



MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO COMO ESTRATEGIA PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA REALIDAD INTEGRAL DEL PACIENTE EN RUTA HACIA SU AUTOCUIDADO

JAZMÍN ELIANA VILLA GALLÓN
JENNY ALEXANDRA ESCOBAR GÓMEZ
ANDRÉS FELIPE OROZCO SALINAS



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

**LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO COMO ESTRATEGIA PARA EL
RECONOCIMIENTO DE LA REALIDAD INTEGRAL DEL PACIENTE EN RUTA
HACIA SU AUTOCUIDADO**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en Educación

Asesor

Rodrigo Peláez Alarcón, Ph.D.

Autores:

Jazmín Eliana Villa Gallón

Jenny Alexandra Escobar Gómez

Andrés Felipe Orozco Salinas

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

MANIZALES

2022

A todos los pacientes que hicieron parte de esta investigación, por donar su tiempo e información con gentileza y generosidad.

A la Gerencia Nacional de Unisalud y la Jefatura de División de la Sede Manizales, por el fomento de acciones investigativas y de innovación en su talento humano en salud.

A los colaboradores de Unisalud, sede Manizales, quienes se implicaron y mostraron su interés por esta investigación.

A la Dra. Gloria Yazmín Mesías Castillo, por abrir puertas a esta investigación, por su calidez y su tiempo.

Al Dr. Rodrigo Peláez Alarcón, maestro y compañero de travesía, quien, desde el inicio de este desafío personal y académico, confió en nuestra propuesta.

A Gimena Mejía Arango, médica, compañera y amiga, por motivarnos a tomar una decisión que, dos años después, ha generado grandes cambios y satisfacciones.

A nuestras familias quienes, con amor y paciencia, fueron estímulo y apoyo permanente en la consolidación de un logro que se gestó en contexto de pandemia.

Contenido

Resumen	7
Abstract	9
Presentación	12
Capítulo 1. Problema de investigación	14
1.1 Planteamiento del Problema	14
1.2 Formulación de la pregunta de investigación	15
1.3 Preguntas subsidiarias	16
1.4 Objetivos	16
<i>1.4.1 Objetivo general</i>	16
<i>1.4.2 Objetivos específicos</i>	17
1.5 Justificación	17
Capítulo 2. Marco de referencia	20
2.1 Macro contexto. El territorio	20
2.2 Micro contexto. Unisalud. Breve reseña	23
2.3 Marco Teórico	26
<i>2.3.1 La Gestión del Conocimiento en el Sector Salud</i>	26
<i>2.3.2 Enfermedades Crónicas: Diabetes Mellitus</i>	38
<i>2.3.3 Educar en Salud: Educación de Pacientes Adultos para el Autocuidado</i>	43

2.4 Estado del conocimiento	50
Capítulo 3. Metodología	59
3.1 Enfoque de investigación	59
3.2 Tipo de estudio	61
3.3 Instrumentos	61
3.3.1 Instrumento tipo cuestionario	61
3.3.2 Entrevista semiestructurada	64
3.4 Unidad de observación	65
3.5 Unidad de análisis	65
3.6 Criterios de Inclusión y de Exclusión	66
3.7 Plan de análisis de la información	66
3.8 Categorías de análisis	68
3.8.1 Función fisiológica	69
3.8.2 Autoconcepto	69
3.8.3 Función de Rol	70
3.8.4 La Interdependencia	70
Capítulo 4. Resultados y Análisis	71
4.1 Cuestionarios	71
4.1.1 Función Fisiológica (Preguntas 1, 2, 7, 11, 13)	72
4.1.2 Autoconcepto (Preguntas 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 24)	77

4.1.3 <i>Función de Rol</i> (preguntas 8, 9, 18, 19, 23, 26)	87
4.1.4 <i>Interdependencia</i> (preguntas 4, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27)	94
4.2 Entrevistas	104
Capítulo 5. Discusión y Emergencias	117
Capítulo 6. Conclusiones y aperturas	127
Referencias	131
Anexo A. Consentimiento informado	139
Anexo B. Instrumento <i>Higiea</i> (tipo cuestionario)	141
Anexo C. Entrevista semiestructurada	146

Resumen

Esta investigación tuvo como propósito la comprensión de los sentidos que otorgan los pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 – DM2 de una institución de salud de Manizales, Colombia, a las prácticas educativas en salud que tributen a que se hagan corresponsables de su autocuidado.

Para cumplir este propósito, se tomó como punto de partida el reconocimiento de la concepción de la realidad integral de los pacientes, se realizó una interpretación del tejido configuracional emergente a partir del reconocimiento de esa realidad y se conectó ese tejido con el Modelo de Salud de la institución de salud, a partir de la co-construcción de un modelo conceptual.

La metodología se orientó como estudio de caso, con un enfoque de investigación cualitativo soportado en datos numéricos. La recolección de datos de tipo descriptivo se llevó a cabo mediante un instrumento tipo cuestionario. Las observaciones de tipo cualitativo se realizaron mediante una entrevista semiestructurada, con la que se buscó reconocer, de manera discursiva, rasgos y categorías conceptuales que permitieron contextualizar y elaborar una aproximación del rol del paciente en su proceso de formación para la transformación hacia el autocuidado.

Los resultados de esta investigación posibilitaron la construcción de un modelo conceptual que, articulado con el componente de gestión del conocimiento del modelo de salud de la institución de salud, proyecta el perfil pedagógico que emerge del reconocimiento de la realidad integral de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como la DM2 y de los sentidos que confieren a las prácticas educativas en salud. Este modelo, centrado en el paciente, conecta las dimensiones del ser con los modos adaptativos de C. Roy, y converge en la

generación de cuatro dominios sobre los que se recomienda consolidar las estrategias educativas en salud para este segmento de la población: Corresponsabilidad, Adaptabilidad, Autogestión y Autocuidado.

Abstract

The purpose of this research was to understand the meanings that adult patients diagnosed with Diabetes Mellitus Type 2 - DM2 from a health institution in Manizales, Colombia, give to educational health practices that contribute to the fact that they become co-responsible for their self care.

To fulfill this purpose, the recognition of the conception of the integral reality of the patients was taken as a starting point, an interpretation of the emerging configurational tissue was made from the recognition of that reality and that tissue was connected with the Health Model health institution, from the co-construction of a conceptual model.

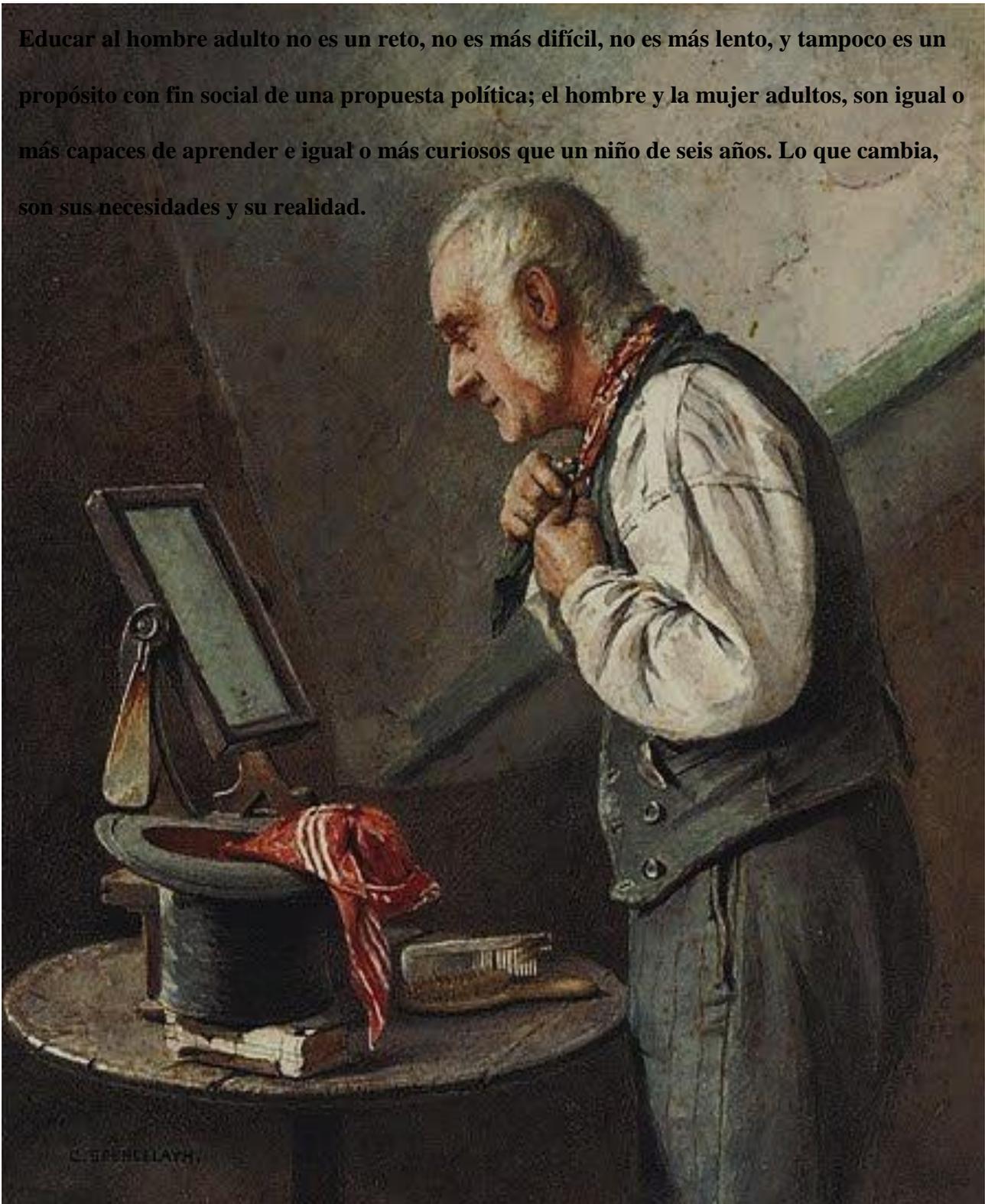
The methodology was oriented as a case study, with a qualitative research approach supported by numerical data. Descriptive data collection was carried out using a questionnaire-type instrument. The qualitative observations were made through a semi-structured interview, with which it was sought to recognize, in a discursive way, conceptual traits and categories that allowed contextualizing and elaborating an approximation of the role of the patient in their training process for the transformation towards self-care.

The results of this research enabled the construction of a conceptual model that, articulated with the knowledge management component of the health model of the health institution, projected the pedagogical profile that emerged from the recognition of the comprehensive reality of patients with chronic non-communicable diseases such as DM2 and of the senses that influence educational practices in health. This model, centered on the patient, connects the dimensions of being with the adaptive modes of C. Roy, and converges in the generation of four domains on which it is recommended to consolidate educational strategies in

health for this segment of the population: Co-responsibility, Adaptability, Self-management and Self-care.

Provocación

Educar al hombre adulto no es un reto, no es más difícil, no es más lento, y tampoco es un propósito con fin social de una propuesta política; el hombre y la mujer adultos, son igual o más capaces de aprender e igual o más curiosos que un niño de seis años. Lo que cambia, son sus necesidades y su realidad.



Presentación

La educación es al hombre, tan inherente como el aprendizaje. El ser humano nace ávido de conocer, explorar, absorber su realidad, su mundo, de aprender el lenguaje, otras formas ajenas a la realidad familiar del útero, ese espacio seguro y confortable que le mantenía protegido y aislado del mundo. Conocer lo no conocido, lo inextricable, dejarse llevar por el asombro de aprender, y compartirlo, es parte de la naturaleza del hombre.

La mayor parte de las personas cuando escuchan la palabra *educar* aluden interiormente el niño o el joven, es una idea preconcebida en muchas mentes asociar la educación con las etapas más tempranas de la vida; no obstante, el ser humano conserva su capacidad de aprendizaje a lo largo de toda su vida, incluso en la vejez, gracias a su propia naturaleza.

Bernard (1985) uno de los autores de la andragogía, sugiere dos formas de ver la educación de adultos, una dicotomía que se mueve entre la ciencia y el arte; desde la primera mirada la define como la ciencia de la educación de adultos, la que se aborda desde diversos enfoques: filosófico, psicológico, histórico y organizacional; y en su segunda postura la describe como un ejercicio social, en el que se enmarcan todas aquellas actividades que se realizan con fines educativos especialmente dirigidos a la población adulta.

En el proceso de educar una persona adulta, es esencial el conocimiento, tanto de aquello que se pretende enseñar, como su propósito, su necesidad, su recursividad, autopoiesis, en tanto se aprende de a quien se enseña, y lo aprendido reconfigura lo que se enseña, se autoconstruye. De allí que la gestión del conocimiento como estrategia se alinee como la plataforma de lanzamiento de esta propuesta, que enmarca un ciclo que parte del reconocimiento de la necesidad de enseñanza y de aprendizaje, la creación del conocimiento en construcción con el aprendiente, en nuestro caso el paciente, el almacenamiento de ese conocimiento para hacerlo

asequible y susceptible de mejorar y transformar, transferible tanto a los colaboradores de la organización, como a los pacientes y otras organizaciones del sector salud, y finalmente la aplicación y reutilización de ese conocimiento, en ruta hacia el fomento y apropiación de prácticas de autocuidado del paciente adulto.

Este ciclo continuo, no estático, recursivo, conforma un sistema de enseñanza-aprendizaje que entreteje un conocimiento, develado a través del lenguaje y la narrativa del paciente y el conocimiento del investigador, co-construido a través de las relaciones que se establecen con un método de indagación contextualizado con el paciente y con su realidad integral, pertinente con su enfermedad y en prospectiva hacia el auto sostenimiento del proceso salud-enfermedad-salud.

Así pues, este viaje se inicia con el estudio del conocimiento, su definición y su gestión en el entorno de esta investigación, lo que es necesario para poder comprender lo que es crítico y lo que es clave para este proceso, el cual suscribe así mismo educar a un adulto a partir del reconocimiento de su realidad integral, una realidad que debe ser conocida y comprendida desde el mismo individuo como paciente, desde su propia narrativa la percepción que tiene de sí mismo y de su condición de salud, puesto que, como fenómeno humano, la enfermedad, su autocuidado y el educar para ese autocuidado, configuran un sistema en el cual es necesaria una nueva concepción constructivista del proceso educativo, en el que quien educa al paciente aprende de éste, y el paciente por su parte asimila, comprende y se hace consciente, finalmente, de su corresponsabilidad en el autocuidado y auto sostenimiento de su proceso salud-enfermedad-salud.

Capítulo 1. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del Problema

Los usuarios de los servicios de salud cada vez están más enterados de lenguajes, conceptos, procedimientos y derechos con respecto a su salud como derecho esencial; sin embargo, ese conocimiento aún no redunda en prácticas efectivas de autocuidado en simultaneidad con la limitación en la oferta organizacional de acciones educativas dirigidas a los sujetos implicados en la gestión de su salud.

La ausencia o el débil reconocimiento como sujetos corresponsables en el cuidado de la salud, afecta la calidad de vida debido a la baja adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, aumentando las tasas de recaídas de los pacientes, principalmente aquellos que padecen una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus 2 (DM2), generando una mayor frecuencia de uso de los servicios de salud y una gestión inefectiva del riesgo en salud.

Lo anterior evidencia la necesidad de sentar las bases para que la organización pueda formular una estrategia en la que el paciente, utilizando la información, el conocimiento y los nuevos lenguajes, se empodere de su propio cuidado y del despliegue de prácticas saludables con las que se compartan responsabilidades en el restablecimiento de mejores estados de salud, evitando el reduccionismo de las formas tradicionales de capacitación basadas en la enfermedad y en los recursos organizacionales, reconociendo la realidad integral del paciente que subyace a todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, en tanto su entorno social, cultural, familiar, económico y su propia historia de vida, inciden en la percepción que tiene de sí mismo, de su enfermedad y de las opciones y herramientas con que por sí mismo cuenta para gestionar su salud.

Basados en estos razonamientos se ha propuesto para esta investigación, como problema al que se quiere indagar e intentar dar respuesta, el siguiente escenario práctico, entendiendo que es dinámico en tanto la respuesta que hoy se dé al problema planteado, probablemente podría no ser la misma en un tiempo próximo y diferente, y así mismo, en un escenario diferente; no obstante, es el método, la forma de llegar a esta respuesta, el camino hacia ese conocimiento, lo que constituye probablemente un aporte metodológico interesante y valioso que puede ser aplicado en otros escenarios, u otras instituciones de salud:

Los pacientes adultos con diagnóstico de DM2 de la Unidad de Servicios de Salud – Unisalud, de la Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales, tienen prácticas deficientes de autocuidado de su salud, lo que afecta no sólo el adecuado control de su condición, sino además sus dimensiones psicológicas, familiares y sociales.

Esta síntesis del problema a estudiar, como fenómeno, permite plantear la gestión del conocimiento como una oportunidad para sensibilizar en corresponsabilidad a los pacientes adultos con diagnóstico de DM2, de Unisalud, sede Manizales, en el marco de la atención primaria en salud.

1.2 Formulación de la pregunta de investigación

En sintonía con el objetivo general propuesto para esta investigación, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los sentidos que otorgan los pacientes con diagnóstico de DM2 a las prácticas educativas en salud, que tributen a que se hagan corresponsables de su autocuidado, en la atención primaria en salud?

1.3 Preguntas subsidiarias

- ¿Cuál es el tejido configuracional que se entrama en la concepción de realidad integral del paciente adscrito a Unisalud, sede Manizales?
- ¿Cómo integrar diversos lenguajes y campos del conocimiento en clave de sensibilizar en corresponsabilidad en el autocuidado como base fundante del proceso salud-enfermedad-salud?
- ¿Cuáles estrategias de gestión del conocimiento pueden vincular el tejido configuracional emergente con el modelo de salud de Unisalud?

1.4 Objetivos

En aras de conseguir un rédito de conocimiento, que esté acorde con el postulado de la Maestría en Educación, se han definido los siguientes objetivos de investigación teniendo en cuenta, tanto la consecución del fin práctico de la investigación, en cuanto a la apertura de caminos que posibiliten el planteamiento de estrategias educativas que sensibilicen y conlleven a los pacientes con DM2 a actuar en concordancia con la gestión de su autocuidado, así como en la finalidad intrínseca de la Maestría de plantear ejercicios de investigación basados en principios fundamentales de racionalidad abierta, crítica y compleja.

1.4.1 Objetivo general

Comprender los sentidos que otorgan los pacientes con diagnóstico de DM2, de Unisalud, sede Manizales, a las prácticas educativas en salud, que tributen a que se hagan corresponsables de su autocuidado, en la atención primaria en salud.

1.4.2 Objetivos específicos

- Reconocer la concepción de realidad integral del paciente con diagnóstico de DM2, adscrito a Unisalud, sede Manizales, para posibilitar conectividades entre las diferentes etapas de la gestión del conocimiento y el autocuidado de su salud.
- Interpretar el tejido configuracional que armoniza la concepción de realidad integral del paciente con las políticas públicas, los estilos de vida, la creación de ambientes saludables y la participación del paciente como actor corresponsable en la gestión de su salud.
- Conectar el componente de Gestión del Conocimiento del Modelo de Salud de Unisalud con el tejido configuracional emergente, para integrar los lenguajes y campos del conocimiento en función de posibilitar la adopción de conductas corresponsables en los pacientes.

1.5 Justificación

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a) entre 1980 y 2014 se presentó un incremento del 300% en el número de personas diagnosticadas con diabetes; es decir, un aumento correspondiente a 314 millones de casos, además, entre 2000 y 2016 ascendió en un 5% la mortalidad prematura por diabetes, y en 2019 se ubicó dentro de las primeras diez causas de mortalidad. A diferencia de las naciones de renta alta, donde la prevalencia de la DM2 se ha incrementado más lentamente, en los países con ingreso bajos y medios ha sido mucho más rápido, asociándose a complicaciones y condiciones como pérdida de la visión, infarto, pérdida de alguno de los miembros principalmente los inferiores, problemas renales y accidentes cerebrovasculares.

En Colombia, por su parte, según el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud, 2020), “entre el 7% y el 9% de la población adulta tiene DM2, y entre el 30 y el 40% desconoce que la padece” (p. 1). Adicionalmente, más del 50% de la población adulta del país sufre de sobrepeso, una enfermedad, que al igual que la obesidad, está asociada a la prediabetes.

Según el Boletín de Prensa No 756 de 2020 del MinSalud (2020):

la diabetes causa la muerte de 263 mil personas en Latinoamérica y 1,6 millones en el mundo cada año, y es una enfermedad que va en aumento en América Central y del Sur, por lo que puede pasar de un 8,5% de prevalencia en 2019 a 9,5% en 2030, según proyecciones de la Federación Internacional de Diabetes. (p. 1)

La diabetes sacarina o diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se presenta ante la disfuncionalidad del páncreas en la producción de insulina o debido a su utilización ineficaz en el cuerpo, aun cuando se produce. La insulina es una hormona con funciones reguladoras de los niveles de glucosa en sangre o glucemia. “Un efecto común de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (es decir, la glucemia elevada), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas del cuerpo, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos” (OMS, 2021a, p. 1).

La diabetes pertenece al grupo de las enfermedades crónicas, las cuales las define Ardila (2018), “como aquellas enfermedades con procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Tienen una etiología múltiple, su desarrollo es poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo y, con algunas excepciones, su origen no es infeccioso” (p. 1).

Guggeheim & Quintero (2021) llevaron a cabo una investigación durante el año 2021 para determinar el costo médico directo y control glicémico en pacientes con DM2 en un seguro voluntario de salud en Colombia, la investigación se realizó sobre 5.630 personas que tenían diagnóstico de DM2, con una mediana de edad de 63 años y 43,68% de sexo masculino, muestra que se concentró principalmente en el régimen contributivo (83,98%).

Una de las principales conclusiones de este estudio fue que, tanto para los pacientes controlados como para los no controlados, es importante disminuir los costos originados en la atención hospitalaria y las ayudas diagnósticas relacionados con el padecimiento de la DM2, con el fin de reducir los costos en las pólizas de salud de estos pacientes, lo que resalta la importancia de educar al paciente para el autocuidado y evitar recaídas y uso del servicio de salud de manera repetitiva.

