal de Trabajo Social funge un papel primordial en la

orientación del paciente.

Palabras clave.

Estrategia Educativa, Trabajo Social, Diabetes Mellitus

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

	Página
Cuadro 1. Recursos Físicos.....	34
Tabla 1. Frecuencia por Sexo.....	36
Tabla 2. Frecuencia por Edad.....	36
Tabla 3. Frecuencia por Turno.....	37
Tabla 4. Frecuencia por Grado de Estudios	37
Tabla 5. Frecuencia por Categoría.....	37
Tabla 6. Frecuencia por Años de Experiencia Laboral.....	38
Tabla 7. Resultados de evaluación pre y post a la Estrategia Educativa.....	39
Tabla 8. Análisis de muestra con prueba no paramétrica.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1. Desviación estándar Evaluación Inicial.....	40
Gráfico 2. Desviación estándar Evaluación Final	40
Gráfico 2. Diferencia de resultados pre y post evaluación.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

- DM2**: Diabetes Mellitus tipo 2
- TS**: Trabajo Social
- EE**: Estrategia Educativa
- OMS**: Organización Mundial de la Salud
- ADA**: American Diabetes Association
- HGZ**: Hospital General de Zona
- MF**: Medicina Familiar
- UMF**: Unidad de Medicina Familiar
- HDL**: colesterol de alta densidad
- GPC**: Guía de Práctica Clínica
- HBA1C**: Hemoglobina glucosilada
- OPS**: Organización Panamericana de la Salud
- IMSS**: Instituto Mexicano del Seguro Social
- FITS**: Federación Internacional de Trabajadores Sociales
- PIB**: Producto Interno Bruto

LISTA DE DEFINICIONES

-Estrategia Educativa: Plan de acción ordenado y organizado para un fin determinado

-Trabajo Social: Profesión que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas.

-Adiestramiento: Cualquier preparación con el propósito de mejorar el rendimiento físico o intelectual.

-Grupo Focal: Técnica de investigación cualitativa que consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guión de temas o de entrevista

-Frecuencia: Medida del número de veces que se repite un fenómeno por unidad de tiempo.

-Desviación estándar: Medida que ofrece información sobre la dispersión media de una variable

-Sociodrama: Representación de algún hecho o situación de la vida real en un espacio físico realizado por un público involucrado, el cual también participa posteriormente analizando la situación en mayor profundidad

DEDICATORIA

A mi familia y amigos por estar a mi lado, por su afecto en estos tiempos de lucha.

A mis maestros por compartirme su saber, su experiencia y su bondad

A mis asesoras por su guía y su tiempo

A mis compañeros por la experiencia sinigual de la residencia y a cada persona que ha contribuido a mi aprendizaje personal y profesional

INTRODUCCIÓN

La necesidad de un manejo integral hacia los pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es por demás conocida. Este manejo multidisciplinario dado por un experto equipo de salud se ha estudiado de forma internacional, se ha descrito y posteriormente concluido que mejora el pronóstico a largo plazo, disminuyendo la aparición temprana de complicaciones; la capacitación de todos los integrantes del equipo incluida la red de apoyo familiar y el paciente mismo resulta en uno de los pilares donde vale la pena enfocarse para fortalecer la salud emocional, física y social de las personas con este diagnóstico, de esta manera lograr el abordaje biopsicosocial. Un integrante de este equipo colaborativo es Trabajo Social, quienes son capaces de prevenir y reducir las consecuencias sociales y psicológicas negativas del padecer de la enfermedad y proveer las herramientas para el desarrollo de habilidades de adaptación a la nueva etapa social y de salud, ya que involucra un cambio drástico en el estilo de vida del paciente.¹

Es por eso por lo que el personal de Trabajo Social requiere manejar información acerca de la prevención, fisiopatología, diagnóstico y de forma básica el conocimiento del tratamiento de la DM2. Con esto, forman parte también de un equipo educacional de salud, por lo cual aquel paciente con información y comprensión de su enfermedad logra un mejor apego al tratamiento y control glucémico y aquellos que aún no la padecen, con la guía oportuna, serán capaces de prevenirla.^{2,5}

ANTECEDENTES

Un estudio reciente realizado en la Universidad de Pennsylvania sugiere escasez de conocimiento sobre estrategias educativas para instruir de forma efectiva a los profesionales de la salud en el tema del manejo de la DM2 hospitalaria.³ Existen muchas brechas entre los profesionales de atención médica y psicosocial en el dominio de conocimiento contextual y biomédico, así como en actitudes, toma de decisiones clínicas, confianza y familiaridad con los recursos de salud existentes en la atención sobre DM2.

En un estudio realizado en Dinamarca en 2017 se realizó un curso en línea de 6 semanas sobre DM2 y terapias de tratamiento de la obesidad, los profesionales de la salud participantes obtuvieron beneficios educativos con impacto en su práctica clínica, dicho curso proporcionó una actualización de ciencias clínicas en el campo de la diabetes y la obesidad y se obtuvieron resultados mediante una evaluación en la web y un autoinforme individual.⁴ En México, se cuenta con el antecedente de una estrategia educativa sobre la atención del paciente diabético para el personal de salud, en la cual se demostró una significancia estadística en el aumento del coeficiente de aprendizaje y donde la estrategia implementada mejoró en promedio un 40% el conocimiento básico teórico en esta enfermedad en los médicos participantes.³⁰ Así mismo desde la Coordinación de Educación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra en su sitio web una carta descriptiva para la capacitación del personal de enfermería sobre la detección de DM2 en módulos preventivos y si bien no cuenta con resultados, ilustra sobre los temas a tratar por el personal y el objetivo de dicho análisis.

31

A opinión de uno de los autores de esta tesis, una estrategia educativa aplicada adecuadamente y junto a herramientas inherentes al personal de Trabajo Social se lograría un desarrollo profesional del mismo equipo de forma tal que sea capaz de brindar un excelente nivel de atención al derechohabiente, además de mejorar las habilidades y por ende las estadísticas en detecciones oportunas de esta patología. Por lo anterior, en las unidades de atención médica donde se cuenta con bancos de datos sobre pacientes portadores de DM2 y los grupos de apoyo a los que pertenecen,

creados principalmente por el personal de Trabajo Social servirían como un buen conjunto de información para realizar intervenciones necesarias para el beneficio psicosocial del derechohabiente. Las intervenciones que ya han sido aplicadas se basan en el asesoramiento, apoyo psicosocial con instituciones o agrupaciones civiles y medidas de bienestar social en las que los objetivos de las mismas se establecen de acuerdo con el consentimiento, seguimiento y mejora del paciente. Las más comunes incluyen disminuir las preocupaciones o situaciones que generen estrés, aceptar la enfermedad, navegar la crisis y duelo que a menudo ocurre después del diagnóstico de una enfermedad crónica, así también cambios en el puesto o lugar de trabajo o actividades de tiempo libre que sean necesarios para que la vida cotidiana con la enfermedad fluya de la mejor manera posible. ^{5,6}

Sobre los antecedentes que plasman la importancia de la capacitación y el fortalecimiento del rol del Trabajador Social en el equipo de atención al paciente con DM2, se encontró un estudio realizado en Suecia donde se demostró que más de un tercio de los pacientes con recién diagnóstico de DM2 presentaba problemas psicosociales; un plan de atención psicosocial es vital para todos los pacientes independientemente del origen de sus problemas o afecciones.⁶ Existen investigaciones que ofrecen pautas e indicaciones para la efectividad de los equipos de atención multidisciplinarios, incluidas pruebas de implementación inicial y destacan la importancia de varios factores como los espacios físicos que facilitan interacción, los cognitivos que promueven un sentido de propósito y objetivos compartidos entre los miembros del equipo, comunicación efectiva y liderazgo y la organización que reflejan los objetivos y actividades del equipo. ⁷

En México se inició el programa de la trabajadora comunitaria de salud o asistente comunitaria, la cual estaba capacitada para educar a los pacientes con recién diagnóstico de DM2 y a aquellos en seguimiento, acerca de su auto monitoreo autocuidado de los pies, dieta y prevención de complicaciones; se demostró que su participación lograba mejorar el control y el seguimiento de pacientes de difícil adaptación a su padecer.⁸

A partir del 2008, la delegación estatal de San Luis Potosí cuenta con cuatro módulos de DiabetIMSS, ubicados en las unidades de Medicina Familiar No. 45 y 47 de la capital

potosina y en la UMF N. 3 de Ciudad Valles y UMF N. 10 de Matehuala. Estos módulos son multidisciplinarios, cuentan con especialista en Medicina Familiar, una enfermera general, personal de Trabajo Social y Nutrición, así como el servicio de Dental.⁹

Diabetes Mellitus tipo 2

La DM2 es una grave enfermedad crónica degenerativa que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.¹⁰

El sobrepeso y obesidad son patologías simultáneas a los pacientes con DM2, estas por medio de sistemas hormonales condicionan cierto grado de resistencia a la insulina y aquellos pacientes con DM2 que no tienen sobrepeso u obesidad pueden tener un incremento en el porcentaje de grasa corporal distribuida predominantemente en la región abdominal. Además, se han descrito múltiples factores de riesgo como lo son: la presencia de DM2 en familiares de primer grado, cursar con hipertensión arterial, edad de más de 45 años, ser sedentario, tener un índice de masa corporal mayor de 25, y una circunferencia de cintura de más de 102 cm en hombres y 88 en mujeres, haber cursado con un embarazo de producto macrosómico, padecer de Síndrome de Ovario Polisquístico, enfermedad vascular, bajos niveles de HDL, hipertrigliceridemia o la etnicidad (afroamericanos, hispanoamericanos).¹¹