Es necesaria una propuesta que profundice en la manera en que las organizaciones de salud pueden aprovechar sus modelos de gestión del conocimiento para desarrollar e incorporar estrategias educativas basada en la realidad integral de sus pacientes, que tributen a que las personas con diagnóstico de DM2, se hagan corresponsables de las adherencias a sus tratamientos médicos en el marco de la atención primaria en salud, evitando mayores costos operacionales del sector, debido a las recaídas del paciente, la utilización permanente de los servicios de salud y la carga por el costo social de la enfermedad.

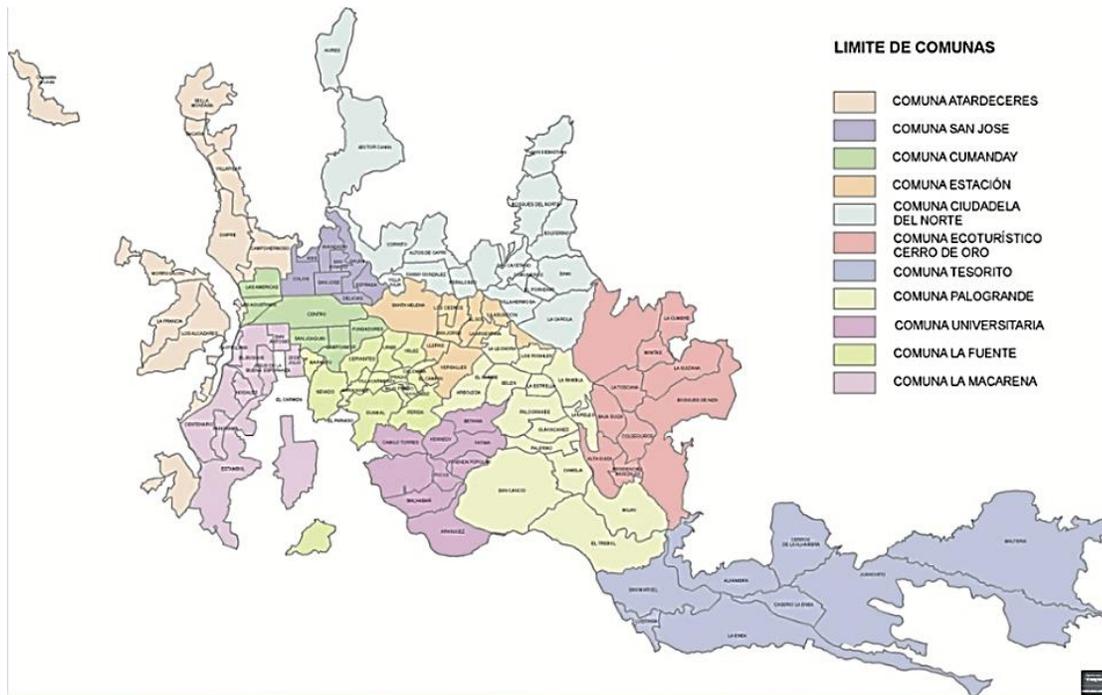
Capítulo 2. Marco de referencia

2.1 Macro contexto. El territorio

El macro contexto de esta investigación es el municipio de Manizales, capital del departamento de Caldas. Ubicado en la región centro sur del departamento, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2019) cuenta con 400.436 habitantes, con una representación del 47,2% del sexo masculino y el 52,8% del femenino. El 28% es menor de 20 años, mientras que el 12,9% de las personas cuenta con 65 y más años.

Figura 1

Límite de comunas, municipio de Manizales.

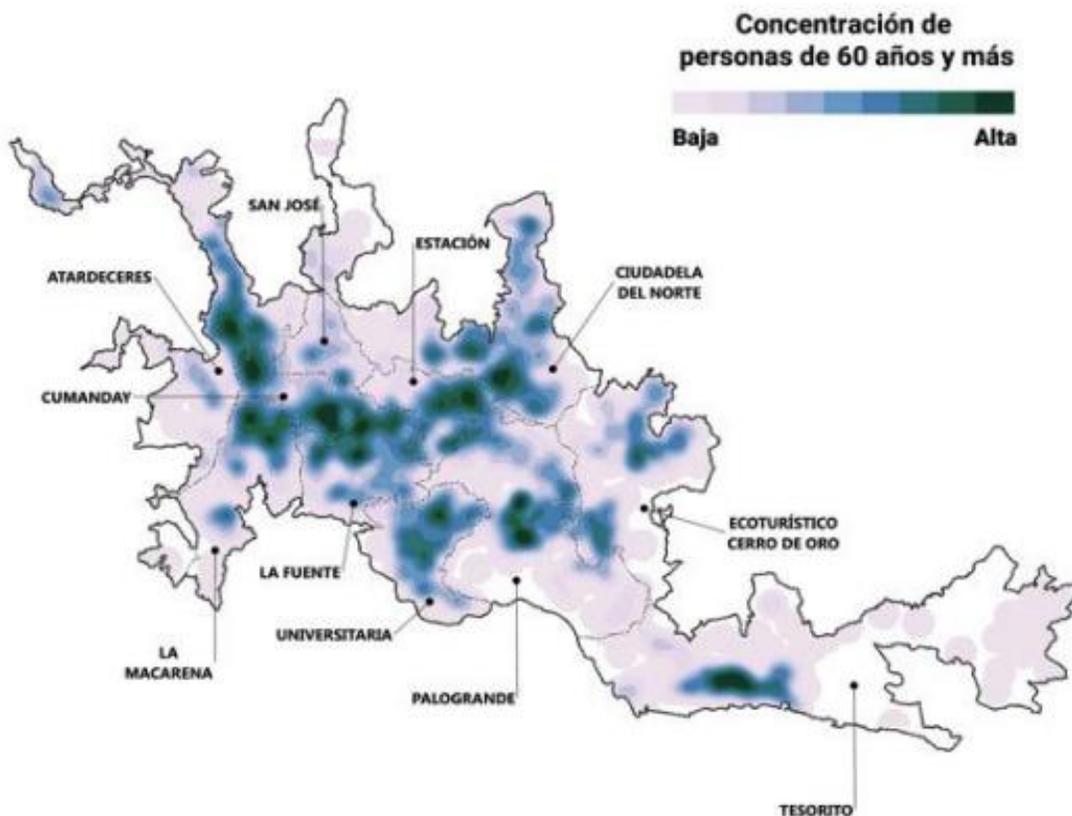


Nota. Fuente: Alcaldía de Manizales (2020).

Manizales presenta una población adulta mayor de aproximadamente 51.656 personas, que en una gran proporción se hallan dispersas en toda el área de la ciudad, y son atendidos por más de 160 instituciones y entidades prestadoras de servicio de salud.

Figura 2

Distribución geográfica de la población adulta mayor que reside en el municipio de Manizales.



Nota. Fuente: DANE (2019).

Manizales es considerada Ciudad Universitaria debido a que en su territorio se encuentran 13 instituciones de educación superior, 6 universidades que hacen parte del proyecto SUMA y cinco tienen acreditación de alta calidad. La ciudad alberga cerca de 47 mil estudiantes

anualmente, de los cuales aproximadamente 38 mil son presenciales. De éstos, el 48,7% corresponde a estudiantes que provienen de otros municipios de Caldas (1/3 parte) y de otras regiones del país (2/3 partes).

Así mismo, Manizales fue elegida como la ciudad del aprendizaje desde el 2019 por la Unesco. Por todo ello, Manizales es hoy reconocida como una ciudad de conocimiento.

Figura 3

Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales.



Nota. Fuente: Universidad Nacional sede Manizales (2018).

Haciendo parte de este escenario, se encuentra la Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales.

Fue creada por la Ley 66 de 1867, un órgano público estatal, autónomo e independiente, de rango constitucional, organizado en desarrollo del inciso 2 del artículo 113 de la Constitución Política, no perteneciente a ninguna de las ramas del poder público, con personería jurídica especial, no identificable ni asimilable a ninguna de las que corresponden a otras modalidades o tipos de entes públicos, con capacidad de designar sus directivas y de regirse por sus propios estatutos de acuerdo con la ley especial que lo regula. (Universidad Nacional Sede Manizales, 2018, p. 1)

El objeto misional de la Universidad Nacional de Colombia, está centrado en la promoción y fomento del acceso a la educación superior con altos niveles de calidad, y el desarrollo de las líneas de docencia, investigación, ciencias, creación artística y extensión.

2.2 Micro contexto. Unisalud. Breve reseña

La Unidad de Servicios de Salud - Unisalud, es una unidad especializada adscrita a la Rectoría de la Universidad Nacional de Colombia, cuyo funcionamiento está regulado por el Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia, de conformidad con lo expuesto en la Ley 647 de 2001. Para cumplir con su objeto misional, en el año 2006 Unisalud construyó su carta de navegación a partir del Modelo de Salud - Administración de Planes de Beneficios desde la Perspectiva de la Gestión del Riesgo.

En atención a los cambios en la reglamentación adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social en los últimos cinco años, en particular el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, la Resolución 429 de 2016 por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y en la que se define el marco estratégico y operacional del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, y la Resolución 3202 de 2016

mediante la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, fue necesario actualizar el modelo de salud de Unisalud, a partir del perfil epidemiológico, la gestión integral del riesgo en salud y la incorporación de la gestión del conocimiento.

Figura 4

Acceso principal Unisalud, sede Manizales.



Nota. Fuente: imagen propia.

El propósito central que orienta el Modelo de Salud de Unisalud, es la garantía del derecho a la salud de los usuarios en todos sus ciclos vitales, favoreciendo el desarrollo humano

e integral de su población afiliada, a través del cumplimiento de los atributos y principios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, bajo condiciones de equidad.

La actualización del Modelo de Salud de Unisalud incorporó un componente innovador basado en la gestión del conocimiento, a través del cual se busca el empoderamiento de los trabajadores de la salud y de sus pacientes, que permita contribuir al cumplimiento y la vivencia de los objetivos propuestos en el modelo de la Triple Meta, es decir, mejores resultados en salud, satisfacción del usuario y optimización del costo en salud.

Tabla 1

Distribución de usuarios por sedes

Categoría	Número usuarios	Distribución porcentual
Bogotá	10.690	65.5%
Medellín	3.389	20.8%
Manizales	1.357	8.3%
Palmira	879	5.4%
Total nacional	16.315	100%

Nota. Datos tomados de Datastudio, Unidad de Servicios de Salud (Unisalud, 2022).

En el Modelo de Salud que implementa la organización se tienen en cuenta los siguientes objetivos: el fomento de la salud y calidad de vida, el énfasis en la promoción de la salud, la cultura del autocuidado, la identificación e intervención de los determinantes sociales que inciden en la salud de la población afiliada, la conformación de equipos multidisciplinarios para la orientación y ejecución de acciones individuales y colectivas en salud, el reconocimiento a la diversidad cultural y de prácticas en salud, la atención integral, articulada, continua y pertinente,

y las mejoras en la capacidad resolutoria en el prestador propio y la red complementaria con garantía de cobertura en las regiones de domicilio de sus afiliados.

Es menester hacer la observación que Unisalud, dentro de sus objetivos del modelo de salud, privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, esto apunta a un cambio de paradigma en la atención del servicio de salud, que transita de un modelo reactivo que atiende a la enfermedad, a un modelo preventivo que está más enfocado en el paciente y en evitar o retrasar la aparición de la enfermedad.

Esta prevención se puede lograr de varias formas, una de las más importantes es la educación en autocuidado del paciente actual y del paciente potencial, principalmente en enfermedades crónicas que son las responsables de los mayores costos operacionales del sector.

2.3 Marco Teórico

2.3.1 La Gestión del Conocimiento en el Sector Salud

En una sociedad en la que cada día los datos, la información y el conocimiento toman mayor relevancia, se masifican y resignifican, la gestión del conocimiento se constituye en un concepto fundamental para lograr los objetivos empresariales y organizacionales, en tanto su aplicación, la experiencia adquirida y las lecciones aprendidas, sean gestionadas adecuadamente.

No obstante, el concepto es relativamente reciente y hace parte del complejo universo del conocimiento humano que día a día se transforma y evoluciona, y por esta razón los estudios y trabajos que se han enfocado en la gestión del conocimiento no poseen un constructo homogéneo que permita delinear sus límites de forma precisa y universal.

Esta apertura es favorecedora en la medida en que permite la configuración de escenarios para desarrollar una racionalidad abierta, crítica y compleja sobre el concepto y su aplicación, y

establecer de este modo su alcance dentro de esta investigación, en clave a recorrer el primer escalón que permita comprender la problemática planteada.

En este sentido se debe partir de definir lo que es el conocimiento, en un contexto académico y científico, al que Bunge (2014) define como ese conjunto de ideas caracterizadas por la sistematicidad, la racionalidad, la exactitud, la objetividad, la verificabilidad y la comunicabilidad, en tanto se puede compartir, y por ello mismo es susceptible de guardar o conservar puesto que la replicación rompe la limitación temporal, lo que hace que el conocimiento en el ahora, pueda ser almacenado y utilizado para el después.

Ese conocimiento o conjunto de ideas en la organización, es lo que se conoce como conocimiento organizacional, el cual para Nonaka & Takeuchi (1999) tiene dos dimensiones: el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, el primero es aquel conocimiento personal, particular, que el individuo posee en su interior por experiencia, por aprendizaje informal, no concreto, que surge de las relaciones del individuo con el mundo que le rodea y por ello posee una carga de subjetividad, es poco formalizado y por ello de difícil comunicación. El segundo es el conocimiento explícito, más identificado con el lenguaje formal, por medio del cual puede ser codificable, lo que lo hace más fácil de comunicar por su objetividad y sistematicidad.

En las organizaciones, el conocimiento en sus dos dimensiones constituye un activo importante, Drucker (2013) concibe la sociedad moderna como una sociedad del conocimiento en la que la productividad generada a partir del conocimiento, será la mayor fuente de creación de riqueza; esta productividad se logra gracias a la capacidad de las nuevas tecnologías para sistematizar y organizar los datos, transformándolos en información valiosa para la toma de decisiones.

Tanto el conocimiento tácito que poseen los colaboradores en todos los niveles, por su experiencia en su vida laboral y en especial en la misma organización, así como el conocimiento explícito de la organización, contenido en manuales, procesos, archivos, antecedentes, bases de datos, memorias, capacitaciones, entre otros, constituyen la materia prima para la gestión del conocimiento.

Se gestiona todo lo que implica de alguna manera un conocimiento que pueda ser valioso para la organización, incluso el conocimiento que se genera en la relación con los clientes externos, el conocimiento que se tiene del cliente y el conocimiento que el cliente tiene, son valiosos para el aprendizaje continuo de la organización; es un conocimiento que debe ser conservado, compartido, difundido, ampliado, construido, reconstruido y potencializado como un activo más de la organización.

En la medida en que el conocimiento y su gestión contribuyan a mejorar el desempeño de la organización, ésta debe establecer instrumentos y procesos que le permitan almacenarlo, potencializarlo, comunicarlo mediante procesos de enseñanza y aprendizaje que retroalimenten la organización y fortalecer así su capacidad para adaptarse y mejorar continuamente.

La capacidad de adaptación y mejoramiento continuo son especialmente importantes en las organizaciones que componen el amplio abanico de las instituciones prestadoras de servicios de salud, debido a las constantes reformas legales en el sector salud y los cambios en las condiciones sociales y de salubridad, como los originados recientemente a raíz de la pandemia por Covid-19, que las obligó a transformar rápidamente sus canales de atención, infraestructura y servicios.

En Colombia, según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, del MinSalud (2022) existen en el país 63.982 empresas registradas, que incluye instituciones de

salud, prestadores independientes, servicios especiales de transporte en salud y entidades con objeto social diferente, de las cuales, en Caldas, se encuentran inscritas 1.585.

Una característica particular de las organizaciones de salud es su relación con los clientes; a diferencia de las empresas comerciales, industriales y de otros sectores de servicios, el cliente en este caso genera una relación intrínsecamente vinculante con la organización, y esto actualmente es más notorio, en la medida en que los pacientes tienen acceso a información de primera mano gracias a las nuevas tecnologías de la información.

Gracias a ello, la organización posee medios de comunicación más ágiles e instantáneos, la transferencia de información entre médico y paciente se puede dar de forma presencial y virtual, las formulaciones y resultados son compartidas de manera instantánea vía internet, las quejas, reclamos y sugerencias de los pacientes son atendidas con prontitud gracias a la sistematización de la información, y las organizaciones informan, enseñan y capacitan a través de múltiples canales de comunicación.

En las organizaciones existe un importante conocimiento explícito derivado de los procesos normales de su funcionamiento y operación, así como los originados en la investigación y desarrollo, que les permite hacer innovación; no obstante, las historias clínicas de los pacientes constituyen uno de los activos de conocimiento más importantes para las instituciones, así como las relaciones con colaboradores, proveedores y otros grupos de interés como el gobierno, y los accionistas en las privadas. Todo este conocimiento explícito constituye una importante fuente de conocimiento que se debe almacenar, distribuir y utilizar posteriormente para fortalecer el desempeño organizacional, a través de una adecuada gestión.

De igual forma, el conocimiento tácito en las organizaciones de salud también se constituye en una valiosa fuente de conocimiento que, aunque de difícil comunicación, puede ser

identificado y hacerlo parte del capital intelectual de la organización; en este sentido Kothari et al. (2011) refieren lo siguiente:

Business leaders are demonstrating that they value their employees' tacit knowledge - their employees' experiences and interpretations derived from interacting with the company and those associated with the company - by devoting resources to capturing tacit knowledge. The business sector has moved from simple repositories of such information to more active approaches, knowing that sustainability requires an interactive approach to managing knowledge. (p. 7)

Las organizaciones están transformando las tradicionales bases de datos y repositorios mediante un enfoque interactivo que permite la construcción de nuevo conocimiento con la participación de los colaboradores, involucrándolos y creando redes de cooperación, invirtiendo en la gestión de ese conocimiento tácito, lo que potencia la gestión del capital intelectual.

En el sector de la salud, en especial lo relacionado con la promoción de la salud, juega un papel importante la creación y gestión del conocimiento de dichas organizaciones, particularmente porque sus objetivos incluyen el desarrollo físico, psicológico y social de los pacientes y las comunidades a las que atienden, no solamente como captadoras y acumuladoras de información de pacientes, tales como las historias clínicas, sino también como agentes vitales en la construcción de conocimiento con y para la sociedad, que incluye pero no se limita a la promoción de estrategias de información, educación y comunicación y la adopción de medidas de prevención y manejo, entre otras, de enfermedades crónicas (de alto costo social y económico) que requieren de la coordinación y despliegue de acciones intrainstitucionales, interinstitucionales e intersectoriales.

En el ejercicio de la promoción de la salud, convergen diferentes disciplinas en tanto las personas, los pacientes en este caso, son los receptores y beneficiarios primarios de las intervenciones, procedimientos, sensibilización y capacitaciones, a través de las cuales las instituciones de salud cubren aspectos relacionados con la sexualidad, la salud, la actividad física, la higiene, el medioambiente, el autocontrol, la alimentación, entre otros.

Estas interacciones proveen información no sólo desde la organización hacia el paciente sino en ambos sentidos, puesto que los pacientes de una u otra forma necesitan también que la organización les escuche, y para ello los canales tradicionales para interponer manifestaciones PQR (peticiones, quejas y reclamos), aunque prácticos y útiles, no son suficientes *per se* para reconocer y comprender la experiencia y percepción de los pacientes, resultando necesario generar espacios dinámicos, activos y aprovechar las diferentes formas de comunicación audiovisual, virtual, impresa, reuniones presenciales y las citas médicas como escenarios que permiten la expresión de inquietudes, necesidades, preocupaciones, fortalezas, expectativas y requerimientos de los pacientes sobre aspectos relacionados con su salud, la identificación de necesidades educativas para el manejo de las enfermedades o condiciones que padecen o la prevención de su aparición, la forma en que les gusta o les es más fácil aprender, los espacios y tiempos disponibles y adecuados a cada individuo, las empatías necesarias para lograr la sinergia entre la organización y el paciente, que sensibilice a estos últimos en corresponsabilidad y la apropiación y vivencia de prácticas de autocuidado que redunden en la adherencia a hábitos saludables, al plan terapéutico instaurado, mejores resultados en salud y, por tanto, se impacte en la calidad de vida.

Es este conocimiento el que es necesario gestionar y administrar, en unas condiciones en las que la información y la desinformación confluyen; las transformaciones son constantes y

exige a las organizaciones ser flexibles, además el acceso a la información es hoy más viable y posible para todas las personas. Decidir qué es importante, qué es veraz y confiable y qué es prioritario y necesario, es una tarea cada vez más difícil en la gestión de la información.

De acuerdo con De Almeida (2008) “Las empresas son comprendidas como sistemas adaptables, capaces de aprender continuamente, en un proceso de auto-regulación” (p. 30). Las organizaciones pueden aprender y autorregularse, esto deviene del intercambio de información y conocimiento, tanto de componentes internos como externos a ellas, en un proceso continuo de aprendizaje y transformación; en este sentido no están acabadas, no son totales, no están completas, se complejizan en torno a la deconstrucción de sí mismas, cuando descubren, corrigen, y reconstruyen, adaptándose, volviéndose por ello un sistema complejo, inacabado y mutable.

En las organizaciones de la salud, los procesos de comunicación y aprendizaje se producen en todos los ámbitos, reconociendo su valor en las actividades de promoción de la salud, en las cuales se hace necesario reconocer, potenciar y/o transformar la visión y prácticas del paciente. Para la OMS (2019) una de las medidas mundiales en materia de seguridad del paciente, es repensar al paciente para poder prestar un servicio y una atención en salud segura y adecuada, que requiere involucrar al grupo familiar, a la comunidad, a los cuidadores, y a las personas cercanas al paciente, puesto que todos ellos son coproductores de salud, es una necesidad urgente empoderar y capacitar estos actores para garantizar un servicio de salud centrado en el individuo, convirtiéndolos en socios informados del proceso.

Esta visión ampliada del paciente, aun cuando más compleja, devuelve recursos de información valiosa que permiten la construcción de un conocimiento más integral del individuo, reconociendo que además de paciente, es persona, padre, familiar, amigo, vecino, empleado,

socio, o cualquier otro rol del que participa y que determina su medio social, económico, ambiental, familiar y de cualquier otro tipo.

La nueva visión del paciente como individuo que trae consigo un conjunto de realidades en las que está inmerso, resignifica su definición otorgando una categoría de ser integral, complejo, que exige una configuración del lenguaje organización-paciente que integre variables ecológicas, ambientales, epidemiológicas, sociales, bioéticas, políticas, económicas y culturales en una perspectiva interdisciplinar, acorde con la realidad del paciente, de esta forma, entenderlo y comunicarse hacia y desde él, puede aportar mejor a la transformación del paciente como sujeto que se reconoce corresponsable en el cuidado de su propia salud.

En este sentido, la gestión del conocimiento en la organización, a través de los procesos de creación, organización, almacenaje, recuperación, transferencia y aplicación sistemática del conocimiento, debe contextualizarse frente a esta visión integral del paciente, en la que, a su vez, se armonice y conecte con el reconocimiento, interpretación e intervención de prácticas políticas, organizacionales, sociales, culturales e individuales asociadas a la salud poblacional.

De esta forma ya no sería posible capacitar, sensibilizar y educar en salud a un paciente sin que medien las diversas disciplinas necesarias para el reconocimiento de su realidad integral, decantando de ellas las variables que la relacionen y describan, propiciando un diálogo, una comunicación enmarcada en un lenguaje amplio, diverso, permeable a todas las posibilidades de ser del individuo, todos los roles en los que el paciente existe y coexiste con la familia, la sociedad, el medioambiente; desde su particular comprensión y vivencia de la realidad, hasta su papel como individuo que hace parte de un sistema más complejo.

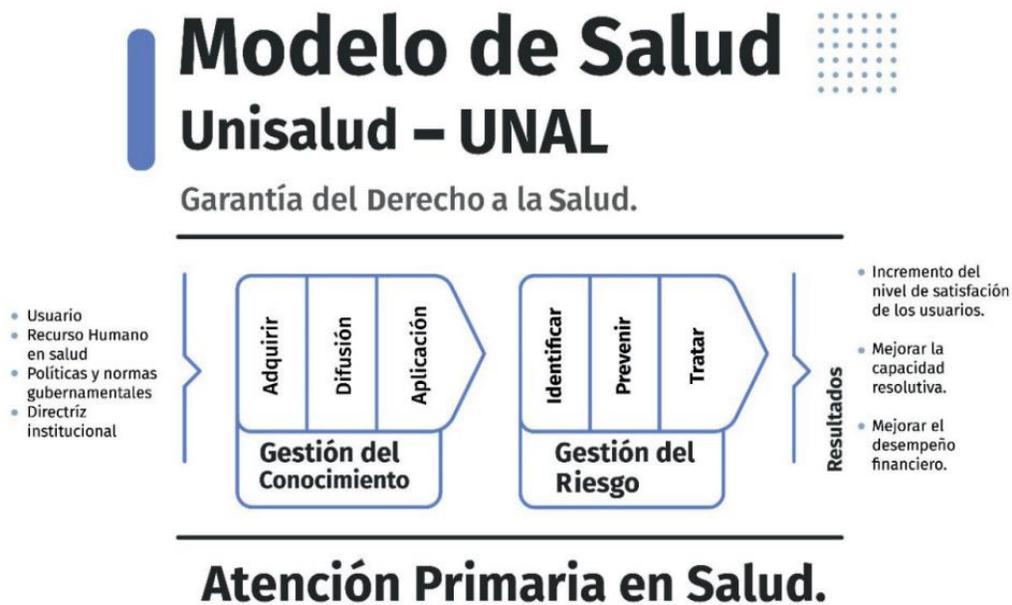
La Gestión del Conocimiento en Unisalud

El modelo que se implementa en Unisalud ha sido denominado “Modelo de Salud enfocado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud basado en la Gestión del Conocimiento”, y ha sido planteado a partir de los componentes del marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud, PAIS, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Como se indicó previamente, el propósito central que orienta el Modelo de Salud de Unisalud, es la garantía del derecho a la salud de los usuarios en todos sus ciclos vitales, favoreciendo el desarrollo humano e integral de su población afiliada, a través del cumplimiento de los atributos y principios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, bajo condiciones de equidad.

Figura 5

Modelo de Salud de Unisalud.



Nota. Fuente: Unisalud (2020).

El Modelo de Salud se encuentra integrado por 10 componentes orientados al desarrollo de acciones tendientes a la identificación, análisis e intervención de riesgos de los afiliados, partiendo de un enfoque de atención diferencial, la planeación de la atención según el riesgo, los cambios mediados por la intervención de los riesgos identificados, la vigilancia y seguimiento del riesgo y de la calidad de la atención, el seguimiento a los resultados en salud y la coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes.

El primer componente que se ha definido en el actual Modelo de Salud de la Organización es la caracterización poblacional, la cual se realiza de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1536 de 2015, con el fin de reconocer el estado de salud de la población afiliada, mediante el análisis del perfil epidemiológico, que permita la detección de riesgos específicos en salud y la variabilidad en el uso de los servicios.

El segundo componente corresponde a la delimitación territorial, el cual garantiza la cobertura y el acceso a los servicios de salud de sus afiliados, de acuerdo al territorio en el que se circunscriba su domicilio y en coherencia con lo planteado en la política PAIS y el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, que contemplan las categorías de ubicación urbanas, rurales y dispersos.

El tercer componente lo constituyen las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, RIPSS, las cuales son conformadas y organizadas en Unisalud en su proceso de planeación y contratación, en consideración de los atributos y características que rigen el sistema de salud, en los diferentes niveles de atención.

El cuarto componente alude a la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, en el que Unisalud prioriza a los afiliados que presentan condiciones especiales como patologías crónicas cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal

crónica), problemas o trastornos de salud mental, VIH, patologías oncológicas, gestante y recién nacido, programa ampliado de inmunizaciones y violencia contra la mujer y el niño, con el fin de garantizar las acciones de seguimiento, gestión del riesgo en salud y la realización de las intervenciones descritas en la ruta integral establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, con la intención de lograr los mejores resultados en salud. En este componente también se definen los procedimientos de referencia y contrarreferencia y las acciones de coordinación entre la red de prestadores que garanticen la accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad de la atención en salud a los afiliados.

El quinto componente lo constituye la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud GIRS, en el cual el sistema propio de salud de la Universidad Nacional de Colombia, coordina la gestión individual del riesgo en salud, a partir de la identificación, análisis, gestión y comunicación del riesgo a sus afiliados, con el fin de evitar o retrasar la aparición de la enfermedad y favorecer un diagnóstico y tratamiento oportunos, cuando se manifieste.

El modelo describe las estrategias que se desarrollan para el fomento de prácticas de autocuidado en los afiliados y sus familias y las acciones para la mitigación de los riesgos inherentes a la enfermedad, entre las que se destacan: la atención primaria en salud, el fortalecimiento de los equipos de atención con mayor énfasis en el despliegue de acciones para el fomento y la protección de la salud, el fortalecimiento de la capacidad resolutive mediante la formalización de equipos de trabajo de análisis y difusión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) del Ministerio de Salud y Protección Social y de otras adoptadas, la gestión en la Salud Pública, para garantizar la mejora continua en la atención y un mejor comportamiento en la cobertura de las actividades de Detección Temprana y Protección Específica, teniendo en cuenta la gestión

diferencial de las poblaciones vulnerables; la gestión para el mantenimiento y cuidado de la salud, que se sustenta en el autocuidado, en otros.

El sexto componente es la redefinición del rol de asegurador, en el cual Unisalud adopta el modelo de la Triple Meta, promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social, para mejorar los resultados en salud, la satisfacción de los usuarios y la optimización del costo *per cápita* en salud.

El séptimo componente es la redefinición del esquema de incentivos, en el cual la condición de Unisalud de dependencia de una entidad pública, limita los incentivos que se pueden ofertar a los servidores y colaboradores de sus prestadores propios y a los de la red contratada; sin embargo, plantea incentivos acordes con sus recursos y los diferentes tipos de vinculación, poniendo el acento en acciones de formación continuada, de reconocimiento por el logro de objetivos institucionales y contractuales y mecanismos compensatorios con tiempo.

El octavo componente es el fortalecimiento del talento humano en salud THS, tanto asistencial como administrativo que laboran en Unisalud, a través de estrategias como el proyecto de fortalecimiento del Modelo de Salud enfocado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud basado en la Gestión del Conocimiento, que tiene como objetivo principal, determinar anualmente las necesidades generales e individuales, brindar herramientas y fortalecer la construcción y apropiación del conocimiento.

El noveno componente lo conforman los requerimientos y procesos del sistema de información SI de Unisalud. La prestación de los servicios de salud debe soportarse en Sistemas de Información que cumplan con características de integridad de los datos, confidencialidad y disponibilidad de la información, seguridad y trazabilidad, que permitan la captura, conservación

y procesamiento de datos de valor para la toma de decisiones técnicas, administrativas y financieras, que apoye la gestión del riesgo en salud de los afiliados.

Finalmente, el décimo componente lo constituye el fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento, teniendo en cuenta que, en general, los afiliados a Unisalud hacen parte de una población cautiva que facilitaría la realización de investigación, a través del establecimiento de alianzas con facultades y departamentos de la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de generar conocimiento. Así mismo, busca promover la estrategia de la Escuela de Formadores (escuela de pares) cuyo objetivo es fortalecer el conocimiento de los usuarios en relación a sus derechos y deberes, el uso racional de servicios de salud, los beneficios de hábitos de vida saludables y la adherencia al manejo de enfermedades de base, entre otros.

El Modelo de Salud de Unisalud incorpora componentes que denotan la importancia de la participación activa de los afiliados en el proceso de gestión de su salud. Para que se logre una implicación efectiva, una de las líneas de acción propuesta en esta investigación, parte de la identificación de los sentidos que otorgan los pacientes a las prácticas educativas en salud, así como de sus expectativas, para que estrategias como la escuela de pares enunciada en el Modelo, genere un aporte significativo sobre los resultados en salud de los afiliados a partir de su reconocimiento como sujetos corresponsables en su autocuidado.

2.3.2 Enfermedades Crónicas: Diabetes Mellitus

En términos generales, la diabetes mellitus es una enfermedad catalogada como crónica. Se define como aquella que se presenta generalmente en adultos mayores y regularmente se puede controlar; no obstante, no tiene cura definitiva. Es una enfermedad irreversible del sistema

metabólico que se manifiesta con una elevación en los niveles de glicemia en sangre y orina del paciente, la glucosa es conocida popularmente como azúcar, y por ello se le denomina “azúcar en la sangre”. La diabetes se manifiesta debido a una menor secreción de la hormona insulina, o en otros casos debida a una deficiencia en su acción, es decir, el cuerpo produce la hormona insulina, pero esta no hace lo que debería hacer.

Según la OMS (2021a) la presencia de la enfermedad va en aumento en todo el planeta, principalmente en los países menos desarrollados, de ingresos medios y bajos, lo que se traduce en gastos importantes tanto para los hogares pobres, como para los sistemas de salud, en tanto no existen programas adecuados de prevención, y el acceso a estos programas, a educación y a tratamientos son más difíciles para las familias más pobres.

Una medida adoptada ante esta situación fue la inclusión en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de una meta para la reducción de la mortalidad prematura debida a la diabetes en todo el mundo, se espera reducir un 30% este índice para ese año, así como lograr que los medicamentos esenciales para su tratamiento alcancen un precio accesible a todas las personas.

Drucker (2020) advierte sobre las implicaciones de la diabetes frente a la actual epidemia del coronavirus SARS-Co-V-2, y puso de relieve la importancia de controlar el aumento en la prevalencia de esta enfermedad, así como la comprensión de los mecanismos fisio-patológicos inducidos por este agente para orientar el espectro terapéutico más efectivo.

Existe un mayor riesgo de contraer infecciones para los pacientes que padecen diabetes, y en el caso del síndrome respiratorio agudo severo (SARS)-CoV2, la asociación de algunas proteínas receptoras de coronavirus con las funciones transductoras de señales metabólicas y vías que regulan la inflamación, la fisiología renal y cardiovascular y la homeostasis de la glucosa.

Esta situación, entre otras relacionadas con la diabetes y el coronavirus, fomenta investigaciones para comprender el uso prudente, los riesgos y los beneficios de los agentes hipoglucemiantes individuales y los medicamentos relacionados, que se usan comúnmente en los pacientes con diabetes, que se encuentren en riesgo de ser hospitalizados con infecciones relacionadas con el coronavirus.

Diabetes mellitus tipo 2, DM2

La diabetes de tipo 2 es considerada el tipo más común de diabetes mellitus, y se presenta generalmente en individuos con obesidad o sobrepeso, condiciones que se configuran como un factor de riesgo debido a su asociación con la resistencia a la insulina.

La DM2 es una condición crónica, progresiva y caracterizada por la incapacidad del cuerpo de hacer un uso adecuado de la insulina secretada por el páncreas. El protocolo de tratamiento para la diabetes incluye dos ejes de acción principales: el manejo farmacológico y el manejo no farmacológico.

Para el interés de este trabajo, se presenta el protocolo relacionado con el manejo no farmacológico que incluye, entre otros aspectos, una alimentación saludable con el objetivo de mantener un peso adecuado, una actividad física regular apropiada para la condición física de cada paciente, un control glucémico y del peso corporal y la disminución o eliminación total del consumo de tabaco y alcohol.

Figura 6

Tratamiento no farmacológico de pacientes adultas(os) con DM2.

EDUCACIÓN INTERACTIVA	Sesiones teóricas grupales Sesiones prácticas individuales (automanejo)
TERAPIA NUTRICIONAL	Medidas iniciales: a. Evitar azúcares refinados b. Disminuir grasas (frituras, embutidos, vísceras) c. Aumentar fibra (vegetales, frutas, cereales de grano completo, leguminosas) d. Preferir consumo de pescados oscuros a carnes rojas e. Evitar alimentos procesados y ultraprocesados Cálculo del Plan Alimentario por Nutricionista
EJERCICIO	Aeróbico complementado con ejercicios de resistencia 150 minutos o más/semana No más de 2 días de intermedio Progresivo Moderada intensidad Evaluación cardiovascular previa
PREVENCIÓN O CESACIÓN TABÁQUICA	Referir a la consulta de cesación tabáquica
DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL	Tomar precauciones para evitar hipo- o hiperglucemias Referir a las consultas de Salud Mental
MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO	Referir a la consulta de Salud Mental

Nota. Fuente: OPS (2020b)

En Colombia, el MinSalud (2013) provee la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la DM2 en la población mayor de 18 años, para pacientes y cuidadores, la cual presenta, entre otros, temas como el origen de la diabetes, los desencadenantes, la sintomatología, el diagnóstico, las pruebas, el control y su importancia, el

estilo de vida saludable, la dieta saludable, los tipos de actividad física, los medicamentos: dosis y usos, los episodios de hipoglucemia y las complicaciones de la diabetes mellitus.

Según datos del MinSalud (2021) y el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, con corte al 30 de junio de 2021, se estimó que en Colombia hay 1.676.885 personas con esta enfermedad. Además, tres de cada 100 colombianos padece diabetes mellitus; no obstante, es probable que uno de cada 10 colombianos sufra la enfermedad debido a que es una enfermedad silenciosa, y la mayor parte de quienes la padecen desconocen su situación.

En la vigencia 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución No. 4003, por medio del cual se adopta el Anexo Técnico Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la DM2 y el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más. El capítulo 3 del anexo de esta resolución advierte que la diabetes, como una de las condiciones crónicas que producen mayor morbilidad y mortalidad en los adultos mayores, requiere no solamente de la asistencia médica permanente, sino además de la educación en salud para el paciente, su familia y sus cuidadores, buscando que entiendan la enfermedad, que conozcan su tratamiento y aprendan la manera de evitar posibles complicaciones.

Así mismo reglamenta la inscripción del paciente diagnosticado con DM2, en programas de control y seguimiento enfocados en la educación, para que los pacientes de manera consciente modifiquen hábitos de vida poco saludables, y para que adquieran compromiso y adherencia a los tratamientos e indicaciones médicas, un proceso que debe ser abordado desde diferentes perspectivas y adaptado a las necesidades y la realidad de cada persona, toda vez que los pacientes con diabetes requieren de una atención compleja e integral que estimule su participación en dichos programas, su empoderamiento y corresponsabilidad en su autocuidado.

2.3.3 Educar en Salud: Educación de Pacientes Adultos para el Autocuidado

Educar al hombre adulto no es un reto, no es más difícil, no es más lento, y tampoco es un propósito con fin social de una propuesta política; el hombre y la mujer adultos, son igual o más capaces de aprender e igual o más curiosos que un niño de seis años. Lo que cambia, son sus necesidades y su realidad.

Con la anterior provocación se dio apertura a esta obra de conocimiento, porque, siendo la DM2 uno de los ejes principales sobre los que gira esta investigación, el interés primario está centrado en la educación como medio para hacer aprehensión de la realidad, para conocer lo desconocido, para comunicar el conocimiento y comunicar la duda, para encontrar las respuestas de manera conjunta, para construir y deconstruir las ideas, los conceptos y para transformar conductas.

Todo capacitador o agente educador de la organización de salud, desde el enfermero, el médico o el especialista, que se halle involucrado en el proceso de educación del paciente, debe hacer una revisión y una reflexión de cómo ha sido su práctica educativa y qué aspectos pueden ser objeto de mejora o de transformación para lograr sus objetivos. Al llevar a cabo esta revisión y esta reflexión puede llegar a entender y comprender mejor su labor educativa y, luego de esta deconstrucción, proponer y aplicar nuevas formas de educar que impacten en la obtención de mejores resultados en salud.

Por esta razón, la investigación incluye un componente didáctico, de formación para la transformación, teniendo en cuenta las características de los pacientes que son atendidos en la organización.

Para adentrarnos en la educación de adultos, y específicamente en la educación de pacientes para el autocuidado, primero es conveniente comprender qué es la promoción de la

salud. En términos generales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), la define como “un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, laborales, económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva” (p. 1). Es decir, es el conjunto de acciones dirigidas a mejorar y sostener la salud de las personas, que incluye la implementación de estrategias como la promoción de entornos saludables, el reforzamiento de los servicios de salud, la creación de políticas públicas sanitarias acordes con las necesidades y características de cada población, la educación en hábitos de vida saludables y la generación en el individuo de actitudes orientadas al fortalecimiento de los recursos propios para la gestión individual y colectiva de la salud.

Por su parte, la Educación para la Salud es un proceso participativo que vincula al binomio paciente-familia en la apropiación de conocimientos y hábitos que permitan gestionar adecuadamente su salud y lograr un control efectivo sobre los desencadenantes de las enfermedades, en especial las crónicas, en las que, como es el caso de la DM2, una adecuada sensibilización y capacitación puede disminuir las tasas de recaídas y la utilización permanente de los servicios de salud.

La educación en salud frecuentemente es relacionada con la alfabetización en salud y de acuerdo con Sørensen et al. (2012):

Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course. (p. 3)

Lo anterior implica que, mejorar la calidad de vida de un paciente adulto con una enfermedad crónica como la DM2, conlleva que este pueda tomar decisiones sobre su salud, basado en la motivación hacia su propio cuidado, el conocimiento de la enfermedad, su tratamiento y su desempeño para evaluar, comprender y utilizar adecuadamente la información sobre la enfermedad y la gestión de su salud.

La OMS (1998), define la alfabetización en salud como “las habilidades cognitivas y sociales que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (p. 21). Por ello, se esperaría que una persona con un nivel adecuado de educación en salud, adquiriera las competencias necesarias para gestionar la enfermedad y mejorar su estado de salud; sin embargo, sigue evidenciándose que aún existen brechas en los programas de promoción y educación, frente al empoderamiento del paciente sobre su autocuidado, su coparticipación y la adopción de conductas corresponsables en el desarrollo de prácticas que conduzcan a un mejor estado de su salud, a partir de los recursos que brinda la organización basados en estrategias de información, educación y comunicación.

Es un hecho que la educación para la salud debe repensar y reconstruir las estrategias didácticas en función del devenir de la realidad y las particularidades de cada individuo, que repercutan en mayor efectividad de los programas de formación y capacitación dirigidos, en este caso, a los pacientes adultos con enfermedades crónicas como la DM2, en aras de intervenir, por ejemplo, el pronóstico de la Federación Internacional de Diabetes, que afirma que “si la tendencia continúa, para el año 2045 cerca de 700 millones de adultos en el mundo tendrán diabetes” (MinSalud, 2021, p. 1).

La educación en salud incluye, la realización de charlas, talleres, conferencias, grupos de experiencias y actividades individuales que se imparten con la concurrencia de otras disciplinas como la psicología, la dietética, enfermería, trabajo social, las ciencias del deporte, la sexología y la terapia ocupacional, entre otras.

Esta interdisciplinariedad, -cada vez más notoria y necesaria en la educación en salud-, de la mano de los desarrollos tecnológicos provee una mayor cantidad de información disponible en los sistemas de información de la organización, pero a su vez exige una mayor capacidad de análisis, procesamiento y gestión, de tal forma que la integración de esa información aporte al conocimiento y reconocimiento del paciente y sus necesidades.

Desde esta perspectiva, la educación en salud debe atender a la comprensión del paciente de manera integral, a partir de la información que se obtiene del proceso de atención y del desarrollo de instrumentos y canales de comunicación asertivos que permitan conocer sus realidades, sus necesidades y sus expectativas respecto a lo que quiere y necesita aprender de su condición de salud, enfermedad, tratamiento, cuidados, y todo lo relativo a la gestión de su salud. Las nuevas tecnologías de la información proveen herramientas útiles para entablar diálogos y procesos de intercambio con los pacientes, así como para organizar, almacenar, recuperar, transferir y aplicar de manera sistemática el conocimiento que la organización tiene, tanto tácito como explícito, y el conocimiento de sus pacientes generado en las diferentes interacciones que posibilita el sistema de salud.

La información obtenida de la experiencia de atención y tratamiento de un paciente adulto, es útil en la medida en que la organización la sistematice, la organice, la transforme, la apropie, aplique y comparta con el cliente interno, externo y otras instituciones del sector. El aprendizaje de las experiencias de educación de pacientes, debe proveer una retroalimentación

que efectivamente contribuya a satisfacer las necesidades y expectativas educativas de los pacientes, mejorar los resultados en salud de la población, la toma de decisiones y a mejorar el desempeño de la organización.