Cabe hacer mención importante acerca de la condición de prediabetes que, si bien no es un estadio anterior a la misma, es considerado como un estado de resistencia a la insulina que pudiera progresar a DM2, entendiendo así su posible reversibilidad con las modificaciones pertinentes y oportunas en el estilo de vida. Su diagnóstico se utiliza en pacientes que no reúnen criterios diagnósticos para DM2, pero tienen resultados de laboratorio anormales. La guía práctica clínica mexicana (GPC) establece que se debe realizar el diagnóstico de prediabetes por medio del análisis de glucosa ayuno con valores de 100 a 125mg/dl y la intolerancia a la glucosa realizando la curva de tolerancia obteniendo un valor entre 140 y 199 mg /dl ya sea de forma individual o combinada.¹⁰

El diagnóstico oportuno de la DM2 se realiza de la misma manera, con pruebas de laboratorio, las cuales incluyen: 1) la toma de glucemia capilar al azar mayor a 200 mg/dl; 2) si presenta además síntomas clínicos que hagan sospechar de un incremento en la glucemia tales como polidipsia, poliaquiuria y polifagia apoyado con una toma de glucemia en ayuno (de al menos 8 horas) mayor o igual a 126 mg/dl; 3) glucemia mayor o igual 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa. (La sobrecarga oral de glucosa debe seguir las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)) y 4) una prueba confirmatoria basada en la Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) con resultado mayor o igual de 6,5 %.^{10,11}

Es necesario clasificarla por grado de deterioro de los mecanismos de glucorregulación, manifestados clínicamente con base en la cantidad y función de las células beta. Con cifras de glucemia alteradas mayores o iguales a los criterios diagnósticos se sitúa en la etapa 3, que conlleva un periodo transitorio inestable de descompensación temprana, la glucemia se eleva relativamente rápido y pasa a estado diabético y la etapa 4 con glucemia en ayuno ≥ 130 mg/dl y postprandial de ≥ 200 mg/dl que manifiesta una mayor pérdida celular; por último la etapa 5 con descompensación severa y profunda reducción de células beta, pérdida aguda de peso y fácil progresión a cetosis. El movimiento de Etapas 1-4 puede ser de progresión o reversión. Las personas con DM2 con tratamiento integral (alimentación saludable, ejercicio cotidiano, evitar el hábito de fumar), pueden recuperarse y pasar de la Etapa 4 a la Etapa 1 o 2. que implican solamente resistencia a la insulina que puede mantenerse en control.¹²

Según los datos de la American Diabetes Association (ADA), la incidencia de DM2 en hispanos/latinos es del 12,7% para 2017, que la colocó en la tercera causa de muerte para 2015 de las enfermedades crónicas afectando no solamente a adultos sino a jóvenes, hombres y mujeres.^{13,16} La Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS estiman que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes acorde a datos de 2011. Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030.¹⁴

México ocupa el noveno lugar a nivel mundial con nuevos casos de este padecimiento para 2018. Estimándose que los 6,8 millones de afectados aumentarán a 11,9 millones con un incremento del 175% y con una tasa de mortalidad que crece 3% cada año.^{10,14}

A nivel estatal, en San Luis Potosí acorde al Diagnóstico de Salud Sectorial 2018, la DM2 se encuentra en la 11va causa de morbilidad en la población general con 380,76 por cada 100,000 habitantes y como la segunda causa de mortalidad con una tasa del 76,10 por cada 100,000 habitantes en edades menores a 40 años, asciende a primer lugar en el grupo de 60 y más años, en ambos grupos etarios continúa siendo predominante en mujeres en un 51%.¹⁵

La DM2 es una enfermedad incurable pero controlable, se cuentan con diversos recursos (medicamentos, equipo para detección, técnicas de educación y mejores procedimientos) que ayudarán a lograr el cambio en su aparición.

La ADA en sus estrategias de 2020 propone nuevas formas terapéuticas basadas tanto en el uso de hipoglucemiantes orales como insulina, además de la alimentación equilibrada, control de peso e incremento de la actividad física acorde con la edad del paciente. El manejo con hipoglucemiantes orales pareció por varios años ser la única opción en la práctica médica, por lo que el uso de insulina actualmente se ha convertido en un dilema de contexto cultural para el médico para ser prescrita como tratamiento en casos de mal apego a hipoglucemiantes orales o DM2 de difícil control. Sin embargo, a pesar de la renuencia por parte de los pacientes para el uso de insulina, se ha logrado el aumento en el uso de la misma de 6.5% en 2012 a 11.1% en 2016.¹⁴

Un buen manejo terapéutico con apego al tratamiento por parte del paciente que desencadena en un control adecuado de la glucemia retarda la aparición de complicaciones. De estas, se reportan visión disminuida en un 47,6%; ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies 38%; retinopatía 13,9%; infartos 2,8%; amputaciones 2%, y terapia sustitutiva 1,4%.^{10,17} Cada una de ellas repercute económicamente a nivel institucional y familiar al ser necesaria la atención de alta especialidad fuese por consulta externa o por internamiento, este último lo más común, además que representa disminución en la calidad de vida y repercusiones psicoafectivas individuales y sociales. El IMSS es una de las principales instituciones proveedoras de atención hospitalaria por DM2 en México (46% de los egresos, correspondientes a trabajadores del sector formal de la economía), superando incluso a la Secretaría de Salud (38%), que atiende a la población sin seguridad social.¹⁸

Trabajo Social

Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), actualmente más de una tercera parte de estos en todo el mundo, desempeñan actividades profesionales en el área de la salud y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población.¹⁹

El trabajo social basa sus raíces en la Medicina y la Ciencia, por lo que se puede entender como la actividad profesional que indaga sobre los factores psicosociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad y les da seguimiento, así como el tratamiento de problemas de la misma índole ante una enfermedad de un individuo. Incluye el estudio del entorno del paciente en relación a su familia, ambiente y relaciones con la comunidad.^{19,20} Su participación en el ámbito de la salud va de la aplicación de métodos y técnicas específicas para confluir en un diagnóstico social que empate con el diagnóstico médico y eso proporcione al equipo un pronóstico integral de la enfermedad.

Uno de los objetivos de esta profesión es facilitar el desarrollo en forma plena las potencialidades de las personas, el enriquecimiento de sus vidas y la prevención de las disfunciones en las mismas; soluciona conflictos e invita al cambio para una buena convivencia social. Todo lo anterior basado en teorías sobre el conocimiento humano y sistema sociales y de forma estrecha ligado a los Derechos Humanos y la Justicia social.²¹

Su amplia composición en micro, meso y macro ambientes les proporciona a los profesionales en esta disciplina un abanico de oportunidades de empleo y de seguir desarrollándose en diferentes especialidades. El trabajo en microambiente tiene a enfocarse en individuos y/o familias manejando casos de salud mental, abuso de sustancias o terapia familiar, el ambiente meso es en torno a grupos, comunidades, escuelas y organizaciones; lo que en este estudio se pretende abarcar. Y por último el macro social que abarca la práctica de grandes sistemas como ciudades, participar en políticas sociales y efectuar investigaciones a nivel gubernamental. ²²

Haciendo referencia comparativa con un artículo de corte histórico realizado en Massachusetts, donde se exponen las cuatro ocasiones comunes en las que se deriva a Trabajo Social, todas ellas resultando de condiciones médicas laborales y/o pensiones²³, resulta interesante que, en nuestro medio, a derivación a Trabajo Social de manera institucional es en condiciones puntuales, pese a la cantidad de enfermedad psicosocial en Medicina. El uso limitado de estas referencias por un pequeño número de médicos sugiere que éstos (familiares y no familiares), al menos en la consulta externa clínica, tiene un juicio implícito o una idea precaria del equipo de Trabajo Social. A pesar de ello, el entrenamiento y la práctica de Trabajo Social están dirigidos hacia trabajar independientemente de las referencias, brindando consulta periódica a los derechohabientes si lo solicitan.

En el IMSS las acciones del equipo de Trabajo Social son fundamentadas en tres pilares: El Manual del Aplicador, el Programa de Educación en Diabetes y la GPC de Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. Estas acciones consisten en realizar una entrevista diagnóstica, identificar problemática social o falta de redes de apoyo e integrar al paciente a SOHDI (acrónimo derivado de las cuatro entidades clínicas involucradas: sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes), Pasos por la Salud, Vamos por más Kilos o Módulo de DiabetIMSS.

Es en este último donde la participación de los expertos en Trabajo Social cobra mayor relevancia para fines de este protocolo de investigación pues no solo el personal dispuesto en este Módulo es el que recibe la mayor solicitud de asesoría sobre DM2, sino que aquellos pacientes o familiares de estos, que acuden a seguimiento y en calidad de acompañantes presentan dudas que no fueron resueltas por el personal médico, por lo que se acercan a los módulos de Trabajo Social clínico.

El personal de Trabajo Social, en su totalidad, debe mantenerse cualificado, acorde con el documento de "Procedimientos para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002", algunas de sus acciones son promover la participación activa del paciente y su familia en los programas y actividades de salud, establecidas por la unidad y la Institución, integrar, coordinar y participar activamente en

los grupos de autoayuda formados en la unidad para la atención a derechohabientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y adulto mayor, etc.; así como participar en actividades de actualización continua y desarrollar proyectos de investigación enfocados a elevar la calidad del proceso de atención a la salud.²⁴ Referencia precisa como marco para la realización de este protocolo.