En este diálogo paciente-organización debe prevalecer el principio de equidad en tanto la organización debe velar por satisfacer las necesidades e intereses de cada paciente, teniendo como referente el reconocimiento de la individualidad y el contexto en el que se desarrolla cada persona. Por lo anterior, las estrategias educativas en salud deben responder a una perspectiva personalizante, que comprenda y valore las dimensiones cognitivas, emocionales, físicas y psicosociales durante el proceso educativo, con mediaciones dialógicas, en doble vía, flexibles, sensibles y permeables a las realidades conocidas y emergentes.

Estrategias Pedagógicas en Salud

Las estrategias pedagógicas en salud, se entienden como todas aquellas acciones y procesos que la organización lleva a cabo para que el conocimiento acerca de la salud, la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento, los procedimientos, los derechos y deberes del paciente, las prácticas convenientes y no convenientes, entre otros, pueda ser apropiado por el paciente adulto y su familia de forma efectiva, y contribuya a fortalecer el reconocimiento y aceptación de su condición, la adherencia a las recomendaciones, plan de manejo y programas, y su responsabilidad frente a la gestión de su salud.

Camacho et al. (2012) define cinco tipos de estrategias pedagógicas: cognitivas, meta-cognitiva, lúdicas, tecnológicas y socio-afectivas. Las estrategias pedagógicas cognitivas son aquellas acciones físicas y cognoscitivas orientadas al aprendizaje significativo del objeto de estudio mediante lineamientos metodológicos y el uso de herramientas que promuevan el

desarrollo de habilidades para el afrontamiento de situaciones o la resolución de problemas concretos (Camacho et al., 2012). Por ejemplo, estrategias enfocadas en que el paciente adulto con diagnóstico de DM2, aprenda la utilización del glucómetro, la lectura de los parámetros arrojados y la conducta a seguir en función de los resultados obtenidos.

Las estrategias pedagógicas meta-cognitivas, impulsan al educando a evaluar su propio saber, mediante ejercicios de consciencia, cuestionándose lo aprendido, la forma en que lo aprende, y la función social de ese aprendizaje; en este sentido, promueven el análisis, el razonamiento, el uso y la reconstrucción del conocimiento para confrontar las acciones del individuo con lo aprendido (Camacho et al., 2012). En este sentido, es preciso fomentar el desarrollo de escenarios de reflexión sobre el conocimiento que se tiene y la concordancia o no de las conductas que se expresan.

Las estrategias pedagógicas lúdicas están basadas en la motivación del individuo y se orientan a dinamizar el proceso de aprendizaje a través del juego recreativo y didáctico, son actividades desarrolladas en un ambiente distendido y agradable, que buscan generar o potenciar emociones y sentimientos positivos en el aprendiente, a partir de la estimulación sensorial y emocional en la que educando y educador interactúan fuertemente. En relación con la educación en salud para adultos, las estrategias pedagógicas lúdicas deben promover la creación de ambientes seguros, confortables y tranquilos entre paciente-paciente y paciente-educador, que permitan una comunicación asertiva, empática y el establecimiento de redes de apoyo que fomenten vínculos solidarios.

Las estrategias pedagógicas basadas en las tecnológicas implican el uso y apropiación de las herramientas tecnológicas para la comunicación, interacción, aprendizaje y retroalimentación en entornos sincrónicos y asincrónicos que vinculen a pacientes, familias y personal de salud

(Camacho et al., 2012). El uso de las redes sociales, internet, dispositivos como celulares, tabletas y aplicaciones de mensajería instantánea, facilitan la difusión de contenidos con fines educativos y posibilitan otros entornos y modos de comunicación. La utilización de recursos virtuales y tecnológicos también ayuda en el manejo de brechas o limitantes causadas por las distancias físicas y el tiempo.

En la educación en salud para adultos, las estrategias pedagógicas con mediación de las tecnológicas ofrecen posibilidades para la generación de otros escenarios de encuentro e interacción. Por ejemplo, algunos dispositivos electrónicos como relojes y celulares inteligentes permiten hacer seguimiento a parámetros fisiológicos como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, consumo calórico, actividad física, entre otros, lo que configura una oportunidad para reforzar conductas de autocuidado mediante el aprovechamiento y entrenamiento en el uso de estas herramientas.

Las estrategias pedagógicas socioafectivas están relacionadas con la utilización del ambiente y el lugar donde se desarrolla el proceso de aprendizaje, con el objetivo de hacer que el educando se sienta cómodo, pueda ser espontáneo, sienta que puede expresar sus opiniones, inquietudes y requerimientos de manera sincera y sin inhibiciones (Camacho et al., 2012).

Las estrategias pedagógicas socioafectivas en la educación en salud para adultos tienen en cuenta el compromiso entre el personal de la salud y el paciente, e incluye el manejo de un lenguaje claro, comprensivo, abierto, que ofrezca la posibilidad de relacionarse a través de una comunicación asertiva y constante, donde fluya la información en ambos sentidos. La retroalimentación que se obtenga del paciente y/o su familia, basada en experiencias, emociones, sentimientos, percepciones y expectativas, se convierte en conocimiento y capital intelectual que puede ser gestionado por la organización para consolidar procesos de aprendizaje exitosos.

Finalmente es importante resaltar que las estrategias pedagógicas en salud deben permitir establecer una relación de interdependencia y reciprocidad entre el paciente adulto y su familia y el personal de salud e institución de salud, que favorezca la co-construcción y resignificación de lo que se enseña, aprende y apropia. En el desarrollo de estas relaciones, que deben ser permeables, flexibles y dinámicas, el rol de educando y educador también debe ser alternante, en tanto la organización en salud se encuentra en constante proceso de aprendizaje y ajuste a partir de las dinámicas inherentes al sistema y las experiencias compartidas por los pacientes.

2.4 Estado del conocimiento

En este apartado, se presentan 8 referentes de carácter nacional e internacional que dan cuenta de los primeros modelos que se implementaron para la educación a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se incluye la diabetes, los modelos de educación a pacientes y familias vigentes, la incorporación de conceptos como la autogestión, autoeficacia y autocuidado como parte de las habilidades a desarrollar en los pacientes y sus familias y el impacto de estos programas educativos en la salud pública y en el sistema sanitario.

Wagner & Austin & Von Korff (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly. Estados Unidos.

En Estados Unidos, en la década de los 90, el MacColl Institute for Healthcare Innovation desarrolló el Modelo de Atención a Crónicos, en respuesta a los cambios y desafíos que representaban, en la época, las enfermedades crónicas no transmisibles para la salud de la población, teniendo en cuenta sus altas tasas de incidencia y prevalencia, los índices de mortalidad y discapacidad, el costo en el sistema sanitario y las proyecciones, bastante

desalentadores, del comportamiento de estas enfermedades en décadas futuras. Este modelo se encuentra configurado por 3 líneas de intervención, a saber: nivel local, sistema sanitario y la díada paciente-familia.

El Modelo incorporó innovaciones en la atención de pacientes con enfermedades crónicas con acento en programas educativos para el desarrollo de habilidades de autogestión y autocuidado, normas clínicas basadas en evidencia científica como herramientas de apoyo en la toma de decisiones de los profesionales de la salud, definición y conformación de equipos multidisciplinarios en respuesta a las necesidades de los pacientes, sistemas de información electrónicos (historia clínica electrónica), cambios de paradigma en el desarrollo de la organización: fortalecimiento de la atención primaria, articulación del primer nivel de atención con instituciones hospitalarias, esquemas de incentivos, desarrollo y evaluación de competencias profesionales en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas y, finalmente, la articulación intersectorial entre las instituciones y agencias de salud e instituciones, asociaciones y programas sociales y comunitarios.

El Modelo introdujo cambios en las relaciones tradicionales entre pacientes y familias y profesionales de la salud e incentiva el liderazgo en ambos grupos con miras a la obtención de los mejores resultados en salud. Esta propuesta, ostenta un importante posicionamiento y respaldo por las agremiaciones científicas.

Kisa Adnan. (2002). The Innovation Care for Chronic Conditions Framework.

El Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas surge como una adaptación al Modelo de Atención a Crónicos, previamente referido. El elemento diferenciador lo aporta la introducción de un marco de políticas positivas basadas en el fortalecimiento de alianzas entre

los diferentes sectores, teniendo en cuenta que la presentación de enfermedades crónicas es multicausal, el desarrollo del recurso humano, políticas públicas en salud, desarrollo de marcos legislativos, financiación del sistema y liderazgo. Este modelo basa sus resultados en la eficiente articulación y coordinación de los agentes comunitarios, trabajadores de la salud, pacientes y familias, reconociendo, como un eslabón fundamental en el marco contextual y normativo, el apoyo a las acciones de autocuidado y prevención y el logro de mejores resultados en salud a través de la información, la preparación y la motivación.

Lorgi, K. Et Al. (2001). Chronic Disease Self-Management Program. 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcome. Rev. Medical Care.

El objetivo de esta investigación se centró en la evaluación de la salud de un grupo de pacientes intervenidos a dos años de la implementación del Programa de Automanejo de Enfermedades Crónicas (CDSMP), cuyo propósito es el desarrollo de habilidades de autogestión de los pacientes, a través de la educación por pares, para mejorar su estado de salud, reducir la progresión en su deterioro o disminuir la utilización de los servicios de salud. En el estudio participaron 831 pacientes de ≥ 40 años de edad con diagnóstico de enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, accidente cerebrovascular y artritis.

Transcurridos dos años de intervención en el Programa, se observó una reducción en las visitas a salas de emergencia, no hubo aumento en las hospitalizaciones o en la estancia hospitalaria y se percibió una mejora en la tasa de autoeficacia, la cual se asoció a futuras reducciones en el uso de servicios ambulatorios. Además, los pacientes percibieron menos angustia, mejoras en su energía y no hubo deterioros en su salud en el año 1 y 2 de intervención. Este estudio evidencia el impacto en la reducción de los costos de atención médica que puede

representar la implementación de programas que promuevan la autogestión de la salud en los pacientes.

El Programa se enseñó en sitios comunitarios como centros para personas mayores, iglesias e instituciones de salud. Cada programa tuvo entre 10 y 15 participantes de diferentes edades y diagnósticos y contó con una duración de entrenamiento de 20 horas aproximadamente, distribuidas en 7 sesiones por semana, de 2.5 horas de duración.

Escuela Andaluza de Salud Pública. (2008). Escuela de Pacientes. España.

La Escuela de Pacientes de Andalucía, España, fue creada en el 2008 y se encuentra financiada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Está dirigida a personas con diagnóstico de enfermedades crónicas, basada en un modelo de formación entre iguales. Además de crear entornos de enseñanza para la autoeficacia y el autocuidado, promueve el establecimiento de redes de apoyo entre pacientes y cuidadores.

Durante su operación, la Escuela ha formado a más de 15.000 pacientes, cuenta con una amplia red cambiante de pacientes formadores y la definición de más de 30 ejes temáticos. Dispone de escenarios de formación presencial y con mediación de las TICs a través de su página web y redes sociales. De acuerdo con Prieto Rodríguez (2019), “La metodología de la Escuela de Pacientes se enmarca en la teoría de Autoeficacia de Bandura” (p. 39). A la autoeficacia se le atribuyen 4 propósitos: la superación de situaciones difíciles, basadas en el ejemplo de otros, el aprendizaje por observación a personas con condiciones similares, el desarrollo de la automotivación y la reducción o reinterpretación de las reacciones de estrés.

La selección de los formadores también toma en cuenta 4 condiciones: conocimiento de la enfermedad, adecuada autoeficacia, habilidades para manejo de grupos y disponibilidad para

desarrollar las actividades de formación. Los formadores reciben un entrenamiento de 2 a 3 semanas con sesiones de 3 a 4 horas de duración. Este modelo de enseñanza combate la asimetría de las relaciones de poder percibidas en otros modelos o programas educativos tradicionales, dado que el educador o formador también es paciente.

Rozo de Arévalo (2002). Propuesta metodológica para la educación en salud de la persona, la familia y la comunidad. (Tesis doctorado). Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”, La Habana, Cuba.

El objetivo general de esta investigación se centró en la elaboración de “una propuesta metodológica con miras a fortalecer la educación para la salud como parte de la formación del profesional de enfermería en su relación con la persona y los colectivos” (Rozo de Arévalo, 2002, p. 1). Buscó responder a cuál es la mejor forma de optimizar el trabajo educativo en salud hacia la persona, la familia y la comunidad como parte de la formación profesional en enfermería.

El campo de acción de la investigación es el proceso de enseñanza-aprendizaje basado en la educación para la salud. En este sentido, el trabajo desarrolló una propuesta metodológica para contribuir a la promoción del bienestar y el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad, en el que se vinculó la teoría con la práctica, puso de relieve la necesidad de un cambio en la forma como viene desarrollándose la educación para la salud, y concluyó sobre la importancia de la motivación de la persona por su propio aprendizaje.

Uno de los hallazgos a destacar de esta investigación, mostró que el modelo de enseñanza adoptado, concentra la responsabilidad de las acciones de formación al paciente y su familia en el personal de enfermería, dejando en un segundo plano la dimensión social y educativa del

proceso y limitando la posibilidad de desarrollar, de forma integrada, las acciones de prevención y promoción de la salud a nivel individual y colectivo. Este hallazgo reforzó la necesidad de conducir una investigación enfocada en la gestión del conocimiento como estrategia para el reconocimiento de la realidad integral del paciente en ruta hacia su autocuidado, presentada en esta obra de conocimiento.

Asociación Colombiana de Diabetes [ACD]. Unidad Educativa DiabetExpert.

La Asociación Colombiana de Diabetes es una institución privada, sin ánimo de lucro, fundada en el año 1.954 por el Doctor Mario Sánchez Medina y su familia. Su creación fue inspirada por el interés en el mejoramiento del conocimiento de la diabetes, ayudar a las personas con diabetes en su tratamiento adecuado, mejorar el acceso a la consulta de atención especializada, mejorar el acceso a las insulinas a través de gestión de precios más razonables, establecer alianzas intersectoriales para promover campañas contra la diabetes y consolidar redes de apoyo y de gestión del conocimiento entre todas las personas con diabetes en el país.

La Asociación ha implementado exitosos programas de educación continuada para profesionales de la salud en Colombia y de otros países de la región. Como sociedad científica, ha contribuido a la investigación de la diabetes, la elaboración de guías para el manejo de la diabetes y en el diseño de estrategias para mitigar su impacto, en cooperación con autoridades gubernamentales. En la década de los 80, realizó el primer Curso Multinacional de Manejo de la Diabetes y dio inicio al programa de Convivencias, como espacio educativo para niños con diabetes. En 1.998 llevó a cabo el primer curso teórico- práctico Educando al Educador y el primer curso de diabetes para médicos, vigentes a la fecha.

La Asociación ofrece programas educativos a sus afiliados, incluyendo a las personas con diabetes y sus familias, a través de cursos desarrollados de manera presencial y virtual. Incluye fases de seguimiento y la entrega de material educativo. Algunas de las áreas temáticas son alimentación saludable, automonitoreo, actividad física, tratamiento farmacológico, cuidados del pie, manejo de emociones, reducción de riesgo y detección temprana de complicaciones (agudas y crónicas). El perfil de los educadores es diverso: enfermería del nivel técnico y profesional, medicina, psicología, nutrición, fisioterapia, químico farmacéutico y personas formadas como educadores en diabetes. Estos cursos tienen la finalidad de desarrollar habilidades para la motivación en la autogestión y autocuidado de la diabetes.

Giraldo, M. (2018). Club de Pacientes Crónicos. Secretaría de Salud de Bogotá. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Colombia.

La Secretaría de Salud de Bogotá en alianza con la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, implementaron el programa Club de Pacientes Crónicos, como escenario de información y capacitación para personas con diagnóstico de enfermedades crónicas. El programa tiene presencia en las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda y convoca la asistencia de grupos de 50 usuarios en salones comunales o unidades de salud, en las cuales se desarrollan talleres y actividades lúdicas, orientados por profesionales de la salud.

El espíritu del programa se enfoca en mejorar la atención en salud con criterios de oportunidad, calidad y humanización y en la reducción de complicaciones, a través de la formación en la enfermedad, el tratamiento, sus efectos y estilos de vida saludables.

Hasta el año 2018, se reportaron datos de atención a más de 5.000 usuarios en el Programa, entre los 40 y 90 años de edad, generando un impacto positivo en el estado de salud de los pacientes, la reducción en el uso de servicios de urgencias y en los costos en salud. Este programa pone en evidencia la acción y coordinación intersectorial entre entes gubernamentales, comunidad e instituciones de salud en el abordaje e intervención de la salud pública.

Angarita (2019). Implementación de un Programa Educativo desde el Modelo de la Autoeficacia, que Fortalezca la Adherencia y/o Autocuidado en Pacientes de una IPS de Bucaramanga. (Maestría en Educación). Universidad de Bucaramanga.

El objetivo de esta investigación fue “potenciar las conductas favorables hacia el autocuidado y el manejo de la enfermedad a través de una estrategia educativa en una IPS de atención primaria en salud” (Angarita, 2019, p. 1). Desarrollada en la ciudad de Bucaramanga, fue motivada por la necesidad de hallar estrategias que mejoren, en el paciente, la adherencia al tratamiento instaurado para el manejo de una condición crónica no transmisible.

La investigación aportó al mejoramiento de la adherencia terapéutica de los pacientes, a través de la adquisición de aprendizajes relacionados con la enfermedad, mediado por el uso de estrategias educativas basadas en la conceptualización del modelo de alfabetización en salud, el cual se refiere, según Angarita (2019):

A educar desde las habilidades sociales y cognitivas, entendiéndose por aquellas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud. (p.

1)

La investigación evidenció diversas posibilidades para el mantenimiento, mejoramiento y restablecimiento de la salud a partir de la promoción de conductas para el autocuidado y la adherencia al plan de manejo establecido, a través de programas de “alfabetización en salud, la búsqueda de la autoeficacia, y la enseñanza para la comprensión” (Angarita, 2019, p. 1).

Capítulo 3. Metodología

En este capítulo se describe la metodología que se utilizó para realizar la investigación sobre la gestión del conocimiento como estrategia para el reconocimiento de la realidad integral del paciente en ruta hacia el autocuidado, la cual se basó en la metodología del estudio de caso propuesto por Yin (1994) que establece que “una investigación de estudio de caso trata una situación donde está involucrada más de una variable de interés; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia” (p. 13).

Esta investigación toma como referente de análisis diversas categorías, entre ellas, la gestión del conocimiento, la educación del adulto, la DM2, las estrategias pedagógicas, la educación del paciente para el autocuidado y los cuatro modos adaptativos del Modelo de Adaptación de Roy (2000): función fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia, las cuales permiten realizar la aproximación al asunto planteado, y llevar a cabo el análisis de las observaciones de campo realizadas en los pacientes seleccionados para el estudio.

La metodología se orienta como estudio de caso, con un enfoque de investigación cualitativo soportado en datos numéricos, haciendo una recolección de datos de tipo descriptivo de los pacientes adultos de Unisalud, sede Manizales, con diagnóstico de DM2, objeto de intervención.

3.1 Enfoque de investigación

La investigación tiene un enfoque cualitativo soportada en datos numéricos, e implementa el método analítico. En el análisis, Hernández Sampieri et al. (2014) indica que, “se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada una de las

partes de un todo, con el objeto de estudiarlas y examinarlas por separado, para ver, por ejemplo, las relaciones entre las mismas” (p. 490). Lo que significa, para el caso de esta investigación, que se lleva a cabo el análisis detallado de los elementos claves: paciente, enfermedad, conocimiento, estrategia pedagógica, autocuidado y la interacción que se produce entre ellos y su contexto con los cuatro modos adaptativos de Callista Roy, para llegar, mediante un proceso hermenéutico, al encuentro del significado y los sentidos que otorgan los pacientes con diagnóstico de DM2 a las prácticas educativas en salud, que tributen a que se hagan corresponsables de su autocuidado, en la atención primaria en salud.

El estudio de caso, al ser detallado, permite clarificar situaciones, descubrir los procesos críticos subyacentes y emergentes y sus causas, e identificar fenómenos específicos que, en este caso, implican a la gestión del conocimiento como estrategia para el reconocimiento de la realidad integral del paciente en ruta hacia el autocuidado.

Los estudios de caso se podrían definir como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 164).

En esta investigación, el estudio de caso fue aplicado a un grupo de pacientes adultos de Unisalud, sede Manizales, con diagnóstico de DM2, el cual fue analizado como una entidad; se realizó una aproximación investigativa en la cual algunas instancias del fenómeno fueron estudiadas en detalle, configurándose, a su vez, como unidad de análisis.

Se estableció un diseño de investigación que permitió describir las características del paciente agrupadas en las categorías tomadas del Modelo de Adaptación de Roy (2000): función fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia; se definió la mecánica de

recolección de datos mediante los instrumentos tipo cuestionario (descriptivo) y de observaciones de las narrativas en los pacientes intervenidos mediante entrevistas semiestructuradas, los cuales posibilitaron realizar un reconocimiento de las características relacionadas con la realidad integral del paciente.

Como se indicó, la observación de las narrativas de los pacientes se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a un grupo de pacientes adultos seleccionado de manera intencional. Las entrevistas fueron transcritas y los datos y categorías se organizaron y codificaron. Se finalizó con el análisis de la información y la elaboración del informe final con sus resultados.