Estrategias Educativas

El término estrategia ha sido asociado tradicionalmente al arte militar, a la política y a la economía; sin embargo, lo podemos definir como un plan de acción ordenado y organizado para un fin determinado que implica además la adquisición de herramientas y habilidades para desarrollar y dirigir un asunto de cualquier temática.²⁵ En el plano educativo, estos procedimientos son planeados y creados intencionalmente para desarrollarse antes, durante y después de una tarea.

El presente protocolo con fin no solo de investigación en salud sino con el adicional educativo, realiza una intervención. Es importante definir que una intervención educativa precisa de la planeación de actividades concretas, activas y sistematizadas que favorezcan y faciliten, con el adecuado material didáctico, el proceso enseñanza-aprendizaje, para que este último resulte efectivo.

Se cuenta con poca literatura actualizada al respecto del desarrollo de estrategias y competencias educativas, pese a eso no deja de ser vigente el conocimiento y validez que se tiene respecto a ellas. J Cajide, investigador en Pedagogía, sugiere que una adecuada y funcional estrategia contenga los siguientes requisitos: 1) que sea bien definida, aunque sea susceptible a cambios, 2) se delimite y deje claro los objetivos, 3) que se especifiquen las tareas a realizar, 4) establecer los pasos a seguir, 5) realizar un análisis cualitativo o cuantitativo, 6) que estén abiertas a la colaboración y ayuda de expertos y 7) que se puedan evaluar con pruebas exploratorias para lograr comparar resultados entre diferentes técnicas y así poder establecer relaciones causales.²⁶ Así mismo tenemos la referencia de Díaz Barriga y Hernández Rojas, quienes coinciden en la flexibilidad de los procedimientos, con las técnicas adecuadas, además de la implicación del aprendiz en la toma de decisiones y la selección prudente e informada

de alternativas dependiendo de la complejidad del contexto que se presente; con esto podemos conformar un plan didáctico de calidad.²⁷

Las estrategias requieren de la aplicación de conocimientos metacognitivos, de lo contrario se confundirán con simples técnicas de comunicación y transmisión de información, por lo tanto durante este proceso de enseñanza es necesario integrar las necesidades, objetivos y experiencias vividas por el equipo al que se capacitará, validado en evidencia y guiado por moderadores con un conocimiento amplio de los temas a tratar; sin dejar de lado que el aprendizaje significativo depende en su mayoría del mismo aprendiz. El papel del guía o moderador debe ser activo y participativo, debe ser motivador para el alumno, supervisar el progreso del mismo y estimular el aporte de opiniones y participación durante las sesiones educativas.

Con el propósito de captar información sobre el sentir, pensar y vivir de un grupo durante la retroalimentación de la estrategia implementada se realiza la técnica de Grupo Focal. Esto se conceptualiza como una herramienta de investigación cualitativa centrado en la pluralidad y variedad de las experiencias de los participantes en un breve período de tiempo. La información expresada por el grupo se concreta en un contexto estructurado, moderado por el investigador o entrevistador, y los testimonios ofrecidos son de aportación amplia y significativa, a comparación con la entrevista individual, que ocupa más recurso de tiempo. En el campo de la Medicina, la aplicación de esta técnica ha demostrado ser una fuente de información valiosa, con la cual se realizan reflexiones, críticas y opiniones para plantear soluciones en relación con la atención y la formación de profesionales en los servicios de salud.^{28,29} Es de gran utilidad para evaluar programas de enseñanza y reflexionar en lo concerniente a las relaciones en el ámbito académico y asistencial, como el propósito del marco aquí descrito.

JUSTIFICACIÓN

La DM2 tiene una prevalencia que ha tendido a incrementar siendo de 4,7% en 1980 a 2014 con un 8,5% en personas mayores de 18 años, presentándose de forma más rápida en países de ingresos medios y bajos.^{13,16}

Esta patología representa una gran carga económica para los sistemas de salud del mundo entero y la economía mundial, que se puede medir en forma de gastos médicos directos; gastos indirectos a causa de la pérdida de productividad; muertes prematuras; y los efectos catastróficos de la DM2 sobre el producto interno bruto (PIB) de los países.⁹ La inversión en la atención y manejo de complicaciones de pacientes con DM2 es de alrededor de 68,600,000 pesos (porcentaje del PIB) y se ha encontrado que el IMSS presenta mayores costos de atención de esta patología que otras instituciones, como la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.^{9,18}

Esto hace más importante la prevención con el cambio en el estilo de vida y el asesoramiento en conjunto con los expertos sociales, sino que además nos invita que todo aquel integrante de equipos de trabajo que estén ligados a un paciente con DM2 tenga conocimiento de la patología para brindar una atención válida, de calidad y con pro al buen control de esta.

La prevención de la DM2 exige la adopción de una perspectiva que abarque todo el ciclo vital de un individuo. En la fase más temprana de este ciclo de enfermedad es cuando se forman los hábitos alimentarios y de actividad física y cuando la regulación del equilibrio energético puede moderarse a largo plazo además de que se desatan los factores sociales que implican padecer DM2 y que su manejo oportuno conlleva al buen control y apego, y por lo tanto implican la importancia de la participación del equipo de Trabajo Social.⁷

La educación del equipo de profesionales de la salud es una piedra angular en el combate global contra enfermedades crónicas y por demás prevenibles como la DM2. Un profesional en Trabajo Social capacitado y educado en la enfermedad crónica más común del país puede no solo guiar, asesorar y monitorizar la conducta y apego al tratamiento del paciente, sino además prevenir e identificar los factores de riesgo para enviar a una detección oportuna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría duplicarse a 40 millones para el año 2030. En México acorde con la prevalencia antes citada, se cuenta que 3% de la población diabética no recibe atención ni tratamiento médico alguno; además, en 2012 solo el 25% de los diagnosticados se encontraban en buen control metabólico. Esto es causal de complicaciones tardías de la enfermedad la cual implica costos por hospitalización para tratamiento de las mismas. Se estima que la atención de la DM2 representa el 15% de los recursos invertidos por las instituciones de salud en México. De estas, el Instituto Mexicano del Seguro Social produjo el 45,5% del total de egresos hospitalarios reportados por el sistema público de salud del país entre los años 2008 y 2013.^{9,18}

Es por ello que de forma paulatina se ha formado un equipo multidisciplinario en las instituciones públicas de salud para la detección oportuna, y sobre todo prevención enfatizada en aquellas personas que presentan factores de riesgo. Sin embargo, no todos los integrantes del equipo conocen los parámetros básicos para el diagnóstico de DM2, las cifras de control, los medicamentos y medidas higiénico-dietéticas más comunes para su tratamiento.

Desde el punto de vista para el personal de Trabajo Social lejos del manejo de la DM2 interesa que dominen competencias para la prevención e identificación de factores de riesgo consecuente en una derivación del paciente y su familia de manera oportuna.

El personal de Trabajo Social cuenta con herramientas y habilidades que les permiten un contacto directo con el paciente y con su entorno familiar, situación que influye de forma importante en la prevención y detección oportuna de factores de riesgo para DM2; además en el apego a tratamiento, resolución de conflictos y seguimiento oportuno durante el diagnóstico de novo y durante el ciclo de padecer de la enfermedad así como el cambio de estilo de vida con todas las etapas psicosociales que esto representa.

Derivado de esto, se busca la capacitación y actualización del personal de salud a través de la implementación de estrategias educativas, con la finalidad de brindarse herramientas para el mejor desarrollo de su práctica clínica diaria.

Partiendo de lo anterior, nos surge la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Cuáles son los resultados de una Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosí?

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar los resultados de una Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosí.

Específicos

- Diseñar Estrategia Educativa para Trabajo social en el tema de Diabetes Mellitus tipo 2
- Implementar la Estrategia Educativa en personal de Trabajo Social del HGZ c/MF N. 1 en Diabetes Mellitus tipo 2
- Comparar el nivel de conocimiento al iniciar y finalizar la Estrategia Educativa
- Describir el análisis cualitativo final del grupo focal

HIPOTESIS

Alternativa: La Estrategia Educativa mejora el nivel de información sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N.1 en San Luis Potosí

Nula: La Estrategia Educativa no muestra mejora en el nivel de información sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N.1 en San Luis Potosí

SUJETOS Y MÉTODO

Diseño: Cuasi experimental

Tipo: Transversal descriptivo

Enfoque de la investigación: Enfoque mixto.

Universo de Trabajo: Personal de Salud del Hospital General de Zona con Medicina Familiar c/MF N.1

Unidad de investigación: Personal de Trabajo Social de todas las categorías del Hospital General de Zona c/MF N.1

Lugar de Desarrollo: Aulas de educación del Hospital General de Zona c/MF N.1

Tiempo de estudio: septiembre 2019 a febrero 2020 (la implementación de la Estrategia Educativa se llevó a cabo en los meses de noviembre 2019-enero 2020)

Tamaño de la muestra: Se contempló un grupo de 20 trabajadoras sociales. Entre las cuales se incluyeron las categorías de Trabajo Social clínico (2), Trabajo Social de 8.0 hrs (16), subjefa (1) y jefa de Trabajo Social (1). Por lo tanto, la muestra es por conveniencia no probabilística.

Procedimientos: Previa autorización con número de registro del Comité Local de Investigación y Ética en Salud N. 2402, se obtuvo el Número de Registro IMSS R-2019-2402-035, con el que se emitieron cartas a la dirección del HGZ c/MF N.1 para llevar a cabo la implementación del protocolo. El instrumento para la evaluación inicial y final fue sometido a validez de contenido y lenguaje por tres sujetos fuera de la muestra. La capacitación constó de 1 hora diaria a la semana por 8 semanas repartidas en los días laborales y dentro del horario de trabajo permitido, juntando al personal de Trabajo Social en el aula de Educación (Anexo 1). Durante la primera sesión se explicó y recabó la firma del participante en consentimiento informado (Anexo 3), se les solicitó llenar la Hoja de Recolección de datos (Anexo 4) y se realizó una evaluación inicial diagnóstica (Anexo 5). En las sesiones posteriores se utilizaron diferentes estrategias didácticas para la implementación de los temas incluidos en la planeación didáctica (Anexo 2).

Una vez terminada la estrategia educativa se realizó una evaluación final (Anexo 5) y además un grupo focal coordinado por el investigador principal para recabar datos cualitativos. Finalmente se conjuntaron los datos obtenidos para su análisis de tipo cuantitativo y cualitativo.

Procesamiento de datos: Se utilizaron medidas de tendencia central para las características del grupo de estudio y la prueba no paramétrica de Wilcoxon para determinar la significancia comparativa de los resultados pre y post evaluación. La retroalimentación de los grupos focales se realizó en forma de narrativa.

Aspectos estadísticos: Los datos se analizaron por medio del programa SPSS 2018 utilizando estadística descriptiva cualitativa para las características grupales y estadística inferencial con la finalidad de aprobar o rechazar la hipótesis.

CRITERIOS

Criterios de Inclusión:

- Personal de Trabajo Social de base del HGZ c/MF N.1
- Cualquier categoría (Trabajo Social clínico, Trabajo social 8.0, subjefa y jefa de Trabajo Social)
- Ambos sexos
- Cualquier antigüedad laboral
- Cualquier edad y turno.
- Que firme consentimiento informado para la participación en la investigación
- Que cumpla mínimo con el 80% de la asistencia a la Estrategia Educativa.

Criterios de exclusión:

- Personal de Trabajo Social que por motivos personales no desee participar
- Personal de Trabajo Social que no sea de base en el HGZ c/MF N.1

Criterios de Eliminación.

- Personal de Trabajo Social que no cumpla con el 80% de asistencia.
- Personal de Trabajo Social que durante la implementación de la estrategia educativa no desee continuar participando.
- Personal participante que no culmine o realice de manera completa la evaluación inicial y final.

ASPECTOS ÉTICOS

No existió riesgo de la investigación de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ya que no se trabajó de forma experimental con humanos

El estudio no se realizó en población vulnerable como menores de edad, embarazadas o grupos subordinados.

Los procedimientos se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

La Comisión de Ética determinó sin riesgo a la población muestra.

Las contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad fueron la capacitación actualizada sobre la Diabetes Mellitus para la mejor asesoría, buena comunicación, correcta información y acompañamiento del derechohabiente con este diagnóstico, por parte del servicio de Trabajo Social y con ello una mejora en la calidad de la atención.

El balance riesgo/beneficio fue nulo debido a que no se toma ningún riesgo en este estudio

Los procedimientos a seguir para garantizar la confidencialidad de la información fueron la asignación de un número de folio en la hoja de recolección de datos de los participantes, así su identidad fue protegida y los datos recolectados se vaciaron en una matriz de datos a la cual solo tuvieron acceso la investigadora y asesores.

En caso de la recolección de datos cualitativos durante el grupo focal, se utilizó un medio electrónico (grabadora), del cual dicho material fue eliminado por la investigadora posterior a su análisis, evitando así el uso indebido del mismo

Durante la sesión introductoria y previo a la aplicación de la evaluación inicial se explicó en qué consistía el protocolo y se recabó el consentimiento expreso del participante.

La selección de los participantes se realizó en forma de invitación a todo el personal de Trabajo Social para su capacitación.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

- Asesores clínico, metodológico y estadístico, investigador principal (médico residente de Medicina Familiar).
- Personal de bibliotecas: Planeación del uso, adaptación y apartado de las aulas.
- Trabajadoras sociales: Personal al que se le capacitó para mejorar la calidad en la atención al derechohabiente
- Invitados a la validación del instrumento final

Recursos físicos (lugar y condiciones): fueron proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, al realizarse la capacitación y las evaluaciones en sus instalaciones.

Los recursos materiales que incluyen hojas de máquina, lápices, lapiceros, borradores, grabadora y computadora portátil serán proporcionados por la investigadora.

Cuadro 1. Recursos físicos

Recurso	Unidades	Precio Unitario	Total
Laptop	1	\$8,000	\$8,000
Grabadora	1	\$500	\$500
Hojas de máquina	2 paquetes de 500 hojas	\$100	\$200
Bolígrafo tinta azul	3 paquete de 10 bolígrafos	\$20	\$60
Lápiz con borrador	1 paquete de 20 lápices	\$30	\$30
Impresiones	100 hojas	\$1.50	\$1,500
Encuadernación	1	\$700	\$700
Material didáctico	Papel bond, marcadores, hojas iris, cinta adhesiva	\$200	\$200
Total		\$9,551.50	\$10,990

El costo total del protocolo se calcula en 10,990 pesos mexicanos en donde se incluye el material utilizado de forma didáctica.

La factibilidad fue alta puesto que el recurso humano y el material no presentó problemas para la realización del mismo protocolo, es un tema que se pudo solventar por la investigadora y que no requirió inversiones externas; así pues, también es un protocolo que contó con el recurso humano y universo de trabajo suficiente para su realización, así como un resultado con una mejora en el sistema de atención al derechohabiente.

RESULTADOS

Análisis Estadísticos

Tabla 1. Frecuencia por Sexo

Sexo	No	%
Hombre	1	7.7
Mujer	12	92.3
Total	13	100%
Fuente: Hoja de recolección de datos		

Del total de 20 alumnos que acudieron a la Estrategia Educativa solo 13 de los mismos completaron la evaluación inicial y final. Se eliminaron del estudio a 7 participantes basado en los criterios de exclusión: dos de ellos suspendieron su asistencia por encontrarse en período vacacional, un participante tuvo cambio de adscripción de unidad, una participante acudió a otro curso de capacitación en el mismo horario y las restantes 3 participantes no cumplieron con los requisitos de realizar la evaluación inicial o asistir al 80% de las sesiones. Siendo en la totalidad del grupo con criterios de inclusión, un hombre y 12 mujeres.

Tabla 2. Frecuencia por Edad

Edad	No	%
31-35	6	46.2
36-40	6	46.2
41-45	1	7.7
Total	13	100%
Fuente: Hoja de recolección de datos		

El 92.3 % (12) de los participantes son mayores de 31 años y menores de 40 años, siendo el mismo porcentaje para los rangos de 31 a 35 años y de 36 a 40 años; y con un solo participante en el rango de 41 a 45 años.

Tabla 3. Frecuencia por Turno

Turno	No	%
Matutino	7	53.8
Vespertino	6	46.2
Total	13	100%
Fuente: Hoja de recolección de datos		

El 53.8% (7) de los participantes están adscritos al turno matutino. No se cuenta con turno nocturno en el HGZ No. 1, por lo que el resto de los 6 participantes, se distribuyen en turno vespertino.

Tabla 4. Frecuencia por Grado de Estudios

Grado de Estudios	No	%
Carrera Técnica	3	23.1
Diplomado	1	7.7
Licenciatura	9	69.2
Total	13	100%
Fuente: Hoja de recolección de datos		

El Grado de Estudios más frecuente fue la Licenciatura con un 69.2% (9). El 30.8% (4) restante cuentan con la certificación de diplomado o carrera técnica para el ejercicio de su labor.

Tabla 5. Frecuencia por Categoría

Categoría	No	%
Subjefatura	1	7.7
Trabajo Social 8hrs	11	84.6
Trabajo Social Clínico	1	7.7
Total	13	100%
Fuente: Hoja de recolección de datos		

El 84.6%(11) de los participantes se desempeñan como trabajadores sociales de 8 horas. Los dos restantes fungen como subjefe y trabajador social clínico. Estas categorías no se refieren a la cantidad de horas trabajadas o campos clínicos, está dada por cuestiones administrativas. Todo el personal de Trabajo Social a excepción de la Jefa y Subjefa, cuentan con rotaciones en la totalidad de las áreas hospitalarias.

Tabla 6. Frecuencia por Años de Experiencia Laboral

Años de Experiencia	No	%
Menor o igual a 5	5	38.5
6-10	3	23.1
11-15	2	15.4
16-20	1	7.7
21-25	1	7.7
26-30	1	7.7
Total	13	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Y el 61.6% (7) de los participantes cuenta con más de 5 años de experiencia laboral mientras que el 38.5%(5) tenía menos de 5 años laborando.