3.2 Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptivo-analítico, por tanto, detalla las características y propiedades del fenómeno o sujeto de estudio, en este caso el paciente adulto con diagnóstico de DM2 de Unisalud, y su proceso de educación para el autocuidado, a partir del reconocimiento de su realidad integral desde varias perspectivas: la función fisiológica, el autoconcepto, la función de rol, la interdependencia, el empoderamiento, la participación, la capacidad de autogestión, la auto organización, identidad, autonomía, entre otros; lo anterior, sin emplear juicios de valor y en procura de altos niveles de objetividad.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Instrumento tipo cuestionario

La recolección de datos de tipo descriptivo se llevó a cabo mediante un instrumento tipo cuestionario, de creación propia, al cual le fue aplicado un ejercicio de validación para

determinar su confiabilidad y comprensión. La población objeto con la cual se desarrolló el ejercicio de validación tomó a 5 personas con diagnóstico de DM2, independientes al sitio en el que se desarrolló la investigación (Unisalud). La selección de este grupo de personas fue intencional y siguió los criterios de inclusión aplicados al estudio: mayores de 18 años, con diagnóstico de DM2. Inicialmente, el cuestionario contaba con la formulación de los ítems indagados en forma de afirmación y disponía de una escala Likert modificada de 3 niveles: de acuerdo, parcialmente de acuerdo y en desacuerdo. Esta escala era uniforme en todos los ítems o afirmaciones.

Después de la validación, fue necesaria la aplicación de 3 ajustes: se reorganizó la redacción de las afirmaciones a preguntas, buscando que el paciente se sienta implicado y realmente cuestionado al momento de realizar su lectura y respuesta; se ajustó la escala de respuestas en cada una de las preguntas, teniendo en cuenta lo indagado en cada una de ellas (preferencias o gustos, grado de adherencia o conocimientos, percepciones, sentimientos y prácticas), lo anterior con el fin de evitar posibles sesgos o confusiones; finalmente, se ajustó la redacción de 3 preguntas que estaban formuladas en negativo.

La versión final del instrumento tipo cuestionario cuenta con 27 preguntas. Estas preguntas fueron organizadas en cuatro categorías que, a su vez, fueron tomadas de los cuatro modos adaptativos del Modelo de Adaptación de C. Roy: función fisiológica, autoconcepto, función de rol, interdependencia.

Para ofrecer una mejor comprensión de la asociación y distribución de las categorías de análisis tomadas de los modos adaptativos de Roy, con el instrumento tipo cuestionario aplicado (ver anexo 2), se presenta la siguiente tabla:

Tabla 2*Asociación de categorías (modos adaptativos de Roy) y preguntas del instrumento*

Preguntas	Categorías			
	Fisiológica	Autoconcepto	Función de Rol	Interdependencia
Ítems (preguntas)				
en las que está presente la categoría	1, 2, 7, 11, 13	3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 24	8, 9, 18, 19, 23, 26	4, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27.
Número de variables	5	8	6	8

Nota. Fuente: construcción propia.

Al primer grupo de la categoría Fisiológica correspondieron 5 preguntas que aportaron información sobre las siguientes variables: niveles de glucemia, frecuencia en las mediciones de glucosa, presencia de síntoma de cansancio debido a la enfermedad, consumo de alcohol o tabaco y consumo de alimentos dañinos.

En el segundo grupo, Autoconcepto, se incluyeron 8 preguntas que aportaron información sobre: hábitos de vida, conocimiento de la enfermedad, adherencia a las indicaciones del médico, sentido de responsabilidad sobre su salud, reconocimiento de su condición de salud, aceptación de la enfermedad y sus implicaciones y deseo de aprender habilidades para la vida.

El tercer grupo indagó sobre aspectos relacionados con la categoría Función de Rol, al cual correspondieron 6 variables: grado de afectación en las tareas cotidianas o laborales debido a la diabetes, restricción de actividades sociales por causa de la diabetes, interés de aprendizaje a través de pares, facilidad para compartir experiencias con otros, interés en actividades grupales por posibilidad de relacionamiento, disponibilidad de tiempo para el aprendizaje.

El cuarto grupo incluyó preguntas asociadas a la categoría Interdependencia, con 8 variables relacionadas con: convivencia con otros que ayuden al cuidado de su salud, conciencia en autocuidado por mediación de actividades educativas de profesionales de la salud, interés por aprender sobre su condición de salud, interés por aprender a través de actividades lúdicas, didácticas y artísticas, interés por las actividades grupales, preferencia por las actividades presenciales e interés en procesos educativos con mediación de las tecnologías de la información y comunicación TICs.

Un grupo de 13 pacientes participó en la aplicación del instrumento tipo cuestionario. Los pacientes otorgaron su consentimiento informado, donde se estableció un principio básico de cooperación y en el que se explicó el propósito, las condiciones, los procedimientos, los riesgos y beneficios estimados por su participación en la investigación. La información fue capturada en medio físico y procesada en hoja de cálculo electrónica Excel.

3.3.2 Entrevista semiestructurada

Las observaciones de tipo cualitativo se realizaron mediante una entrevista semiestructurada, con la que se buscó reconocer, de manera discursiva, rasgos y categorías conceptuales de cada paciente, como el empoderamiento, la participación, la capacidad de autogestión, la auto organización, la identidad, la autonomía, entre otros, que permitieron contextualizar y elaborar una aproximación del rol del paciente en su proceso de formación para la transformación hacia el autocuidado, así como sentar las bases para la co-construcción de una estrategia pedagógica que integre y relacione la gestión del conocimiento, desde su creación, almacenamiento, transferencia y aplicación, con la realidad integral del paciente, tejiendo un entramado de conocimiento que contribuya a la comprensión del sistema paciente-institución-

autocuidado, que posibilite la sensibilización en corresponsabilidad como base fundante del proceso salud-enfermedad-salud.

En las entrevistas semiestructuradas, el investigador se apoya en una guía de preguntas que pueden ser ampliadas por el entrevistador, quien tiene la libertad de introducir preguntas para profundizar en un concepto. Las entrevistas semiestructuradas de apoyo se dirigieron de manera personal. Para las entrevistas se utilizaron dispositivos y herramientas de recolección de información como grabadora de sonido y una libreta de anotaciones. Posteriormente, fueron transcritas a efecto de contar con el registro original en medio digital.

Un grupo de 7 pacientes accedió a realizar las entrevistas. Estas fueron aplicadas de manera individual y entornos que protegieron la privacidad del paciente. Con los pacientes adultos seleccionados de manera intencional, se estableció el horario, el modo y lugar de encuentro.

Los pacientes otorgaron su consentimiento informado, donde se estableció un principio básico de cooperación y en el que se explicó el propósito, las condiciones, los procedimientos, los riesgos y beneficios estimados por su participación en la investigación.

3.4 Unidad de observación

La unidad de observación en la investigación es el paciente adulto afiliado a Unisalud, sede Manizales, con diagnóstico de DM2.

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis para la investigación es la sede de Unisalud, en la ciudad de Manizales, y su grupo de pacientes adultos con diagnóstico de DM2.

3.6 Criterios de Inclusión y de Exclusión

Los criterios de inclusión son:

- Pacientes de Unisalud, sede Manizales, mayores de 18 años, con diagnóstico de DM2.
- Pacientes que otorguen el consentimiento informado para participar en la investigación.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes de Unisalud, sede Manizales, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1.
- Pacientes de Unisalud, sede Manizales, que padecen otro tipo de enfermedad crónica.
- Pacientes que no otorguen su consentimiento informado.

3.7 Plan de análisis de la información

Para brindar contexto sobre el plan de análisis de la información, se hace necesario llamar a este apartado la pregunta de investigación que moviliza esta obra de conocimiento:

¿Cuáles son los sentidos que otorgan los pacientes con diagnóstico de DM2 a las prácticas educativas en salud, que tributen a que se hagan corresponsables de su autocuidado, en la atención primaria en salud?

La experiencia de sufrir de Diabetes mellitus es un asunto individual y lo es colectivo y, en esa percepción/sensación se entraman las vivencias, los valores, los lenguajes y la cultura de cada uno, lo que significa que lo que se piensa y se siente es orientador del comportamiento del sujeto enfermo, quien se implica o no, y en qué grado lo hace en procura del restablecimiento de un equilibrio dinámico en su salud, así que, al alcanzar la comprensión de los sentimientos del paciente, es posible que conduzca a la comprensión de cómo va a implicarse a favor o en contra de un tratamiento.

La información que se pretende de los pacientes estará indagada a partir de los principios de corresponsabilidad y participación y estará guiada, a su vez, por las siguientes preguntas subsidiarias:

¿Cuál es el tejido configuracional que se entrama en la concepción de realidad integral del paciente adscrito a Unisalud, sede Manizales?

Se procurará la descripción de una red de significados a tono con su experiencia como paciente y la interpretación que hacen de ellos.

¿Cómo integrar diversos lenguajes y campos del conocimiento en clave de sensibilizar en corresponsabilidad en el autocuidado como base fundante del proceso salud-enfermedad-salud?

Se ubicará al paciente en un mundo de significados que revelará un universo de sentidos con que dota su comportamiento de cara a la autogestión en el proceso de recuperación de su equilibrio dinámico en su estado de salud.

¿Cuáles estrategias de gestión del conocimiento pueden vincular el tejido configuracional emergente con el modelo de salud de Unisalud?

La enfermedad del paciente es orientadora de las respuestas singulares y colectivas suyas en una dialógica que se permea por los contextos y los entornos socioculturales que le son cercanos a modo de las formas individuales que va tomando el curso de la enfermedad, lo que le puede conducir a una autopreservación, auto organización y autorregulación, triada que simultáneamente es motivo de una recuperación o alivio, aun sin presentarse el estado de curación.

Acercamiento a las respuestas buscadas a partir de las preguntas de investigación

Habrá énfasis en la búsqueda de sentimientos, percepciones y actitudes de auto

atención/autocuidado/autogestión, las que se corresponden con un comportamiento congruente con la necesidad del restablecimiento de su estado de salud.

Finalmente, para el análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento tipo cuestionario, se utilizará la estadística descriptiva y las respuestas serán procesadas en la hoja electrónica de Excel.

En cuanto al análisis de la información cualitativa provista por las entrevistas semiestructuradas, se utilizará el registro de la entrevista y su correspondiente transcripción, se identificarán emergencias, conceptos, proposiciones e interpretaciones, las cuales serán codificadas separando las diferentes categorías de análisis, y serán relacionadas con la información documental y la obtenida en los cuestionarios, con fines de comparación, contrastación e identificación de puntos comunes.

3.8 Categorías de análisis

Para definir las categorías de análisis del instrumento tipo cuestionario, se tomó como referencia el Modelo de Adaptación de Roy (2000), el cual describe los recursos, mecanismos y capacidades de las personas, en este caso de los pacientes, para adaptarse a los cambios que impone su proceso de salud-enfermedad-salud, a partir de la formulación de los cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia.

Se realizó una adaptación del modelo propuesto por C. Roy, en el sentido de configurar los modos adaptativos como categorías de análisis que agruparon las variables definidas en el instrumento, para comprender los sentidos que otorgan los pacientes a las prácticas educativas en salud, tomando en cuenta aspectos relacionados con el componente fisiológico, las narrativas y la comprensión del autoconcepto del paciente, la función de rol, en tanto el paciente es un ser social

e interactúa con el medio social en el que se desenvuelve y en el que ejerce y desempeña un papel específico y, finalmente, la interdependencia del paciente con sus allegados y su sistema de apoyo, por cuanto el paciente posee relaciones, familia, cuidadores y otros que le ofrecen no sólo el apoyo en el cuidado de su salud, sino que además proveen las necesidades de estima, afecto, solidaridad, amor y compañía. A continuación, se describen los cuatro modos adaptativos que integran su Modelo de Adaptación:

3.8.1 Función fisiológica

La función fisiológica incluye dos modos de ser comprendida: desde el individuo y desde los grupos:

Para el individuo, el modo fisiológico incluye 5 necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, y protección. Además, el modo fisiológico incluye componentes que se basan en el subsistema regulador, que son los sentidos, fluidos y electrolitos, las funciones neurológicas, y endocrinas. Para los grupos, el modo físico comprende las manifestaciones adaptativas relacionadas con los recursos para las operaciones básicas, como los participantes, facilidades físicas, recursos fiscales. (Roy, 2000, p. 142)

3.8.2 Autoconcepto

“El autoconcepto o identidad de grupo se describe como: la necesidad subyacente del individuo, es la integridad física, o la necesidad de saber quién es uno, para ser o existir con un sentido de unidad. La necesidad subyacente para el grupo es la identidad/ integridad” (Roy, 2000, p. 142).

Roy también establece una clara delimitación entre el autoconcepto a nivel del individuo, en el que se implica el yo físico y el yo personal, y el autoconcepto de grupo, basado en las relaciones y percepciones compartidas y los mecanismos para cumplir objetivos.

3.8.3 Función de Rol

La función de rol reconoce los diferentes roles que un individuo puede desempeñar en su entorno familiar, social, político, económico, académico, ambiental, organizacional y cultural, así pues, una persona es padre o madre, hijo o hermano, paciente, empleado, estudiante, líder comunitario, deportista, consumidor, entre otros. Roy los divide en primarios, donde destaca las características de sexo y edad; secundarios, basados en el relacionamiento de las personas con su entorno más cercano y cotidiano, como ser madre o maestra, y terciarios, implican un relacionamiento menos íntimo o estrecho, por ejemplo, asesor de tiempo parcial, aficionado al fútbol.

De acuerdo con Roy (2000), “La necesidad subyacente del modo de función de rol para el individuo es la integración social; la necesidad de saber quién es uno en relación con los otros para así poder actuar” (pp. 142-143).

3.8.4 La Interdependencia

En la interdependencia se valora la interacción entre las personas y los recursos que median o posibilitan esas relaciones: del individuo (sistemas de apoyo), y del grupo (contexto social). Según Roy (2000), “Las personas son la clave en el modo de interdependencia tanto para los individuos como para los grupos. Cada persona tendrá habilidades de convivencia que incluirán conocimientos, destrezas, convencimientos y actitudes” (p. 144).

Capítulo 4. Resultados y Análisis

4.1 Cuestionarios

En este capítulo se presentan los resultados del instrumento tipo cuestionario aplicado a los adultos afiliados a Unisalud, sede Manizales, con diagnóstico de DM2. El 62% de los pacientes intervenidos son de género femenino, el 77% son pensionados, y la edad promedio del grupo fue de 68,5 años.

Para el análisis de los resultados del cuestionario se tuvo en cuenta las siguientes premisas que subyacen en la realidad de todos los pacientes consultados y que, de alguna manera, evidente o no, pudieron incidir en sus respuestas:

1. La pandemia por el Covid-19 aún no ha terminado, los estragos de la enfermedad, principalmente en personas adultas con enfermedades o condiciones crónicas no transmisibles como la DM2, ha dejado secuelas psicológicas que influyen en las decisiones, comportamientos y actitudes frente a diversas situaciones de la vida, tales como las actividades al aire libre, las actividades en grupo, los viajes y las salidas al exterior del hogar, entre otros.

2. Para un adulto mayor, generalmente los desplazamientos son cada vez más difíciles, conllevan más riesgo, implican más gastos y requieren mayor esfuerzo.

3. A medida que la edad aumenta, el adulto tiende, generalmente, a ser solitario, sus capacidades cognitivas pueden verse comprometidas, puede tener discapacidades como la pérdida de la visión (como complicación de la diabetes), presentar baja autoestima, ser más dependientes, buscar el aislamiento social, entre otros.

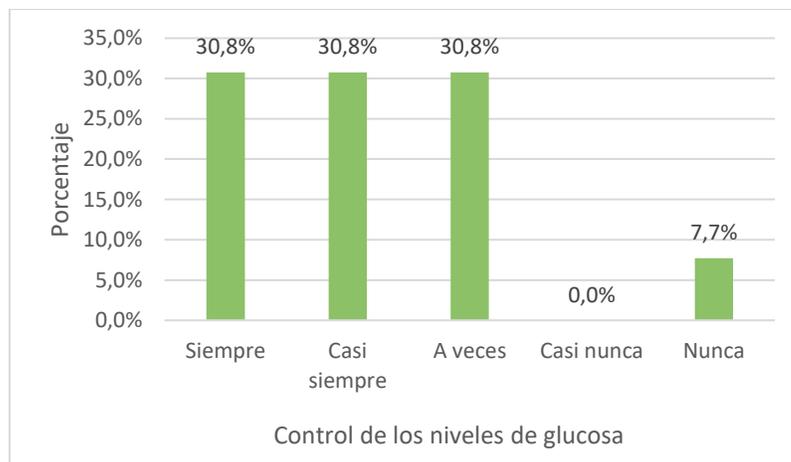
La presentación de los resultados se ha realizado siguiendo el orden de las categorías de análisis empleadas, como se muestra a continuación:

4.1.1 Función Fisiológica (Preguntas 1, 2, 7, 11, 13)

Las variables agrupadas en esta categoría, buscaron identificar hábitos, percepciones y el nivel de conocimiento de los usuarios frente a 5 cuestiones, a saber: el reconocimiento de los valores de glucemia controlados, la medición de niveles de glucemia en sangre con la periodicidad establecida por el médico tratante, el cansancio debido a la diabetes, el consumo de alcohol o cigarrillo y el conocimiento sobre alimentos dañinos para la salud y su consumo. Las figuras 7 a la 11 que se muestran a continuación, presentan los resultados expresados en porcentaje, en cada una de estas preguntas.

Figura 7

Pregunta 1. ¿Sus niveles de azúcar (glucosa) en la sangre en estado de ayuno, corresponden generalmente al rango entre 70 a 115 mg/dl?



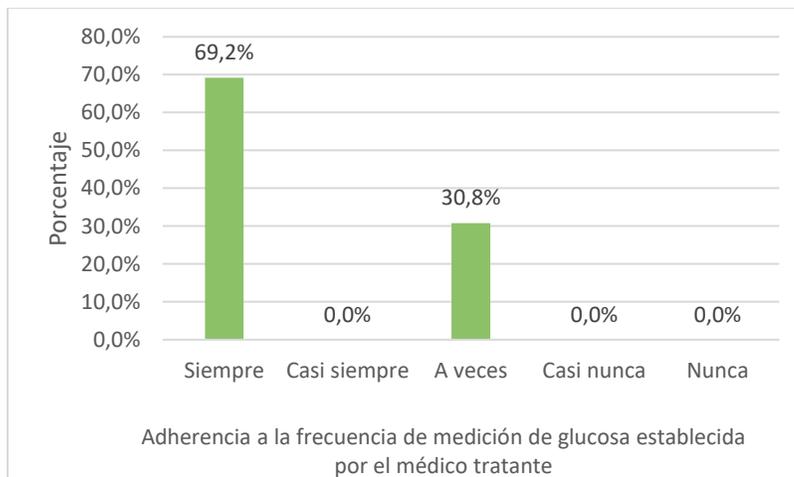
Nota. Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los pacientes, 61.6%, indicaron que siempre y casi siempre poseen niveles de azúcar (glucosa) en la sangre en estado de ayuno, que corresponden generalmente al rango entre 70 a 115 mg/dl; estas respuestas permiten deducir no sólo un buen manejo de los

instrumentos de medición y control como el glucómetro, sino, además, un nivel de compromiso adecuado respecto a la vigilancia de su estado de salud y el control en la ingesta de azúcares y carbohidratos. El resultado evidencia también el desarrollo de una estrategia pedagógica cognitiva apropiada para el aprendizaje de habilidades, como el uso y utilización del glucómetro, puesto que generalmente es un instrumento que el paciente se auto aplica sin ayuda de un tercero.

Figura 8

Pregunta 2. ¿Realiza las mediciones de sus niveles de glucosa en la sangre, con la periodicidad que establece su médico tratante?



Nota. Fuente: elaboración propia.

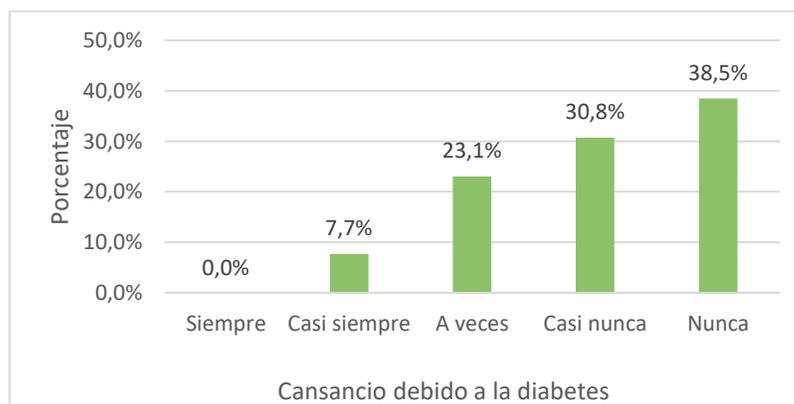
Un porcentaje importante de los pacientes interrogados, 69,2%, afirman realizar las mediciones de sus niveles de glucosa en la sangre, con la periodicidad que establece su médico tratante; no obstante, un 30,8%, cifra significativa, responde que sólo a veces realiza dicha medición con la periodicidad que establece su médico. Se requiere generar en los pacientes una

mayor adherencia a los tratamientos médicos, lo que evidencia la necesidad de mejorar y diseñar estrategias pedagógicas meta-cognitivas que apunten al aprendizaje de sí mismo, de su enfermedad, del tratamiento y la confrontación de sus acciones con lo aprendido para su autocuidado y la autogestión de su salud.

Este resultado refleja algunas deficiencias en la motivación hacia el autocuidado, lo que Sørensen et al. (2012) sugiere como requisito para la toma de decisiones que conlleven a una mejor calidad de vida del paciente. Para algunos pacientes con enfermedades crónicas como la DM2, ciertas actividades de rutina como las mediciones periódicas del nivel de glucosa, pueden ser percibidas como una carga y, por tanto, derivar en abandono temporal y disminución del compromiso hacia su propia salud.

Figura 9

Pregunta 7. ¿Se siente cansado debido a la diabetes?



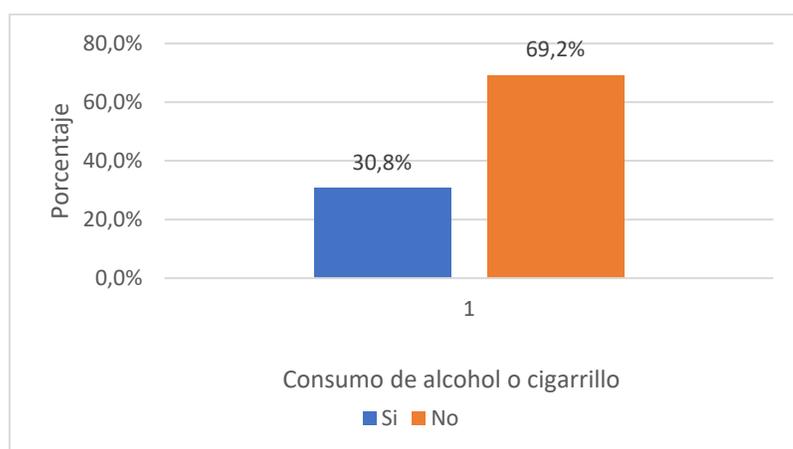
Nota. Fuente: elaboración propia.