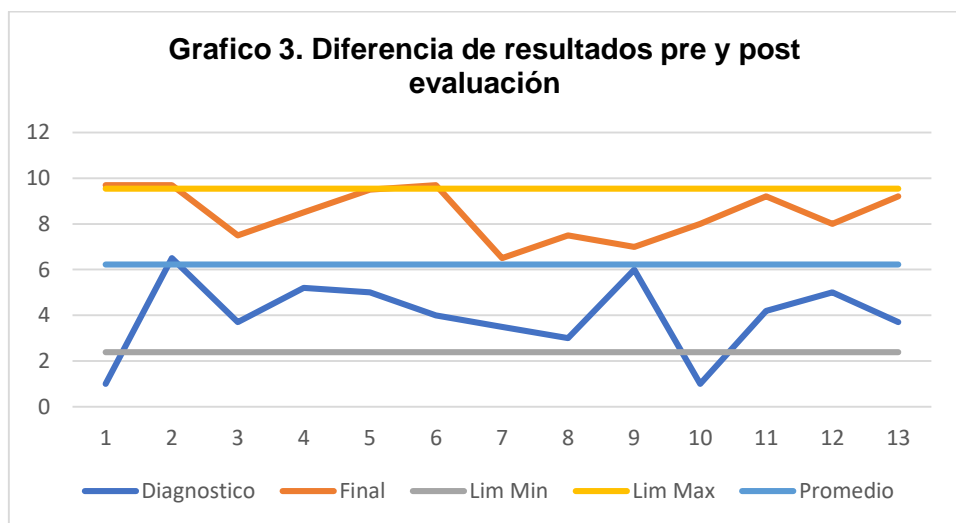
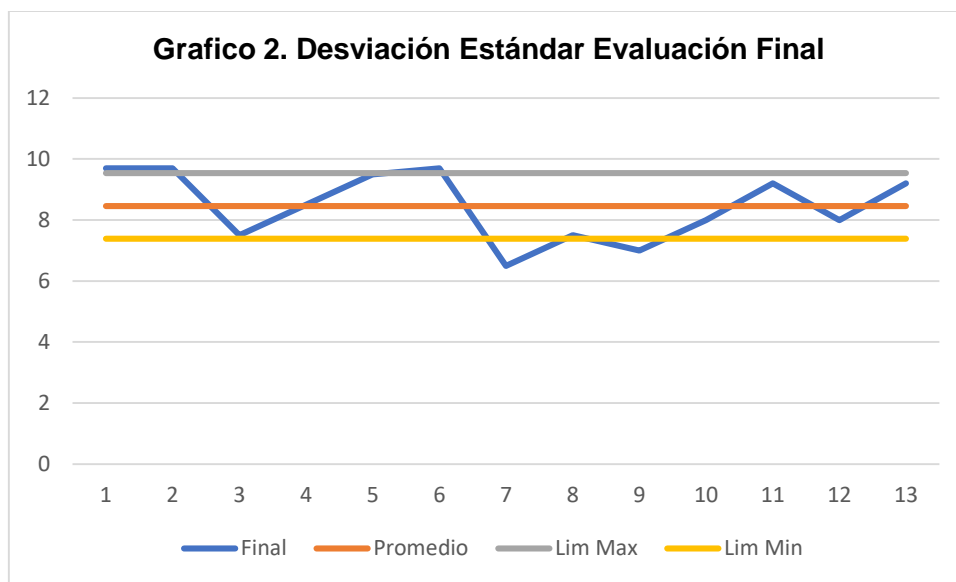
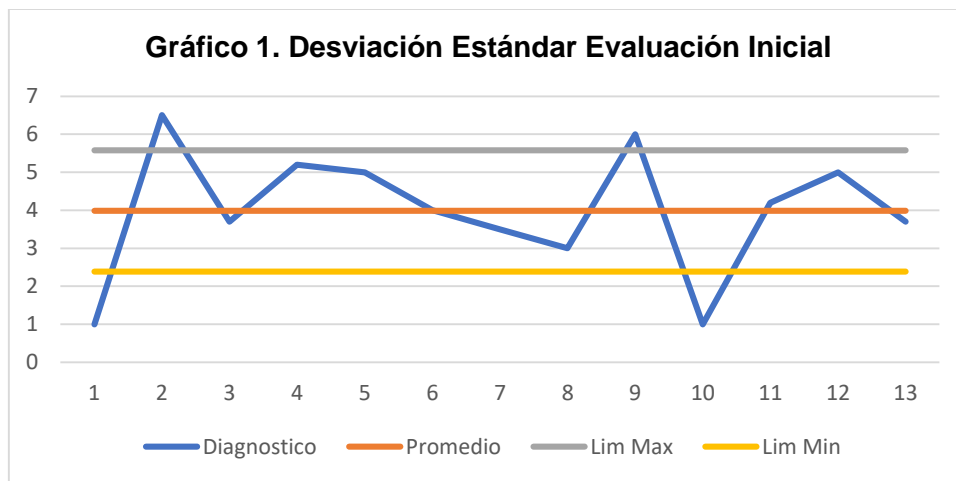
Al interrogarse mediante la Hoja de Recolección de datos, se encontró que ninguno de los participantes tenía previa capacitación o adiestramiento en DM2.

Sobre la evaluación inicial y final, se aplicó un mismo examen validado por una ronda de expertos que constó de 20 preguntas, estas evaluaban 7 dimensiones con 2 a 3 ítems por cada una de ellas: generalidades y definición, diagnóstico, tratamiento inicial, actividad física, nutrición, prevención de complicaciones y apoyo social. (Anexo 5)

Tabla 7. Resultados del evaluación pre y post a la Estrategia Educativa

	Inicial	Final
	1	9.7
	6.5	9.7
	3.7	7.5
	5.2	8.5
	5	9.5
	4	9.7
	3.5	6.5
	3	7.5
	6	7
	1	8
	4.2	9.2
	5	8
	3.7	9.2
Total	13	13
Promedio	3.9	8.4
Fuente: Matriz de datos		

Las calificaciones que se obtuvieron en el examen inicial tuvieron un promedio de 3.9 (Mínima 1.0 Máxima 6.5 Desviación estándar 1.59) y el final con promedio de 8.4 (Mínima 6.5 Máxima 9.7 Desviación estándar 1.11). Con los gráficos siguientes se valora la heterogeneidad de los resultados pre-evaluación y la homogeneidad de los post-evaluación basados en la Desviación Estándar de cada uno.



Debido a que la distribución del número de unidades de estudio fue no normal, para la comparación se utilizó la prueba de hipótesis no paramétrica de Wilcoxon. Los resultados arrojaron una p significativa de 0.001 con un margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%

Tabla 8. Análisis de muestra con prueba no paramétrica

	Grupo	Significancia	Prueba de Hipótesis
Wilcoxon	Pre y post EE	0.001	Rechaza Ho
p=0.05	Nivel de confianza: 95%		

ANALISIS CUALITATIVO

Al inicio de la estrategia se aplicó un SQS donde se les invitó a todos los participantes a plasmar aquello que conocían sobre DM2 y aquello que quisieran aprender, al final de la misma se les interrogó acerca del cumplimiento de sus expectativas plasmadas en el SQS, 2 de los participantes expresaron que deseaban un adiestramiento a mayor profundidad puesto que se encontraban en mayor contacto con pacientes y familiares de personas portadoras de DM2, mientras que el resto se mostró conforme con los temas abordados durante la estrategia.

Se realizaron 3 grupos focales al término de la Estrategia Educativa, se distribuyó de esta manera puesto que, al ser la última sesión, los participantes llegaron en tiempo diferido al estipulado, esto permitió que los que asistieron puntuales pudieran retirarse al concluir sin presentar distracción. En estos grupos se pudieron recabar aspectos cualitativos sobre la EE, las preguntas se enfocaron en el impacto de la misma sobre su actividad laboral diaria. Se habló sobre las constantes rotaciones por los servicios con lo cual están en contacto con pacientes con diagnóstico de DM2 reciente o con complicaciones agudas y tardías de la enfermedad, los tres grupos coincidieron en la utilidad del curso por este motivo.

Se cuestionó sobre los temas que les gustaría afianzar si tuvieran la oportunidad de participar en la estrategia nuevamente, a lo cual los grupos coincidieron en los aspectos de nutrición y tratamiento de la DM2, que son temáticas que abordan los pacientes con

este padecimiento en las sesiones con Trabajo Social, incluso posterior a sus citas con los servicios médicos y de nutrición correspondiente.

Los grupos propusieron algunas técnicas de aprendizaje que les gustaría haber aplicado para reafirmar los conocimientos adquiridos; algunas de ellas son el sociodrama, a través del cual pueden desarrollar mejor los temas vistos en un ambiente conocido y posterior al cual pueden resaltarse críticas constructivas de los demás compañeros, juegos de mesa adaptados con temas que presten para ello como nutrición, actividad física y medidas de prevención, con lo cual es más fácil la correlación y en consecuencia el aprendizaje de lo expuesto en las clases.

Respecto al método de evaluación del nivel de información adquirida, los grupos tuvieron diferentes opiniones, algunos expresaron que al momento de la misma se generó nerviosismo, 4 participantes sugirieron la evaluación práctica mediante un sociodrama, esto como herramienta cooperativa, en donde los demás compañeros que fungen como espectadores, a partir de una rúbrica puedan generar si lograron implementar lo aprendido y se consideren competentes en el tema.

La desventaja más grande en la que todos coincidieron fue el tiempo de las sesiones y el horario de las mismas. Se hizo la observación sobre realizar dos grupos para la implementación de la Estrategia, uno matutino y otro vespertino, en un horario donde no hubiera conflicto con el desarrollo de su trabajo diario; ya que, durante este periodo de tiempo, pese a que existía el deseo de acudir, la carga de trabajo se los imposibilitaba o les permitía llegar solo a los últimos minutos de las sesiones. Así como la programación del mismo en periodos donde no correspondieran períodos vacacionales, para poder acudir a la mayoría de las sesiones y que la información no quede incompleta.

DISCUSION

Acorde al resultado de este estudio de investigación educativa se muestra que la implementación de la Estrategia Educativa mejoró el nivel de información sobre la DM2 en Trabajadores Sociales del HGZ No.1 (Tabla 7). Los resultados de las evaluaciones pre evaluación resultaron homogéneos acordes a la desviación estándar de los mismo (Grafico1,2), interpretándose así que la mayoría del grupo desconocía temas relacionados a la DM2. Con lo anterior y haciendo comparativa con las referencias expuestas en los antecedentes se concreta que la implementación de estas Estrategias Educativas en temas prioritarios como lo es la Diabetes Mellitus tipo 2, en el personal de Salud tanto médico como auxiliar, resulta útil para la mejora en la atención del paciente y su entorno familiar. No hay que dejar lado que estas estrategias educativas deben ser completas, precisas y claras, con un nivel de conocimientos acorde al personal que se capacitará. La carta descriptiva y los contenidos de la capacitación sobre prevención de DM2 referida en los antecedentes, pese a estar enfocada en el personal de enfermería el cual ha tenido durante su formación profesional educación sobre DM2, no se compara con los contenidos de una Estrategia Educativa para aquel personal que solo posee información provista por medios de comunicación, institucionales o adquiridos de forma empírica durante la práctica de su profesión.

Al respecto de esto, el impacto de este estudio radica en demostrar la importancia de la educación continua para el personal que labora en instituciones de Salud; haciendo énfasis en Trabajo Social, el cual funge un papel primordial no solo para la orientación del paciente sino además para facilitar su desarrollo en forma plena, prevenir las disfunciones o problemáticas que se puedan llegar a presentar con respecto a sus padecimientos, DM2 en particular. Es importante recalcar que, durante la sesión de Apoyo Social, algunos de los participantes desconocían herramientas propias de su profesión tales como ENC Duke y MOS, por lo que no solo es necesaria la actualización en temas prioritarios, sino la actualización en temas propios de cada sector del personal de salud; cabría suponer que exista una relación entre el desconocimiento de los instrumentos de evaluación familiar y de apoyo social con el grado de estudios o años de experiencia laboral de los participantes sin embargo, comparar dicha relación no es objetivo de este estudio.

Pudiera ser motivo de debate para profesionales clínicos y especialistas en DM2 que la información manejada para el personal de Trabajo Social sea extensa o se preste a ejecutar actividades fuera del perfil de dicho personal sin embargo, los temas abordados son de conocimiento general basados en guías técnicas de instituciones públicas y asociaciones internacionales y que acorde con los resultados resulta favorable para la práctica laboral diaria del Trabajador Social en sus diferentes ambientes clínicos preventivos y hospitalarios, así como en el ambiente personal en caso de que alguno de ellos padeciera la enfermedad o tuviera relación estrecha con una persona portadora de DM2.

Respecto a las propuestas de material y actividades didácticos lúdicas comparado con las utilizadas durante la estrategia cabría mencionar que estas últimas fueron elegidas respecto al grupo de edad y el grado de estudios, puesto que las primeras podrían considerarse infantiles, las segundas invitan a la comunicación y desarrollo de ideas de una forma más analítica a partir del material compartido, dejando además un aprendizaje significativo a partir de la reflexión de la práctica clínica o al desmontaje de mitos sobre DM2. Hubo participantes que mostraron mayor apego a esta forma de trabajo, presentando las actividades complementarias o exposiciones de forma extensa y dando cabida al dominio de los temas que les correspondieron. Se constató por esta razón una estrategia activo participativa.

Desde la perspectiva del investigador principal, quien estuvo presente en todas las sesiones, el tiempo destinado a cada una fue aprovechado en calidad y cantidad. Sin embargo, fue una constante el hecho de que los participantes llegaban retrasados justo en el límite de la tolerancia de 10 minutos, o algunos pese a cumplir con el 80% de asistencia, tuvieron que faltar a algunas sesiones por carga de trabajo sobre todos aquellos encargados de las áreas de urgencia y maternidad. Además, es difícil continuar con la capacitación en días no hábiles o posterior al horario laboral y si hay carga de trabajo en el mismo horario descrito puesto que los trabajadores limitan su tiempo de capacitación a lo ya establecido en sus contratos.

Fue exitoso el cumplimiento de los objetivos de la planeación didáctica (Anexo 2), adecuándose a las sesiones contempladas y desarrollándose conforme lo establecido y en algunos casos con un extra aprendizaje en la parte final de sesiones puesto que

había preguntas más específicas y un intercambio de experiencias. El grupo de Trabajadores Sociales resulto ser muy unido, trabajaron en equipo sin suscitarse problemas y se apoyaron en cuanto a la distribución del material didáctico o al recordarse la cita a las sesiones para no acumular inasistencias. Represento una grata experiencia el trabajo con un equipo importante en la asistencia médica y familiar.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Como se menciona en los datos cualitativos recabados, la mayor limitación del proyecto fue el tiempo ajustado para la implementación de la Estrategia Educativa. Esto ya que se desarrolló durante horarios laborales en los cuales pueden surgir situaciones que ameriten prioridad para su atención. La actualización continua para un actuar profesional más completo debería ser suficiente motivo para acudir a la implementación de estas actividades, sin embargo, múltiples factores sociales impiden que el personal de Salud se preste a recibir este tipo de adiestramiento fuera del horario laboral.

Este trabajo es replicable en cualquiera de las unidades de Medicina Familiar u Hospitales que cuenten con personal de Trabajo Social.

Valdría la pena, posterior a tres años de haberse implementado, recabar datos cuantitativos y cualitativos acerca del aprendizaje significativo que dejó esta Estrategia Educativa en el personal de Trabajo Social del HGZ c/MF No1. Además de que se podría observar a nivel estadístico en detecciones tempranas, intervenciones y referencias, el impacto que ha tenido en la práctica profesional

CONCLUSIONES

- La Estrategia Educativa implementada mejoró de manera significativa el nivel de conocimientos en el tema de DM2 para los Trabajadores Sociales
- Se demuestra la importancia de la educación continua para el personal que labora en instituciones de Salud.
- El personal de Trabajo Social funge un papel primordial en la orientación del paciente,
- La capacitación sobre DM2 a personal de Trabajo Social los dota de nuevas herramientas para mantener su perfil de habilidades actualizado y en un estándar competitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McGregor, J., Mercer, S. W., & Harris, F. M. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health & social care in the community*, 2018; 26(1): 1-13.
2. Kim, S. H. Educational attainment moderates the associations of diabetes education with health outcomes. *International journal of nursing practice*, 2016; 22(5): 444-450.
3. Pichardo-Lowden, A., Haidet, P., & Umpierrez, G. E. Perspectives on learning and clinical practice improvement for diabetes in the hospital: a review of educational interventions for providers. *Endocrine Practice*, 2017; 23(5): 614-626.
4. Albrechtsen, N. J. W., Poulsen, K. W., Svensson, L. Ø., Jensen, L., Holst, J. J., & Torekov, S. S. (2017). Health care professionals from developing countries report educational benefits after an online diabetes course. *BMC medical education*, 2017;17(1): 97.
5. Rane, K., & Gåfvells, C. Social work interventions in Sweden for patients newly diagnosed with type 1 or type 2 diabetes. *Social work in health care*, 2017; 56(8), 700-713
6. Auslander G.K. Outcomes of social work intervention in health care settings. *Social Work in Health Care* 2008; 31 (2): 31–46
7. Leach, B., Morgan, P., de Oliveira, J. S., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC family practice*, 2017;18(1): 115.
8. Jeet, G., Thakur, J. S., Prinja, S., & Singh, M. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: evidence and implications. *PLoS One*, 2017;12(7): e0180640.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano Del Seguro Social. Primera edición; 2011-2012: 234-235
10. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018
11. American Diabetes Association, *Diabetes care*, Volume 37, Supplement 1, January 2016

12. Velasco-Contreras ME. Control de la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en el IMSS, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(4):490-503
13. Soto-Estrada, Guadalupe, Moreno-Altamirano, Laura, & Pahuá Díaz, Daniel. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Revista de la Facultad de Medicina (México), 2016; 59(6): 8-22
14. OMS. Informe mundial sobre la diabetes. Dra. Margaret Chan Directora OMS. 2016
15. Diagnostico Sectorial de Salud, San Luis Potosí. 2018
16. Hoja informativa nacional del 2017. American Diabetes Association, última modificación 2017
17. Hernández, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L., Gómez, L., & Gaona, E. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Ensanut 2016). Informe final de resultados [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública: Secretaría de Salud; 2016: 1-149 p
18. Salas-Zapata L. et al. Costos directos de las hospitalizaciones por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Sanit. 2018;32(3):209–215
19. Abreu, M. A. El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. Enfermería, 3(2), 70-79.
20. Forenza, B., & Eckert, C. Social worker identity: A profession in context. Social work, 2017; 63(1):17-26.
21. Alava, L. A. R., Lino, L. L., & Anchundia, V. I. A. Las funciones del Trabajo Social en el campo de la salud. 2017. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/2017/02/portoviejo.html>
22. Arroyo, E. V., Ramos, R. G., Sanchez, G. P., & Velasquez, K. V. *Funciones laborales del Trabajador social*. Veracruzana: Universidad Veracruzana Facultad de Trabajo Social; 2012. Disponible en <https://Users/Amd/AppData/Local/Temp/EVIDENCIAS-INVEST.-CUANTITATIVA-FUNCIONES-DEL-TRABAJADOR-SOCIAL-EN-EL-AMBITO-LABORAL.PDF>
23. Stoeckle, Ruth Sittler, and Gerald E. Davidson, "Social Work in a Medical Clinic: The Nature and Course of Referrals to the Social Worker," American Journal of Public Health 196; 56: 1570–1579
24. "Procedimientos para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002"