De los pacientes interrogados, el 69,3% afirma no sentirse cansado debido a la enfermedad que padecen. Este resultado implica que, para la mayoría de los pacientes, su condición no ha generado afectaciones sobre el desempeño habitual de sus actividades

cotidianas. De acuerdo con la OPS (2020a) la fatiga es uno de los síntomas característicos de la DM2, y puede hacerse más evidente en pacientes adultos mayores, y en aquellos quienes presentan comorbilidades asociadas a la diabetes, como la obesidad, la hipertensión, enfermedades infecciosas, la enfermedad celiaca, entre otras.

Figura 10

Pregunta 11. ¿Consume alcohol o cigarrillo a pesar de saber que son malos para su salud?



Nota. Fuente: elaboración propia.

El 30,8% de los pacientes adultos interrogados afirma que consume alcohol o tabaco, a pesar de conocer el impacto negativo que tiene sobre su salud, especialmente por ser un paciente con diagnóstico de diabetes.

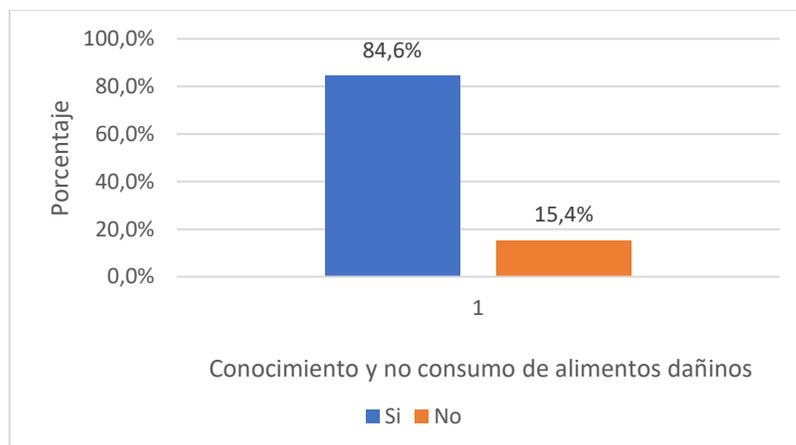
Las estrategias pedagógicas cognitivas que en este sentido desarrolla la organización son adecuadas, por cuanto los pacientes admiten conocer sobre el perjuicio de dicho comportamiento; sin embargo, nuevamente el compromiso hacia su autocuidado es débil, lo que muestra la necesidad de reforzar las estrategias meta-cognitivas que permitan, como se dijo en el

análisis de la pregunta 2, el aprendizaje de sí mismo, de su enfermedad, del tratamiento y la confrontación de sus acciones con lo aprendido.

La adopción de conductas responsables frente a la autogestión de la salud, impacta positivamente en la reducción de las recaídas, las complicaciones y la utilización de los servicios de salud, considerando que la DM2 es una de las enfermedades catalogadas como de alto costo en el sistema de salud

Figura 11

Pregunta 13. ¿Conoce cuáles son los alimentos dañinos para su salud y evita consumirlos?



Nota. Fuente: elaboración propia.

Una dieta sana es parte integral del tratamiento de la DM2, en el manejo no farmacológico de la enfermedad (OPS, 2020a). La mayoría de los pacientes preguntados, 84,6%, conoce y sigue esta orientación. En un análisis comparativo de las guías de la Asociación Americana de Diabetes - ADA 2020 y las guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes - ALAD 2019, frente a la terapia médica nutricional del paciente con diabetes, se presenta la

siguiente recomendación de la ADA, con grados de evidencia B y A respectivamente, por Veloza (2020):

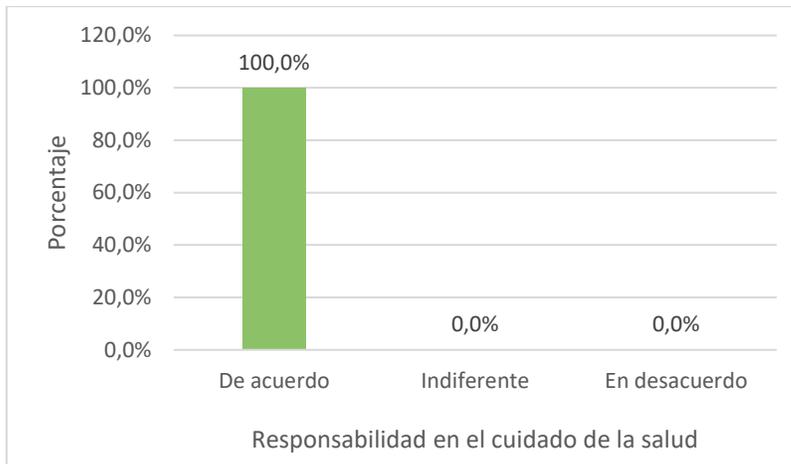
Las personas con DM y aquellos con riesgo de padecerla deben reemplazar las bebidas azucaradas (incluidos los jugos naturales) por agua. Esto contribuye con la disminución del peso, el control de la glucemia, el riesgo cardiovascular y el hígado graso (B). Se debe minimizar el consumo de comidas con azúcar añadida y preferir comidas con alta densidad de nutrientes (A). (p. 49)

4.1.2 Autoconcepto (Preguntas 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 24)

La categoría Autoconcepto comprende 8 preguntas en las que se indagó por la implicación de los usuarios en el cuidado de su salud, los cambios en el estilo de vida, el interés por conocer sobre la diabetes, la práctica de hábitos de vida saludables, la adherencia al tratamiento médico instaurado, la confianza para expresarse con su familia sobre la diabetes, la aceptación de su condición de salud y el interés por el aprendizaje de habilidades para la vida. Los resultados obtenidos se expresaron en porcentaje y pueden ser evidenciados en las figuras 12 a la 19.

Figura 12

Pregunta 3. *¿Se siente responsable del cuidado de su salud?*



Nota. Fuente: elaboración propia.

A la pregunta sobre si se sienten responsables del cuidado de su salud, el 100% de los pacientes consultados responde afirmativamente; sin embargo, esta situación contrasta con los resultados obtenidos, por ejemplo, en las preguntas 2 y 11, donde el 30,8% dijo que sólo a veces realiza las mediciones de sus niveles de glucosa en la sangre con la periodicidad que establece su médico tratante y declaró consumir alcohol o cigarrillo, pese a saber que son dañinos para su salud. De acuerdo con Limia Legrá (2010):

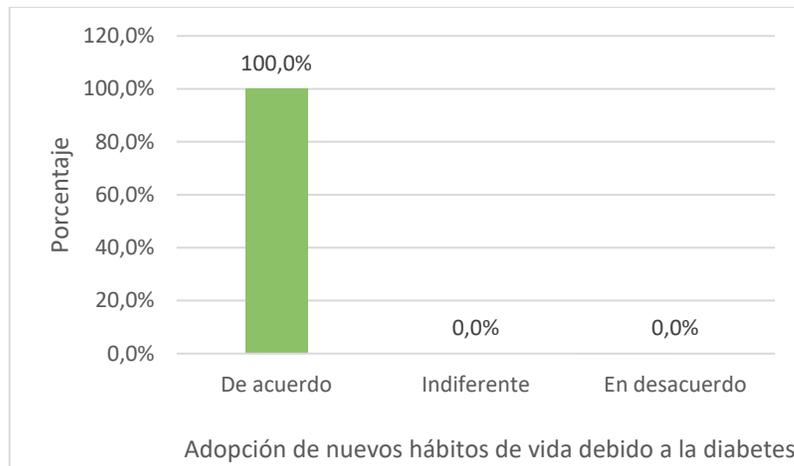
La responsabilidad ante nuestra salud implica escoger, decidir sobre alternativas saludables correctas, en vez de aquellas que se vuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, que podemos modificar nuestros riesgos mediante cambios en nuestro comportamiento. (p. 44)

El resultado obtenido en esta pregunta evidencia que el reconocerse como responsables no siempre deriva en la adopción de conductas concordantes con el nivel de conocimientos sobre

la enfermedad; por lo anterior, es necesario reforzar y diseñar estrategias meta-cognitivas que resignifiquen el conocimiento y comportamiento frente a la gestión de la salud.

Figura 13

Pregunta 5. ¿Vivir con la diabetes ha implicado que adopte nuevos hábitos de vida?



Nota. Fuente: elaboración propia.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible que exige un manejo y seguimiento integral, con la inclusión de componentes educativos en salud para el paciente, su familia y sus cuidadores, que permitan proveer las herramientas y recursos necesarios para afrontar y gestionar adecuadamente su condición.

En las últimas décadas ha tomado fuerza la incorporación de hábitos alimentarios basados en dietas vegetarianas, veganas y de otros tipos que, de alguna forma, han modificado los estilos de vida tradicionales; sin embargo, las exigencias en el manejo de una enfermedad crónica incluyen pero no se limitan a una dieta saludable, puesto que se hace necesario el aprendizaje de procesos, procedimientos, hábitos alimentarios, físicos, de control, de seguimiento y otros que

permitan cohabitar con la enfermedad para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de quienes portan esta condición.

En esta pregunta, el 100% de los pacientes afirman que padecer la DM2 ha implicado asumir nuevos hábitos de vida. Mayo Clinic (2021) menciona los factores que inciden en el control del azúcar en la sangre como la alimentación, el ejercicio, el consumo y conservación de los medicamentos, el manejo del estrés fisiológico, los efectos del consumo de alcohol y los cambios hormonales inducidos por la menstruación y menopausia. Si bien la adopción de hábitos de vida saludables son determinantes en la prevención o retraso de la aparición de la DM2, resulta fundamental dar continuidad a los mismos para mantener un adecuado control sobre la enfermedad.

Figura 14

Pregunta 6. ¿Le gusta indagar o conocer más acerca de los aspectos concernientes a la diabetes?



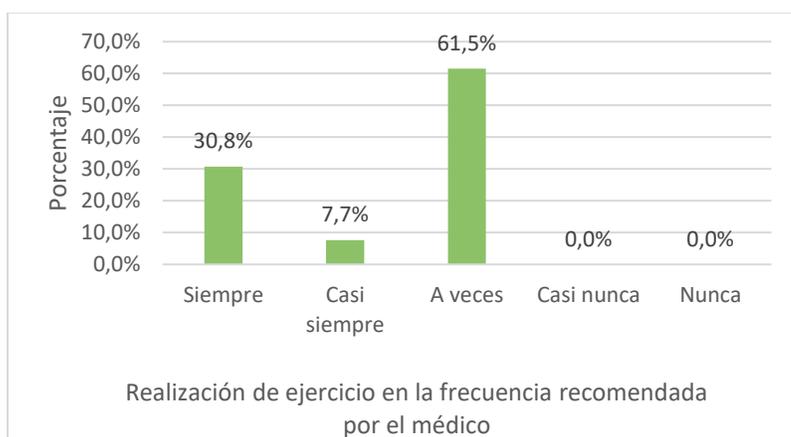
Nota. Fuente: elaboración propia.

A la mayoría de los pacientes interrogados, el 84,6%, le gustaría conocer más acerca de la DM2. La organización, consciente de esta demanda, debe propender por satisfacer esta necesidad a través de modelos de educación en salud para adultos, pertinentes, oportunos y adecuados, que logren transmitir a los pacientes la información necesaria para que, en la medida en que estos ahonden más sobre su condición, la acepten, la comprendan, se sensibilicen y se hagan corresponsables de su autocuidado y de la gestión de su salud.

Para lograr este objetivo, se debe considerar en el componente de gestión del conocimiento del Modelo de Salud de Unisalud, la incorporación de estrategias pedagógicas cognitivas, que enfatizan en el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento. Conocer la enfermedad, sus síntomas y su tratamiento, constituye para Roy (2000) un estímulo positivo que le ayuda al paciente a entender y aceptar los cambios que debe realizar en su estilo de vida, que le permitan enfrentar la nueva condición de salud y la adaptación a esta nueva situación.

Figura 15

Pregunta 10. ¿Realiza ejercicio físico con la frecuencia recomendada por su médico?



Nota. Fuente: elaboración propia.

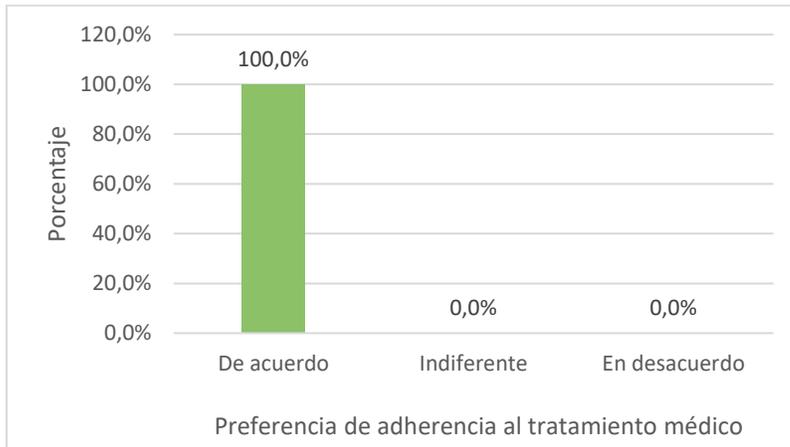
El 38.5% de los pacientes interrogados sigue la recomendación de hacer ejercicio físico como parte del tratamiento no farmacológico de la enfermedad, mientras que el 61.5% respondió que solo algunas veces se adhiere a la frecuencia establecida por su médico tratante. Cuando se realiza ejercicio, los músculos utilizan la glucosa para obtener energía, además, la actividad física regular ayuda a la utilización eficiente de la insulina y en la reducción de los niveles de glucosa en sangre (Mayo Clinic, 2021).

Los adultos con DM2 que presenten una inadecuada adherencia a programas de ejercicio, podrían beneficiarse de la adopción de rutinas de caminata breves de ligera intensidad, o actividades de fuerza simple, especialmente cuando se alternan con largos periodos en los que las personas permanecen en posición sedente, puesto que se ha evidenciado efectos atenuantes en las respuestas posprandiales agudas de glucosa, insulina, péptido C y triglicéridos (Hernández Rodríguez et al., 2018).

En este sentido, se recomienda crear espacios y ambientes para motivar el ejercicio físico, impulsando la conformación de clubes y grupos, así como el diseño de estrategias lúdicas, recreativas y programas individualizados (que tomen en cuenta factores como edad, ocupación y objetivos terapéuticos) que estimulen la actividad física en los pacientes.

Figura 16

Pregunta 12. ¿Prefiere seguir el tratamiento instaurado por su médico, porque evita complicaciones asociadas a la diabetes mal controlada?



Nota. Fuente: elaboración propia.

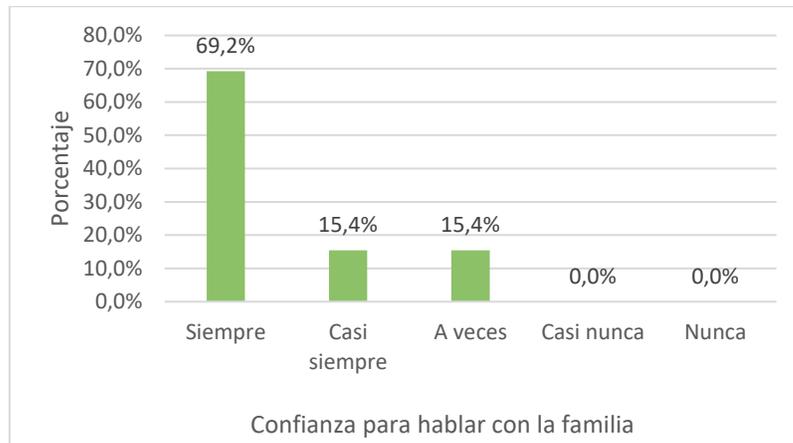
El 100% de los pacientes interrogados responden afirmativamente a esta pregunta, aun cuando un porcentaje de estos admite que fuma, bebe alcohol, no realiza ejercicios físicos ni realiza las mediciones de glucosa con la regularidad que el médico le aconseja, para tener un adecuado control de la enfermedad.

Expresar una preferencia por una situación, no asegura que se materialice en acciones coherentes con lo que se piensa; no obstante, las complicaciones en la salud derivadas de comportamientos y hábitos inadecuados sí se concretan como producto de la no adherencia a las recomendaciones médicas y al plan de tratamiento instaurado.

El desacuerdo se da posiblemente por el uso del lenguaje, por ello la gestión del conocimiento debe desarrollar estrategias encaminadas a generar ambientes de confianza, distendidos y seguros, que motiven la sinceridad, la participación y la reflexión en torno a las barreras propias y del entorno y los mecanismos para gestionarlas.

Figura 17

Pregunta 14. ¿Siente confianza al hablar de su condición de salud con su familia?



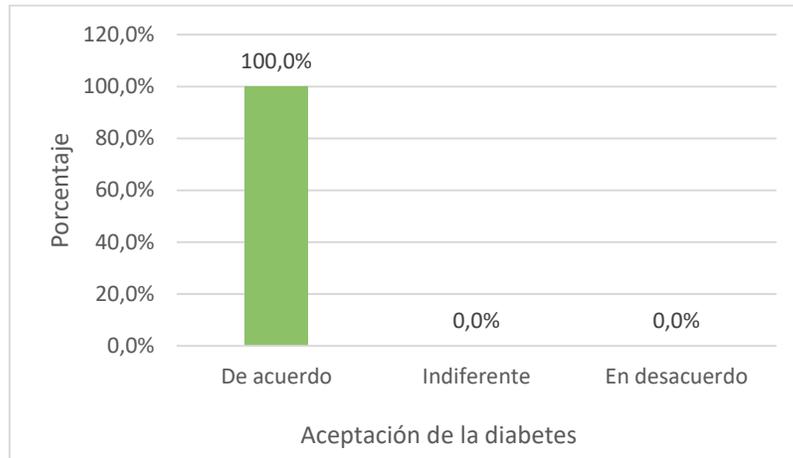
Nota. Fuente: elaboración propia.

El 84,6% de los pacientes interrogados respondió que sienten confianza al hablar de su condición de salud con su familia, el restante 15,4% algunas veces. Los resultados de una investigación realizada en Andalucía, España, en pacientes con DM2 con amputación no traumática de miembros inferiores, muestran que la familia es un agente importante en la adhesión a los cuidados y tratamiento instaurado, así como fuente de motivación para los pacientes quienes encuentran consejo y apoyo para gestionar su salud (Hernández Rodríguez et al., 2018).

Por lo anterior, las estrategias pedagógicas deben proveer las mediaciones necesarias para vincular y comunicar a los grupos de interesados (familia, cuidador) conocimientos acerca de la enfermedad, su tratamiento, pronóstico, cuidados y las implicaciones biopsicosociales sobre el individuo y su entorno más cercano.

Figura 18

Pregunta 15. ¿Ha aprendido a aceptar y convivir con la diabetes y con los cambios que conlleva?



Nota. Fuente: elaboración propia.

El 100% de los pacientes adultos interrogados están de acuerdo en que han aprendido a aceptar y convivir con la diabetes y con los cambios que conlleva esta condición. Aunque esta es una afirmación muy personal, pues aceptar y convivir con una enfermedad y sus efectos es algo íntimo y subjetivo, la organización sí puede contribuir a que esta aceptación se produzca con mayor facilidad. “El proceso de aceptación no constituye un trayecto lineal con una serie de etapas que se suceden siempre en el mismo orden y en un tiempo preestablecido” (Figuerola, 2016, p. 1).

Por su parte, Roy (2000) describe esta adaptación como el modo de autoconcepto en el que el subsistema cognitivo le permite al paciente percibir la enfermedad, aprender sobre ella, conocer sus emociones, y dar una respuesta asertiva ante estos estímulos de su medio ambiente.

Figura 19

Pregunta 24. ¿En actividades educativas sobre la diabetes, le gusta que se aborden temas que enseñen habilidades para la vida (como manejo del estrés, toma de decisiones, resolución de problemas, manejo de emociones, entre otros)?



Nota. Fuente: elaboración propia.

El 53,8% de los pacientes interrogados afirma que les gusta que se aborden temas que enseñen habilidades para la vida. En una investigación descriptiva, realizada en la Habana, Cuba, y aplicada a pacientes de 60 años de edad y más con diagnóstico de DM2, se identificaron como principales necesidades de aprendizaje “la relación entre alimentación, ejercicio físico y diabetes, comunicación con la familia, uso de medicamentos y diabetes” (Casanova Moreno et al., 2016, p. 400). No obstante, más de la mitad de los pacientes expresó interés en otras temáticas que ayudan a enriquecer la propuesta de contenidos de los programas educativos tradicionales. La psicología debe integrar, por tanto, el abanico disciplinar que debe disponerse para educar integralmente a los pacientes. Adicionalmente, la Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE), “propone 7 conductas de autocuidado para las personas con diabetes: comer sano, ser físicamente activo, monitorización, toma de medicamentos, resolución de problemas,

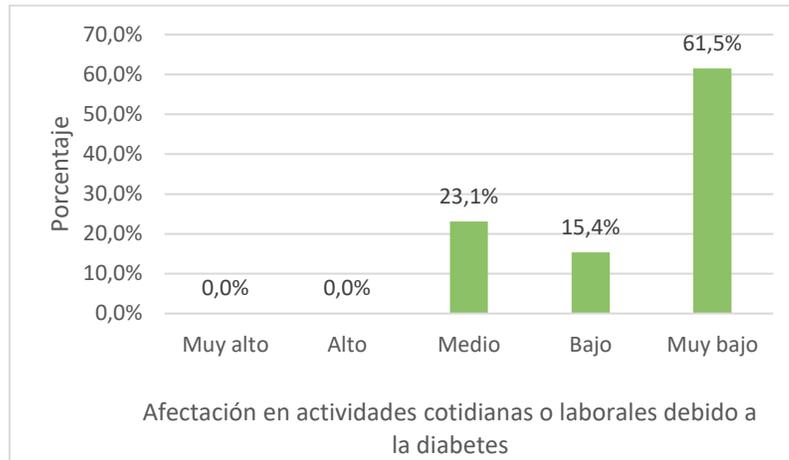
reducción de riesgos y afrontamiento saludable” (Hevia, 2016, p. 273). De estas conductas, debe resaltarse que las primeras 4 aluden a una intervención de carácter fisiológico, y las 3 restantes, se ocupan de la dimensión cognitiva y emocional de los pacientes, de interés en el contexto de esta pregunta.