25. Torres, E. A. O., & Sánchez, M. D. L. Á. M. VII. Estrategias educativas y didácticas en la educación superior. *Pedagogía Universitaria*, 2004; 9(5).
26. Cajide, J. Diseño y técnicas de evaluación de estrategias de enseñanza-aprendizaje. *Re- vista Española de Pedagogía*; 1992; 50(191): 110-112
27. Díaz Barriga, F.; Hernández Rojas, G Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo. Tercera Edición. México, Mac Graw Hill, 1978.
28. Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2013; 2(5): 55-60.
29. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. México: Trillas; 1999
30. García Madera J.I. Efecto de una Estrategia Educativa para la mejora de nivel de conocimiento en la atención del paciente diabético tipo 2 por el Personal de Salud en la Unidad de Medicina Familiar N.45. 2017
31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación en Educación en Salud. Carta Descriptiva y Material Educativo para Capacitación Presencial sobre Detección de Diabetes Mellitus en Módulos PrevenIMSS 2020

Anexo 1. Carta de autorización por Comités de Bioética en Investigación y de Investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2402**.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 24 028 082

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 24 CEI 003 2018072

FECHA Lunes, 30 de septiembre de 2019

Dra. LORRAINE TERRAZAS RODRIGUEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosi** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2019-2402-035

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

Anexo 2. Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Junio 2019	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020
Definición de la pregunta de investigación	■							
Búsqueda de bibliografía y redacción del escrito	■							
Diseño de la metodología de la investigación		■						
Termino de la redacción del protocolo		■						
Registro ante CLIS 2402			■					
Obtención de No. De registro			■	■				
Implementación de la estrategia educativa					■	■		
Análisis de resultados							■	
Terminación de redacción del escrito final							■	
Presentación de resultados								■
Presentación en cartel de investigación educativa en foros								■

Anexo 3. Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Estrategia Educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 implementada en personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N. 1 en San Luis Potosí

Patrocinador externo (si aplica): NO APLICA.

Lugar y fecha: San Luis Potosí, Hospital General de Zona c/MF N.1, noviembre 2019

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: La prevención de la diabetes de tipo 2 exige la adopción de una perspectiva que abarque todo el ciclo vital del paciente y es en la fase más temprana de este ciclo de enfermedad cuando se forman los hábitos alimentarios y de actividad física además de que se desatan los factores sociales que implican padecer Diabetes Mellitus y que su manejo oportuno conlleva al buen control y apego, y por lo tanto implican la importancia de la participación de los trabajadores sociales. Un trabajador social

capacitado en la enfermedad crónica más común del país puede guiar, asesorar y monitorizar la conducta y apego al tratamiento del paciente con Diabetes. El objetivo del estudio es describir los resultados de una estrategia educativa en Diabetes Mellitus tipo 2 aplicada para personal de Trabajo Social del Hospital General de Zona c/MF N.1

Procedimientos:

Se aplicará una evaluación inicial y al final de la capacitación con fin comparativo entre ambas. Se realizará capacitación en el tema de Diabetes Mellitus tipo 2 con enfoque en diagnóstico, control y seguimiento para el personal de Trabajo Social. Posterior a la capacitación se conjuntará un grupo focal para recabar datos de análisis cualitativo con las sugerencias y aprendizajes de grupo

Posibles riesgos y molestias:

El estudio no cuenta con ningún riesgo biológico, psicológico, físico o social para el personal participante

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se obtendrá una capacitación actualizada sobre Diabetes Mellitus tipo 2 para mejorar la calidad en la atención a los derechohabientes con este padecimiento.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Si es mi deseo, podré solicitar los resultados de mis evaluaciones de forma personal y el reporte de los resultados del estudio una vez concluido el mismo

Participación o retiro:

-Mi participación como personal de Trabajo Social no repercutirá en mis actividades ni evaluaciones, o en mi condición de profesional, no repercutirá en mis relaciones con mi institución de adscripción.
-No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
-Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva si lo considero pertinente; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.

-No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración económica alguna por la participación en el estudio

Privacidad y confidencialidad:

-Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.

-Los datos recabados por audio o anotaciones serán solo escuchados por los investigadores con fines de reporte y análisis. Una vez concluido su objetivo, serán eliminados.

-Si en los resultados de mi participación se hiciera evidente algún problema relacionado con mi práctica laboral, se me brindará orientación al respecto.

-Puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

-En caso de presentar una queja, notar la transgresión a la Ética por parte de los investigadores o dudas sobre mis derechos como participante estoy en pleno conocimiento de que podré dirigirme al Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS

En caso de colección de material biológico: NO APLICA

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Estar capacitado sobre Diabetes Mellitus tipo 2 para mejorar la calidad en la orientación a los derechohabientes con este padecimiento y a su núcleo familiar

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Paulina Torres Galván

Colaboradores: Dra. Gabriela Virginia Escudero Lourdes, Dra. Lorraine Terrazas Rodríguez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx. Teléfono para contactar a los investigadores 01 (444) 822 1258.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 4. Hoja de recolección de datos

Fecha: ___/___/___

A. Ficha de Identificación del profesional en Trabajo Social

Folio:

1. Nombre completo

2. Sexo

Hombre

Mujer

3. Edad (en años): _____

4. ¿Cuál es su último grado de estudios?

1- Carrera técnica

2- Maestría

3- Licenciatura

4- Doctorado

5- Diplomado

5. ¿Cuál es su categoría?

1- Trabajo Social clínico

2- Trabajo Social de 8.0 hrs

3- Subjefatura de Trabajo Social

4- Jefatura de Trabajo Social

6. ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene? _____

7. ¿Qué turno de adscripción tiene?

1- Matutino

2- Vespertino

3-- Nocturno

4- Jornada Acumulada

8. ¿Ha recibido un adiestramiento/capacitación en temas de Diabetes Mellitus tipo 2 con anterioridad?

Sí

No

Anexo 5. Planeación didáctica

Docente	
Elaboró	DRA. PAULINA TORRES GALVAN/DRA LORRAINE TERRAZAS RODRIGUEZ
Fecha de elaboración	17 SEPTIEMBRE 2019

Aspectos Generales	
Asignatura	DIABETES MELLITUS TIPO 2
Módulo	DIABETES MELLITUS TIPO 2
Objetivo del Módulo	Que el Trabajador(a) Social logre comprender e integrar los conocimientos básicos de la Diabetes Mellitus tipo 2 para que oriente de manera oportuna y correcta al usuario y a su núcleo familiar en la atención de su padecimiento, esto con la finalidad de fomentar el autocuidado en el paciente diabético y promover la detección oportuna y prevención en su práctica diaria
Sesión	8 sesiones
Fecha	Noviembre 2019- Enero 2020 (una hora cada lunes durante 8 semanas)
Horas	1 hora por cada sesión
Lugar	Auditorio del Hospital General de Zona 1

Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
<p>1ª sesión</p> <p>Que al término de la sesión el Trabajador(a) Social logre tener un enfoque integral en diabetes mellitus y se sensibilice de la importancia de la prevención y detección oportuna de esta patología</p>	Bienvenida e Introducción	Presentación oral del curso, presentación y llenado del Consentimiento Informado Aplicación del Examen inicial	<p>Examen Escrito (copias)</p> <p>Videoprojector</p> <p>Laptop</p> <p>Bocinas</p> <p>Rotafolios</p> <p>Hojas blancas</p>	Examen inicial del curso por escrito	10 minutos
	Diabetes Mellitus tipo 2	Lluvia de ideas, SQS (para destacar el conocimiento previo del personal a capacitar)			10 minutos
	Generalidades	Vídeo de concientización sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y de complicaciones			5 minutos
	- Panorama epidemiológico	Presentación oral, con las generalidades del tema.			15 minutos
	- Definición conceptual de DM2, prediabetes, glucosa anormal en ayuno, glucosa posprandial e intolerancia a la glucosa,	Ejemplos de cifras de glucemia (resultados de laboratorio, para que las clasifique la TS de acuerdo con las definiciones dadas)			10 minutos
- Importancia de la educación grupal e individual	Clasificar factores de riesgo de DM2 y los síntomas de la DM2 por medio de rotafolio	10 minutos			
Factores de riesgo					

Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
<p>2° sesión</p> <p>Que al término de la sesión el Trabajador(a) Social logre integrar los síntomas y signos de la diabetes como sospecha para su diagnóstico, además de orientar sobre los cuidados del tratamiento no farmacológico al paciente diabético.</p>	<p>Prevención Primaria</p> <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas clásicos - Criterios diagnósticos 	<p>Presentación oral</p> <p>Lluvia de ideas sobre síntomas y algoritmos de criterios diagnósticos</p> <p>Dinámica en equipos sobre la representación del cambio de estilo de vida</p>	<p>Videoprojector</p> <p>Laptop</p> <p>Bocinas</p> <p>Rotafolios</p> <p>Hojas blancas</p>		<p>15 min</p> <p>20 min</p> <p>25 min (7 minutos para cada equipo: 3 equipos)</p>

Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
<p>3° sesión</p> <p>Que al término de la sesión el Trabajador(a) Social logre integrar a en su orientación información sobre el tratamiento nutricional y la importancia de la actividad física</p>	<p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - No farmacológico o - Cambios en el estilo de vida - Tratamiento nutricional - Actividad física 	<p>Presentación oral por Pasante de Nutrición</p> <p>Dinámica en equipos sobre la representación del cambio de estilo de vida incluyendo 5 minutos de activación física en el aula</p>	<p>Videoprojector</p> <p>Laptop</p> <p>Bocinas</p> <p>Rotafolios</p> <p>Hojas blancas</p>		<p>30 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>10 minutos</p>
<p>4° sesión</p> <p>Que al término de la sesión el Trabajador(a) Social logre visualizar la intención de un tratamiento</p>	<p>Tratamiento Farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitos y realidades del tratamiento farmacológico o 	<p>Presentación oral</p> <p>Exposición de mapas mentales de tratamiento y sus por medio de equipos de trabajo y exposición con plenaria</p>	<p>Videoprojector</p> <p>Laptop</p> <p>Bocinas</p> <p>Rotafolios</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Hojas iris</p>	-	<p>30 minutos</p> <p>30 minutos</p> <p>(5 minutos por</p>

Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
farmacológico del paciente diabético, con la finalidad de orientar al paciente en el apego a su tratamiento y la integración de la familia en el manejo del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Productos naturistas como alternativa del tratamiento - Apoyo familiar 				equipo)
<p>5° sesión</p> <p>Que al término de la sesión el Trabajador(a) Social logre conocer el desarrollo de complicaciones de la enfermedad,</p>	<p>Complicaciones en el paciente diabético</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pie diabético - Polineuropatía - Disfunción eréctil - Nefropatía diabética 	Exposición de mapas mentales década complicación por medio de equipos de trabajo y exposición con plenaria	<p>Videoprojector</p> <p>Laptop</p> <p>Bocinas</p> <p>Rotafolios</p> <p>Hojas blancas</p>	-	<p>15 minutos de análisis</p> <p>45 minutos simulación (9</p>

Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
esto con la finalidad de orientar en autocuidado del paciente diabético.	- Hipoglucemia				minutos por equipo)
6° sesión Que al término de la sesión el Trabajador(a) Social logre destacar la importancia del autocuidado del paciente diabético	Autocuidado del paciente diabético Redes de apoyo social Vacunas en el paciente diabético Preguntas comunes sobre DM2 (retroalimentación)	Presentación oral		-	40 minutos 20 minutos para preguntas más comunes

Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
<p>7° sesión</p> <p>Que al término de la sesión el Trabajador(a) Social logre identificar y desarrollar los puntos clave del curso</p>	Repaso con puntos clave	<p>Lluvia de ideas</p> <p>Presentación oral</p>	<p>Videoprojector</p> <p>Laptop</p> <p>Bocinas</p> <p>Resumen de diapositivas y material didáctico</p>		<p>40 minutos de lluvia de ideas y repaso</p> <p>20 minutos de dudas</p>
<p>8° sesión</p> <p>Que al término de la sesión la totalidad de los participantes realicen evaluación del curso y desarrollen un análisis cualitativo</p>	Evaluación y Grupo Focal	Entrevista guiada	<p>Examen escrito</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Grabador de audio</p>	<p>Evaluación final</p> <p>Grupo focal</p>	<p>30 minutos</p> <p>30 minutos</p>

Observaciones

Cada una de las sesiones tiene su tiempo definido por lo que se le solicita al alumno presentarse en forma puntual en el aula, así como dar lectura previa al Programa de Educación en Diabetes y la GPC de Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2.

Anexo 6. Instrumento de evaluación

Nombre: _____ Folio: _____

Fecha: _____

1. ¿Cómo se define la Diabetes Mellitus tipo 2?

- a) Es un estado de resistencia a la insulina, con posible reversibilidad si se hacen las modificaciones pertinentes y oportunas en el estilo de vida.
- b) Es una enfermedad crónica degenerativa que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce
- c) Intolerancia a Carbohidratos de manera aislada
- d) Alteración en los niveles de glucosa mayor a 100mg/dl con síntomas como hambre, sed y acudir a orinar con frecuencia

2. De las siguientes oraciones, señale la correcta

- a) La Diabetes Mellitus tipo 2 es la segunda causa de muerte en México
- b) En México más del 50% de los adultos tiene Diabetes Mellitus tipo 2
- c) El 14 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Diabetes

3. De las siguientes opciones, señale la cifra normal de glucosa y cuando se hace su detección

- a) 40-70mg/dl y cada año
- b) 71-99mg/dl y cada tres años
- c) 100-125mg/dl cada tres años
- d) 70-120mg/dl y cada año

4. Mencione 4 factores de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2

5. Para realizar el diagnóstico por laboratorio de la Diabetes Mellitus tipo 2, elija verdadero o falso en cada una de las oraciones

_____ Síntomas con glucosa mayor o igual a 200mg/dl

_____ Glucosa en ayuno mayor o igual a 126mg/dl

_____ Glucosa mayor de 99 menor a 125mg/dl

6. De acuerdo a la clasificación de los grupos del Plato del Buen Comer, relaciona los siguientes grupos de alimentos: Coloca una V de verde, A de amarillo o R de rojo en donde corresponda

Coliflor, pepino, chayote, manzana	pera, <input type="checkbox"/>	Haba, frijol, garbanzo, yogur, huevo	<input type="checkbox"/>
Avena, papa, arroz	<input type="checkbox"/>	Pescado, pollo, lenteja	<input type="checkbox"/>
Naranja, mango, zanahoria, acelgas	<input type="checkbox"/>	Amaranto, tortillas, cereal	fideo, <input type="checkbox"/>

7. En caso de no tener bascula de alimentos, ¿cómo se pueden medir las porciones/raciones?

1. Cereales (arroz, avena) _____

2. Frutas (plátano, manzana) _____

3. Carne (bistec de res, milanesa de pollo) _____

8. Mencione 4 síntomas de los más comunes para sospechar Diabetes Mellitus tipo 2

9. De las siguientes oraciones, elija la correcta

- a) El tabaquismo no se relaciona con las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2
- b) El cambio en la dieta debe iniciarse de forma inmediata y súbita, quitando en su totalidad alimentos como tortillas o pan
- c) Realizar tres comidas principales y colaciones entre las mismas ayuda a mejorar el nivel de glucosa y evita hipoglucemias (bajas de azúcar)

10. Respecto a la actividad física, señale lo INCORRECTO con

- a. Es el movimiento corporal que tiene como resultado un gasto de energía y contribuye a mantener, mejorar y recuperar el estado de salud
- b. Para adultos se recomienda realizar al menos 150 minutos de actividad física a la semana
- c. Se realiza la actividad en tres fases: calentamiento, actividad principal y recuperación o enfriamiento
- d. El inicio de un hábito de actividad física debe ser corriendo

11. La natación, el atletismo y la gimnasia son ejemplos de actividad física:

- a) Moderada
- b) Intensa
- c) Leve

12. Además de ojos, riñones y sistema nervioso, ¿Qué otros órganos se afectan con el descontrol y curso crónico de la Diabetes Mellitus tipo 2?

- a) Corazón, hígado, estómago
- b) Intestino, corazón, sistema circulatorio
- c) Hígado, intestinos, piel
- d) Todos los anteriores

13. ¿Cuál de las siguientes NO es una complicación tardía de la DM2?

- a) Polineuropatía Diabético
- b) Nefropatía Diabética
- c) Cetoacidosis Diabética
- d) Pie diabético/ Úlcera

14. Mencione 3 nombres de medicamentos utilizados para controlar la Diabetes Mellitus tipo 2

15. ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación para el cuidado de los pies?

- a) Lavar diariamente pies con agua tibia y jabón neutro
- b) Hidratar con alcohol después del baño
- c) Secar adecuadamente los pies, verificando que no quede humedad en medio de los dedos
- d) Revisar que los pies no presenten heridas, uñas enterradas o cambios de coloración (uñas negras o signos de algún golpe).
No limar callosidades

16. ¿Cuáles son las vacunas recomendadas para el paciente diabético y cada cuando se deben aplicar?

17. Además de la detección de Hipertensión Arterial, menciona 3 detecciones que se recomienden al paciente diabético mayor de 20 años y que están incluidas en la Cartilla de Salud (Tarjeta de citas)

18. Describe con tus palabras cada uno de los tipos de apoyo que a continuación se enlistan

a. Emocional

b. Instrumental o
activa

c. Informativa

d. Valorativo

19. Las herramientas ENC-DUKE Y MOS son instrumentos que utiliza el personal de salud para medir el

20. De las recomendaciones para el auto monitoreo del paciente diabético, señale la INCORRECTA

- a) Se recomienda realizarla tres veces al día cuando hay cambios en la medicación, dosis, inicio de tratamiento, embarazo con intolerancia a la glucosa
- b) Para evitar dolor, se puede cambiar el sitio de punción, alternando entre 3er, 4to y quinto dedo
- c) No es necesario el lavado de manos o limpiar con alcohol antes de realizarlo
- d) Contribuye al mejor control de la glucosa en el paciente