4.1.3 Función de Rol (preguntas 8, 9, 18, 19, 23, 26)

En esta categoría convergen 6 preguntas relacionadas con la afectación en tareas cotidianas o laborales debido a la diabetes, las restricciones en actividades sociales por causa de la diabetes, la comprensión de la condición de salud mediada por la información recibida por otra persona que padece diabetes, la facilidad de expresión de experiencias ante otras personas que tienen diabetes, el reconocimiento de actividades grupales como escenario de relacionamiento y la disponibilidad de tiempo para actividades de aprendizaje. Los resultados fueron expresados en porcentaje, como se muestra en las figuras 20 a la 25.

Figura 20

Pregunta 8. ¿En qué grado ha afectado la diabetes la realización de sus tareas cotidianas y/o laborales?



Nota. Fuente: elaboración propia.

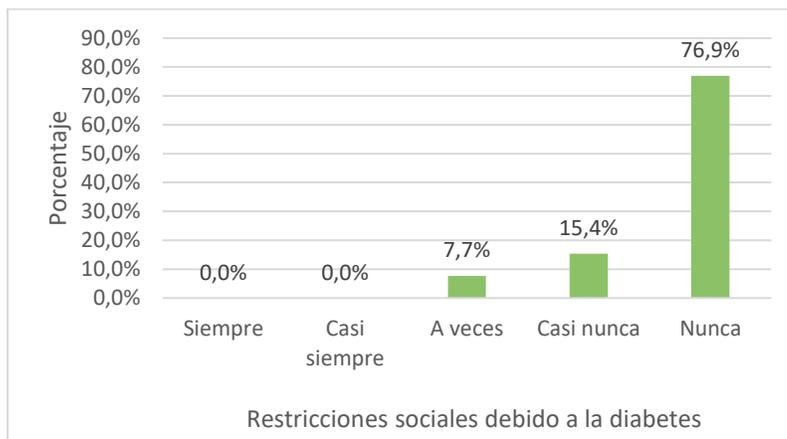
La DM2 a pesar de ser una enfermedad de tipo crónico que requiere tratamiento y vigilancia permanente, no ocasiona, por lo general, impedimentos físicos que afecten la realización de la mayoría de tareas que una persona realiza en su cotidianidad, siempre y cuando se realice un adecuado control y seguimiento de la condición. Algunos síntomas como el cansancio, la visión borrosa, la sed o las ganas frecuentes de orinar, en cierta medida, y dependiendo del tipo de actividad desarrollada por el paciente, podrían llegar a afectar las actividades cotidianas o laborales. Por ejemplo, un operario de maquinaria de precisión, que requiere de una visión saludable, podría verse afectado por la visión borrosa como complicación resultante de la diabetes.

El 76,9% de los pacientes adultos interrogados indicó que el grado de afectación de la enfermedad en la realización de sus tareas ha sido bajo y muy bajo, y sólo el 23,1% afirmó que ha sido de grado medio. Los resultados son coherentes con las respuestas obtenidas en la

pregunta 7 (categoría fisiológica), donde el 69,3% afirmó no sentirse cansado debido a la condición que padecen.

Figura 21

Pregunta 9. ¿Evita realizar actividades sociales debido a las restricciones asociadas a la diabetes?



Nota. Fuente: elaboración propia.

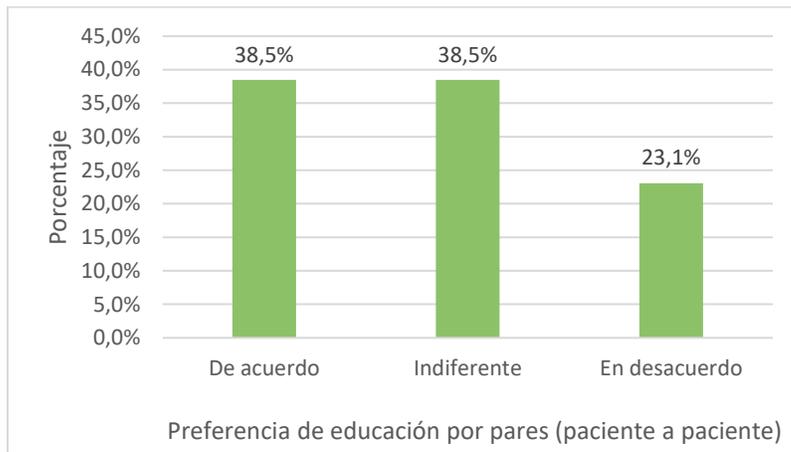
La mayoría de los pacientes adultos consultados, 92,3%, sigue una vida social normal, la enfermedad no les inhibe realizar sus actividades sociales, las indicaciones y tratamientos médicos como el auto monitoreo de la glucemia, la restricción en el consumo de carbohidratos o la aplicación de insulina, no afectan las rutinas sociales del individuo, que incluyen actividades como reuniones, clubes, deportes, recreación, viajes, entre otras.

El aprendizaje sobre la enfermedad aporta herramientas, competencias y capacidades al paciente –y su familia- para desempeñar sus rutinas diarias con normalidad. Las estrategias pedagógicas cognitivas permiten que el paciente adquiera, no sólo el conocimiento necesario de

su condición y tratamiento, sino también, destreza y confianza para desenvolverse adecuadamente en sus otros roles.

Figura 22

Pregunta 18. ¿Siente que comprende mejor su condición de salud cuando recibe información de otra persona que padece diabetes?



Nota. Fuente: elaboración propia.

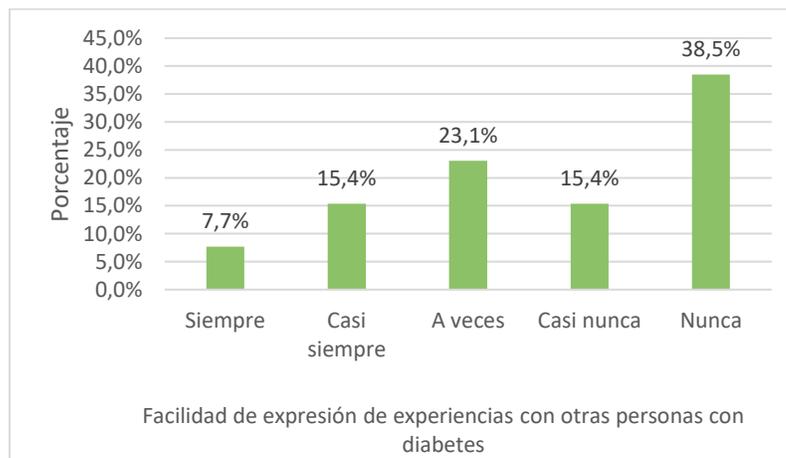
No existe un consenso entre los pacientes interrogados. Las respuestas se distribuyen de forma equitativa entre estar de acuerdo y ser indiferentes, sin importar el grado de alteridad en la relación educando-educador.

La identificación de su propio yo, y la necesidad de ver el espejo en el interlocutor, el reflejo de Lacan, no prima aquí como detonante de la empatía hacia el informante, capacitador o educador, ni para bien, ni para mal. El ejercicio con pares o similares, en talleres, charlas o grupos y las charlas con experiencias vivenciales, son estrategias que pueden resultar beneficiosas a pesar de los resultados observados. Danet et al. (2016) plantea que la estrategia educativa entre pares ayuda a la comprensión de las necesidades de los pacientes, fomenta el

establecimiento de vínculos y la co-construcción del conocimiento, así como la aceptación de la enfermedad y la transformación del pensamiento autocompasivo hacia un enfoque positivo.

Figura 23

Pregunta 19. ¿Expresa con mayor facilidad sus experiencias o inquietudes cuando comparte con otras personas que tienen diabetes?



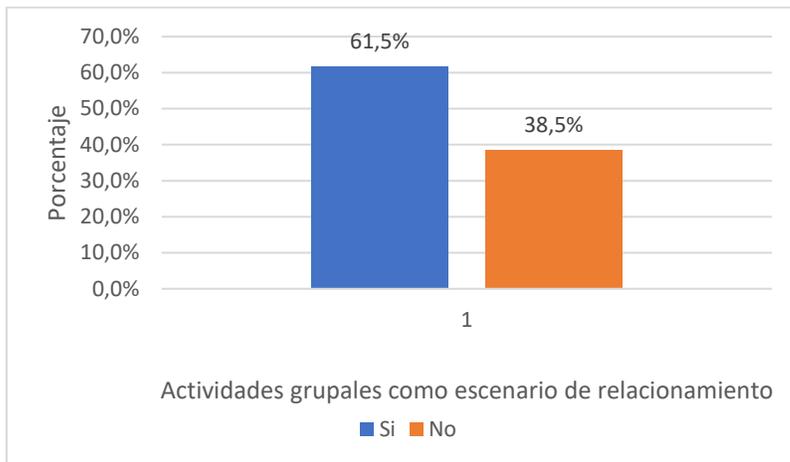
Nota. Fuente: elaboración propia.

El 53,9% de los pacientes respondió casi nunca y nunca a esta pregunta. La oportunidad del paciente de integrarse a un grupo, con el que comparte un mismo rol, no puede ser aprovechada para entregar información o compartir conocimiento, en la medida en que los pacientes no se sientan cómodos o interesados en hablar sobre sus propias experiencias.

Es posible que experiencias propias o referidas por un tercero, en la dinámica de grupos, generen sensaciones de inhibición, o que las estrategias pedagógicas empleadas no resulten adecuadas. Una propuesta pedagógica lúdica y socio afectiva, debe procurar entornos agradables y seguros donde pueda generarse una mayor apertura y comunicación entre capacitador y paciente y entre los pacientes.

Figura 24

Pregunta 23. ¿Realizar actividades en grupo le ayuda a conocer y relacionarse con otras personas?



Nota. Fuente: elaboración propia.

Las dinámicas grupales constituyen un factor dinamizador de las relaciones sociales en la etapa adulta del hombre, pues le permite no sólo construir relaciones sino también conocer más de su contexto social, interactuar con una comunidad o un grupo de pares, ampliando así su rol mediante esta interacción con los otros.

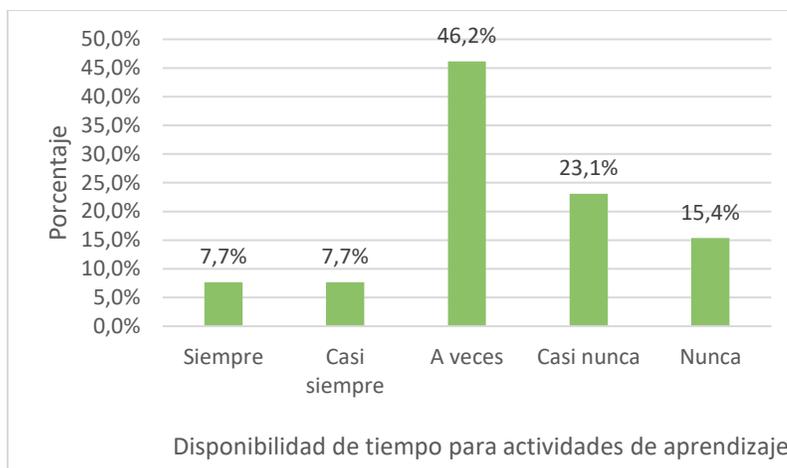
La organización debe aprovechar la actitud positiva de los pacientes frente al trabajo en grupo, teniendo en cuenta que el 61.5% de los interrogados respondió afirmativamente a esta pregunta, por ello debe fomentar el desarrollo de actividades grupales que incentiven la creación de nuevas relaciones y el fortalecimiento de las existentes para que, a través del otro, el paciente adulto conozca más sobre sí mismo y se reconozca dentro del grupo y la sociedad, al asumir un rol distinto al que habitualmente ejerce en su familia, su trabajo o con sus amigos.

Pertenecer a un grupo contribuye a satisfacer la necesidad de integración social, que subyace a la función de rol del paciente, y que en el grupo le permite definir su propio rol y

mejorar su autoestima (Roy, 2000). Las estrategias pedagógicas deben estar encaminadas a generar confianza y a ampliar la comunicación entre los grupos, considerando la mediación de las tecnologías de la información y la comunicación como herramientas y escenarios complementarios de cara a las preferencias y necesidades de los pacientes.

Figura 25

Pregunta 26. ¿Dispone de tiempo para asistir a actividades lúdicas y de aprendizaje?



Nota. Fuente: elaboración propia.

El 38.5% de los pacientes respondieron que casi nunca o nunca disponen de tiempo para asistir a las actividades lúdicas y de aprendizaje que puede ofrecer la organización como parte de un programa educativo para la promoción de la salud; sin embargo, cerca del 50% de los pacientes manifestó tener disponibilidad algunas de las veces. Es importante reconocer la existencia de otras mediaciones para educar y capacitar en salud; la organización, a través de la gestión del conocimiento, puede diseñar o fortalecer una estrategia pedagógica tecnológica que permita comunicar y enseñar a través de las redes sociales, internet y la telefonía celular.

La pandemia por Covid-19 en los años 2020 y 2021, demostró que la difusión de información y conocimiento a través de las TICs es una alternativa efectiva, “a mediados de mayo de 2020 más de 1.200 millones de estudiantes de todos los niveles de enseñanza, en todo el mundo, habían dejado de tener clases presenciales en la escuela” (CEPAL-UNESCO, 2020, p. 1). De otro lado, el 85% de los docentes llevaron a cabo procesos de educación a distancia mediante el uso de las TICs; no obstante, el mundo siguió su curso y los niños continuaron aprendiendo en las nuevas circunstancias.

Aun cuando Colombia no estaba preparado para ello, algunas regiones pudieron adaptarse a las nuevas condiciones de la educación a distancia y la educación virtual. En la educación del adulto es necesario tener en cuenta que, a diferencia del niño o el adolescente, ejerce muchos roles secundarios y terciarios que inciden en las circunstancias de modo, tiempo y lugar. Por lo anterior, las estrategias pedagógicas para educar en salud deben ser concordantes con las necesidades y contexto de los pacientes, para que puedan ser efectivas y cumplan su cometido de enseñar, compartir, co-construir conocimiento y retroalimentar ese conocimiento a la organización y comunidad.

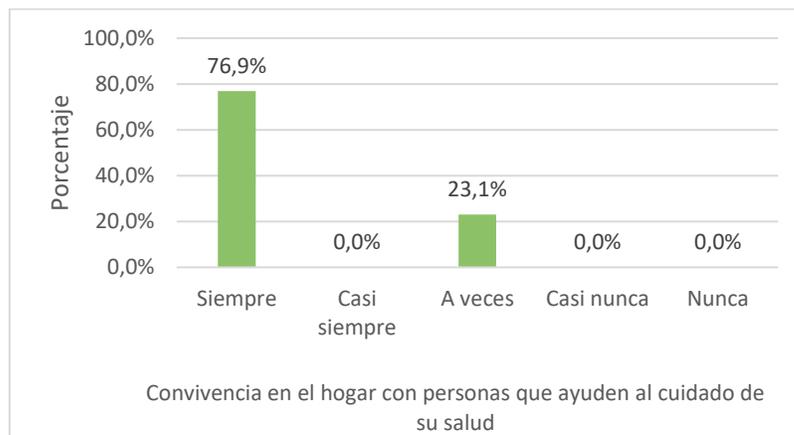
4.1.4 Interdependencia (preguntas 4, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27)

Esta última categoría reunió 8 preguntas en las que se indagó a los usuarios por la convivencia con otras personas que ayuden al cuidado de su salud, la conciencia en autocuidado mediada por la educación brindada por los profesionales de la salud, el interés por participar en actividades que mejoren la información sobre la diabetes, la preferencia por actividades educativas de carácter lúdico, didáctico y artístico, el interés en el desarrollo de actividades grupales sobre la diabetes, el interés en involucrar al grupo familiar en actividades educativas, la preferencia por sesiones presenciales por la posibilidad de interacción con otros y el interés en el

uso de recursos virtuales para recibir información. Como en las demás categorías, los resultados han sido organizados en porcentaje e ilustrados en las figuras 26 a la 33.

Figura 26

Pregunta 4. ¿Convive con otras personas que se preocupan y ayudan al cuidado de su salud?



Nota. Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los pacientes adultos consultados, 76,9%, conviven y se encuentran acompañados de otras personas que ayudan en el cuidado de su salud, mientras que un porcentaje menor, el 23,1%, menciona que sólo se encuentran acompañados algunas veces.

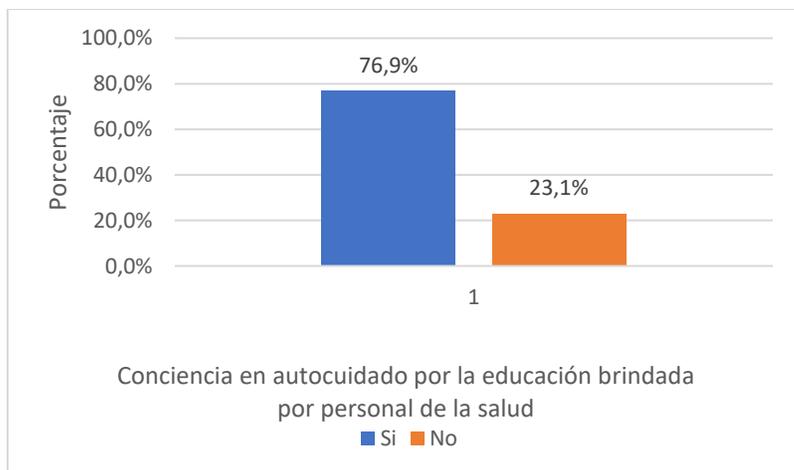
En el modo adaptativo de interdependencia, se identifican dos tipos de personas, las que son significativas y las que hacen parte del sistema de apoyo (Roy, 2000). Dentro de las significativas se encuentra el sistema familiar, esposas, esposos, hijos, hermanos y familiares que conviven con el paciente, aunque estas personas tengan el tiempo, la disposición y la mejor intención de acompañar y ayudar al cuidado del paciente, es necesario que la organización refuerce sus conocimientos y competencias a través de la sensibilización y capacitación, para

orientar de manera apropiada el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y de cuidado que exige su condición de salud.

Para el caso de los pacientes con hogares unipersonales, los sistemas de apoyo como las instituciones de salud y hogares de cuidado, deben fomentar el establecimiento de redes de apoyo con los siguientes fines: instrumentales (prestación de servicios y asistencia), informativos (asesoría u orientación para resolución de problemas), valorativos (información para procesos de autoevaluación) y emocional (abordaje de necesidades psicosociales y afectivas) (Poblete et al., 2015).

Figura 27

Pregunta 16. ¿Considera que la educación que brinda el personal de salud sobre su condición, le ha ayudado a tomar conciencia sobre su propio cuidado?



Nota. Fuente: elaboración propia.

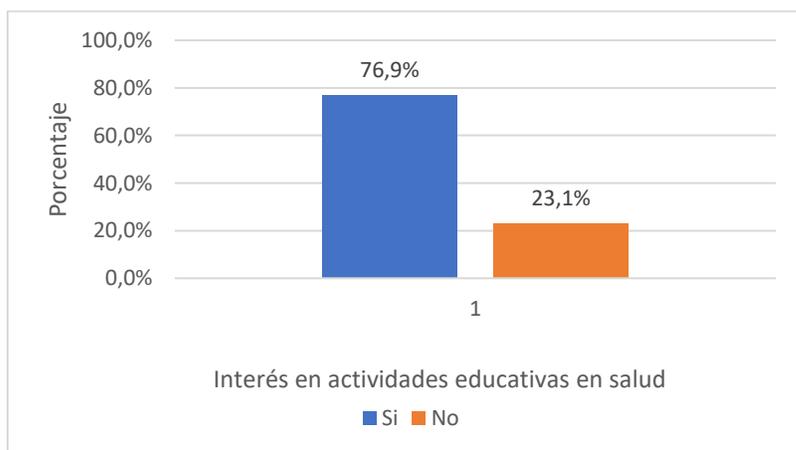
El 76,9% de los pacientes adultos consultados sobre este tema, indicó que la educación en salud que le ha brindado la organización, ha contribuido a tomar conciencia de su condición y su propio cuidado. El autocuidado se reconoce como la capacidad que tiene cada individuo para

emprender actividades que le permitan prevenir o limitar la enfermedad y restablecer o mejorar su condición de salud (Campos-García et al., 2018).

Uno de los principales objetivos de la educación para la salud en pacientes adultos que padecen enfermedades crónicas debe ser lograr la aceptación y adaptación a su condición de salud. Según Soto et al. (2018) la educación del paciente se considera un proceso cambiante y adaptable que toma en cuenta comportamientos y prácticas intrínsecas al individuo como el autocuidado y la adherencia a las recomendaciones médicas, y extrínsecas, como la provisión de la asistencia sanitaria requerida y el abordaje de las necesidades emocionales expresadas con ocasión de la enfermedad que padece.

Figura 28

Pregunta 17. ¿Tiene interés en participar en actividades educativas que mejoren la información sobre su condición de salud?



Nota. Fuente: elaboración propia.

La participación facilita la integración del paciente con su sistema de apoyo, participar incluye interactuar, comunicar y escuchar, conocer experiencias propias y ajenas, aprender del

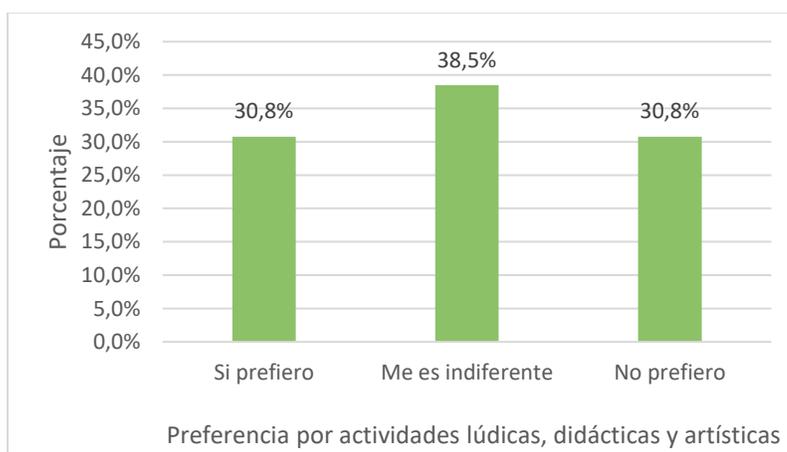
capacitador y aprender de y con los otros. Participar en actividades educativas en salud puede proporcionar estímulos positivos que faciliten la adaptación del paciente a su condición.

El 76,9% de los pacientes adultos interrogados tiene interés en participar en actividades educativas que mejoren la información sobre su condición de salud, este resultado es coherente con las respuestas dadas a la pregunta No. 6 del cuestionario, en la que se interrogó a los pacientes si les gustaría indagar o conocer más acerca de los aspectos concernientes a la diabetes, con un 84,6% de respuestas positivas.

En la medida en que el paciente tenga interés y se informe sobre su condición de salud, podrá empoderarse, asumir la responsabilidad de su salud y ejercer el autocuidado con mejores resultados.

Figura 29

Pregunta 20. ¿Prefiere recibir educación sobre su condición de salud a través del desarrollo de actividades lúdicas y didácticas como talleres, juegos, actividades artísticas, entre otras?



Nota. Fuente: elaboración propia.

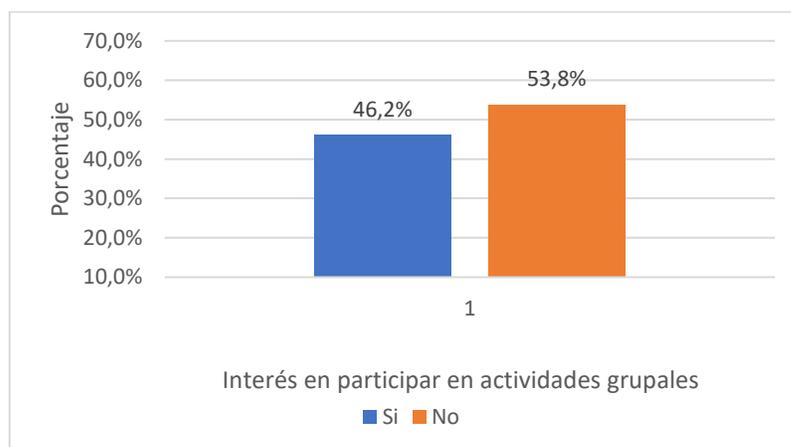
La opinión respecto a esta pregunta se distribuye de manera equitativa entre la preferencia por las actividades lúdicas y didácticas como talleres, juegos y actividades artísticas, y el no preferir este tipo de actividades.

Estas respuestas ofrecen un ejemplo de la forma en que los individuos deben ser mirados y comprendidos, no como seres fragmentados, sino como seres integrales que hacen parte de un medioambiente en el que confluyen toda clase de estímulos, que inciden en la forma en que el individuo responde ante las situaciones, y que determinan la manera en que logra la adaptación, la integración de su ser con sus condiciones y las del medio que habita (Roy, 2000).

Por ello se requiere que la organización estimule en todos sus niveles una visión holística del paciente, para poder entenderlo en todas sus dimensiones, conocerlo, y ese conocimiento gestionarlo adecuadamente para integrar las necesidades de aprendizaje y comunicación con las estrategias pedagógicas y las actividades de promoción de la salud que despliegue la entidad.

Figura 30

Pregunta 21. ¿Está interesado en asistir a actividades grupales que contribuyan al aprendizaje sobre su condición de salud?



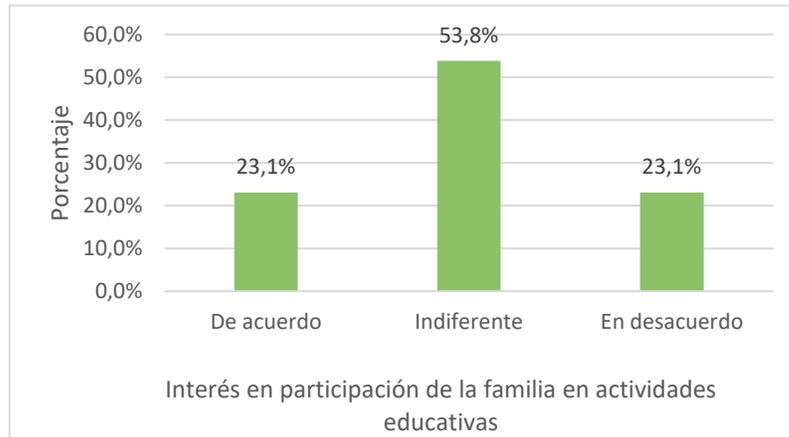
Nota. Fuente: elaboración propia.

En esta pregunta se observó una distribución similar en las respuestas, con ligero predominio de quienes refirieron no tener interés en participar en actividades educativas grupales.

Para las entidades de salud podría ser más conveniente educar a grupos de pacientes que hacer procesos individuales, por factores como el tiempo, costos y disponibilidad de capacitadores; no obstante, la importancia de capacitarse y formarse en grupo connota su valor en la posibilidad de compartir experiencias, escuchar y ser escuchado por personas que comparten condiciones identitarias, como ser pacientes con diagnóstico de DM2, y ofrecer a la organización un espacio de retroalimentación con acento en las necesidades, expectativas y co-evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje. Finalmente, el comportamiento de estas respuestas, contrasta con el obtenido en la pregunta 23 (función de rol), en la que se indagó si realizar actividades en grupo le ayuda a conocer y relacionarse con otras personas, y para la cual el 61.5% de los interrogados respondió afirmativamente. Esta situación puede sugerir que las actividades grupales aportan valor a los pacientes en la medida en que se constituyen en escenarios para el apoyo social, aunque no se desestima las potencialidades que ofrece como espacio de aprendizaje.

Figura 31

Pregunta 22. *¿Considera que en las actividades educativas que se realicen, se debe invitar a su grupo familiar o personas con las que convive?*



Nota. Fuente: elaboración propia.

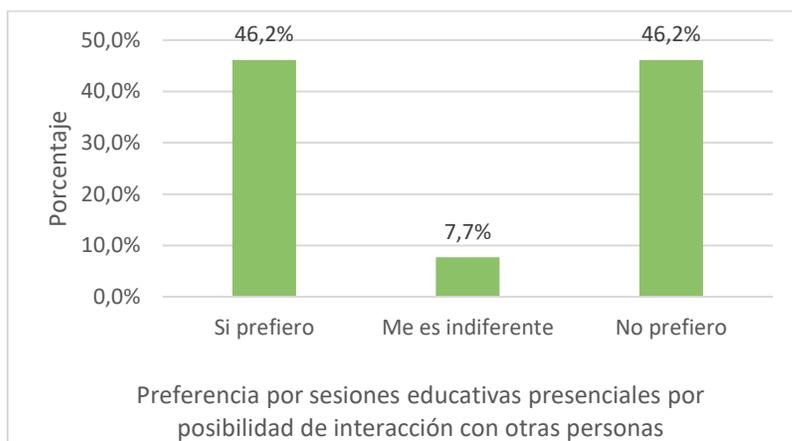
Al 53,8% de los pacientes adultos consultados con esta pregunta les resulta indiferente si el grupo familiar o las personas con las que convive participan de las actividades educativas en salud que la entidad lleva a cabo. La otra mitad se distribuye de igual forma entre quienes están de acuerdo y quienes no están de acuerdo en que se involucre al grupo familiar o allegados. La motivación de esta indiferencia podría encontrar explicación en la experimentación de sentimientos de reserva frente a la condición de salud, los cambios que conlleva a nivel individual y en el entorno más cercano (hogar) y el deseo de no ser considerado una carga para su familia.

Roy (2000) aclara que el proceso de adaptación del individuo se beneficia de manera importante con el apoyo que se le brinde a la familia y la educación que se le dé para afrontar la enfermedad crónica. De igual forma, el paciente y el grupo familiar deben estar preparados para

enfrentar situaciones críticas y complicaciones derivadas de la enfermedad, que pueden presentarse por múltiples factores que no necesariamente están condicionados por el paciente.

Figura 32

Pregunta 25. ¿Prefiere asistir a sesiones educativas presenciales por la posibilidad de interacción con otras personas?



Nota. Fuente: elaboración propia.

La pandemia por Covid-19 y la masificación de interacciones a través del internet y redes sociales ha desplazado, en cierta medida, el interés por el desarrollo de algunas actividades de carácter presencial.

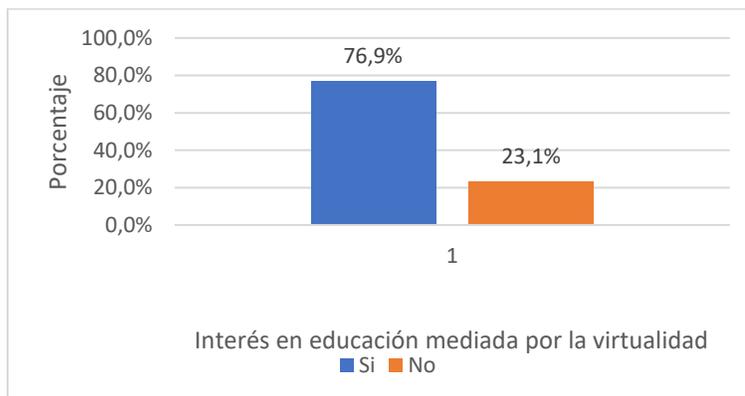
Las respuestas presentan igual comportamiento entre quienes expresaron su preferencia por asistir a sesiones educativas presenciales por la posibilidad de interacción con otras personas y quienes no, 46.2%. Aunque en la pregunta 23 (función de rol) se obtuvo el 61.5% de respuestas afirmativas frente a la realización de actividades en grupo como escenario para ayudar a conocer y relacionarse con otras personas, y esta situación pudiera representar algún grado de contradicción, el factor del tiempo emerge como condicionante de esta posibilidad, teniendo en

cuenta los resultados obtenidos en la pregunta 26 (función de rol), en la que se indagó si se dispone de tiempo para asistir a actividades lúdicas y de aprendizaje, y en la que el 38.5% manifestó no contar con tiempo y el 46.2% solo disponerlo algunas veces.

En este caso, la mediación de las TICs en entornos de aprendizaje sincrónicos y asincrónicos se erige como una alternativa para llegar a grupos específicos con este tipo de preferencias o en quienes sus ocupaciones limitan la interacción presencial.

Figura 33

Pregunta 27. ¿Tiene interés en recibir información y educación sobre su condición de salud a través de recursos virtuales como videotutoriales, presentaciones, grabaciones, lecturas, etc.?



Nota. Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los pacientes adultos consultados, 76,9%, tienen interés en recibir información y educación sobre su condición de salud a través de recursos virtuales como videotutoriales, presentaciones, grabaciones, lecturas, entre otros. La preferencia por el uso de medios o canales virtuales se ha fortalecido con la pandemia ocasionada por Covid-19, es un fenómeno que prácticamente todo el mundo ha vivido. Uno de los sectores más impactados por

la pandemia ha sido la educación, las aulas físicas llenas de estudiantes aún siguen siendo extrañas en algunos países.

Aunque para muchas personas la educación presencial es la mejor manera de enseñar y aprender, por la posibilidad de intercambio de ideas y el poder comunicar incluso a través del lenguaje corporal y gestual, es innegable que las TICs han cambiado esa visión, o al menos han ampliado el espectro en que una persona puede aprender.

Para la organización en salud constituye una oportunidad el poder contar con las tecnologías de la información y la comunicación como mediación para la educación de sus pacientes, reconociendo que, aunque la edad promedio del grupo es de 68,5 años, son una población adulta no ajena, en su mayor parte, al uso del internet, el celular y las redes sociales.

Al respecto, Prieto Rodríguez (2019) indica:

Pese a que la Escuela de Pacientes se basa fundamentalmente en la formación presencial, la implicación y continuidad de las personas participantes también se está cuidando a través de su participación en foros en la web, video – chats en directo, aulas virtuales y redes sociales (Facebook, canal propio en YouTube y cuenta de Twitter con más de 24.600 seguidores. (pp.104-105)

4.2 Entrevistas

El trabajo incluyó en su modelo metodológico la realización de una entrevista semiestructurada, con empleo de pseudónimos, dirigida a un grupo de pacientes seleccionado por conveniencia, dependiendo de la disponibilidad con la que los pacientes contaban para poder realizar la sesión de entrevista y su capacidad para proveer con detalle la información requerida. El guion de preguntas para la entrevista fue aprobado por la Universidad y se le entregó a cada

paciente entrevistado un formulario de consentimiento informado, para dar claridad y confianza sobre la información que debían entregar y el uso y manejo de esa información.

Para la elaboración del análisis se transitaron los siguientes ejes temáticos, que contribuyeron a la comprensión de la realidad integral del paciente adscrito a Unisalud y a tejer la red de conocimiento que requiere la organización para elaborar una estrategia de gestión del conocimiento que tenga en cuenta al paciente, los roles que desempeña en su medio social, familiar, cultural y laboral y sus necesidades y expectativas de aprendizaje: el autocuidado, la autoestima, la interdependencia, la corresponsabilidad, el conocimiento de la enfermedad, los hábitos de vida, el autocontrol, la adherencia al tratamiento, la aceptación, el sistema de apoyo, el grupo familiar, la comunicación, la percepción de la entidad, el currículo y su pertinencia y las estrategias pedagógicas.

A continuación, se describen los aspectos centrales de las entrevistas realizadas:

Uno de los objetivos de las organizaciones de salud es el fomento de conductas de autocuidado en los pacientes y sus familias y la ejecución de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de las enfermedades crónicas.

El autocuidado se puede comprender como la base que sustenta la gestión para el mantenimiento y cuidado de la salud, y está relacionado con la resiliencia del paciente; es decir, su capacidad de recuperarse de situaciones adversas. La OMS (2021b) define el autocuidado como "la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica" (p. 1).

“yo compré aparatos para hacerme la medición en la casa y lograba tener un nivel de control.” - Ernesto

“Además de las recomendaciones médicas, está es la disciplina misma que uno lleve, o sea, la palabra clave es disciplina, meterse uno en la cabeza qué es lo que tiene que hacer, qué es lo que no tiene que hacer.” – Arturo

“Fue un tema familiar porque mi papá fue diabético y murió de diabetes, entonces ver la complicación, porque él no quiso tomar ninguna acción frente a eso y el desenlace fue fatal”. – Antonio

“Me invitaron ahora el 22 para irme para San Andrés, que vamos a un hotel Decamerón, entonces mi hija dice mami tranquila que allá escogemos la verdurita, el almuerzo tan tan tan, y le dije bueno, y me voy a ir”. – Alejandra

“Yo, como poquito, sobre todo el almuerzo, a veces que por la comida, no como o como cualquier cosita. Yo como muy poquito, al almuerzo como muy poquitito y el desayuno me tomo un café, lo hago en agua, le echo un poquito de eso que compro para endulzar”. – Susana

“Ejercicio sí, yo vengo aquí a la Universidad y salgo andar por ahí, aunque se ha vuelto muy peligroso andar por las carreteras, entonces, pero sí hago, salgo a andar, y a hacer ejercicio que hago aquí también y de pronto en el estadio a hacer vueltas”. – Luis

“Mis hijos ya no viven conmigo, están casados, vivo sola, yo tengo que aprender y aprendí, me enseñaron en Unisalud cómo me ponía la insulina”. – Alejandra

Reconocer su estado de salud y adherirse a los tratamientos es parte fundamental para que el paciente gestione adecuadamente su salud. La adherencia a los tratamientos médicos está determinada por la confianza, la motivación y la calidad de la información que el profesional de la salud y la organización le brindan al paciente. El lenguaje como mediador, limita o fortalece.

Los pacientes hoy tienen más acceso a conocimiento e información sobre su diagnóstico, tratamiento y fármacos, y en algunas ocasiones tienden a sentir que saben más de su enfermedad que su propio médico.

“Voy al médico cada dos meses, voy donde el médico general en Unisalud, ellos mantienen todo eso muy bien y también me mandan donde el internista que es el doctor John Jairo Duque, él es el que también me mantiene muy aliviada, pendiente, yo también soy muy juiciosa con los medicamentos, con todo lo que él me ha mandado.” – Alejandra

“Adicionalmente hay una inyección semanal, que no me la están dando porque el médico considera que no, pero en los resultados no ve que el nivel sigue siendo 7.2 y no ha bajado a 6.5, que es lo que yo debería estar manejando con los medicamentos que le acabo de decir”. – Antonio

“Que el médico no tenga miedo de decirles usted que se va a tomar esta pasta, pero puede pasarle esto otro, a usted le puede dar dolores de cabeza, le puede dar tal cosa, por ejemplo”. - Ernesto

“Simplemente he tratado de seguir las recomendaciones lo más cerca posible, tomar los medicamentos y ehhh irme quitando de la mente todas aquellas cosas que de alguna manera me generen problemas con el azúcar”. – Arturo

“Lo importante para mí es la disciplina, ¿Si?, a seguir con esta enfermedad y no entender que la enfermedad es una catástrofe, sino que simplemente es un aspecto más de la vida de uno”. – Arturo

“Yo realmente tuve una escuela muy buena antes, no por la EPS que tenía, sino por la iniciativa de tomar una acción frente a la enfermedad. Y fue vincularme a la asociación colombiana de diabéticos en Bogotá.” – Antonio

Crear los hábitos relacionados con el autocuidado de la salud es un paso importante para los pacientes con diabetes. La diabetes es una enfermedad crónica que requiere mediciones periódicas de glucosa, control del peso del paciente, dietas con control en el consumo de azúcares, rutinas de ejercicio, entre otras. Todos estos menesteres se van configurando como hábitos necesarios para hacer un control efectivo de la enfermedad.

“Yo lo primero que empecé a usar fue el glucómetro para las medidas, yo siempre le traigo al médico”. – Arturo

“Yo compré aparatos para hacerme la medición en la casa y lograba tener un nivel de control.” – Ernesto

“Porque uno se cuida, uno se tiene que cuidar y la insulina, a mí me duele la chuzada, es cierto, y me parece horrible, pero ya con el tiempo esto es mi salud, yo digo: la insulina es mi salud”. – Alejandra

“Pues bien, porque como yo me hago las glucometrías por la mañana, entonces yo tengo que anotarlas para llevársela al doctor cuando voy al control”. – Susana

“Yo me cuido mucho, me tomo los medicamentos, empecé con la metformina y hace 12 años soy insulino dependiente.” – Alejandra

“Pues qué le digo yo no, pues poniéndole cuidado a la comida y a la alimentación, pues que no sea mucho azúcar y en fin, pero lo demás bien, ayer fui donde el internista y le llevé los resultados de los exámenes y el reportó todo eso muy bien”. – Luis

Los pacientes comúnmente refieren la adopción de nuevos hábitos como uno de los cambios más importantes en su vida, son conscientes de la necesidad de revisiones periódicas,

algunos se empoderan de su condición, mientras que otros dejan su situación en manos de la organización de salud.

“Sí, pero yo de ahí para acá nunca volví a sentir nada, de nada. Y yo iba a Bogotá y me estaba por ahí una o dos semanas y yo no me llevaba esa insulina, porque para cargar eso y todo, y yo nunca sentí”. – Luis

Los comportamientos que promueven el autocuidado en el paciente, deben ser estimulados por la organización a través de comunicaciones, publicaciones, espacios físicos o aulas virtuales donde se compartan experiencias que permitan a otros pacientes el aprendizaje y la asimilación de estímulos positivos.

“Aprender, me gustaría hacerlo virtualmente y el especialista del otro lado del monitor, con ejemplos didácticos y con las consecuencias de que eso de qué es lo que puede pasar cuando no tengo un plan de tratamiento para la diabetes” – Antonio

La autoestima permite al individuo ejercer su rol y empoderarse de la responsabilidad de su salud y su bienestar. Montes-Hidalgo & Tomás-Sábado (2016) definen la autoestima como "el resultado de una evaluación emocional subjetiva acerca de la capacidad individual para la resolución de los problemas y para hacer frente a los desafíos de la vida" (p. 190). Una valoración negativa, puede inducir estados de depresión en el individuo.

“Yo no tengo amigos. Esa es una de las cosas que me ha costado aquí y es una tendencia a la depresión. Entonces ahí estoy viendo a una psicóloga y ella manda unas pasticas para algo, bueno, eso no me ha mejorado mucho, pues eso también depende de uno”. - Luis

Los programas de sensibilización y capacitación deben fomentar el desarrollo de espacios comunes, que permitan compartir experiencias y vivencias, así como el establecimiento de sistemas y redes de apoyo que, de manera solidaria y cooperada, aporten a los pacientes los recursos y herramientas necesarias para el afrontamiento del proceso salud-enfermedad-salud. Estos espacios deben generar confianza y seguridad, de lo contrario, pueden configurarse en un estímulo contextual negativo que afecte de manera directa la adaptación y participación de los pacientes.

“No, pues a mí no me gusta, es que a mí no me gusta eso de irse con más gente como a hablar, Yo voy a mis reuniones de la sede de allá de Unisalud en la Universidad, lo que necesite ir allá, pero pues, así como ir hablar, no, no me gusta” – Susana

“Ay, no, no voy por allá en una parte, yo no voy a esas capacitaciones, si no a las a las citas médicas y cuando me toca ir donde el médico, de resto no”. – Claudia

“Simplemente es reflexionar, entender que el organismo de uno es único, tiene unas características y uno tiene que vivir con él, y es esto, hay que cuidarlo hasta que uno se muera”. – Arturo

El ejercicio efectivo de acciones de autocuidado en la DM2, está mediado por la autoestima, la autogestión, el conocimiento, la aceptación y el manejo de la condición. Si alguno de estos factores está ausente es probable que el paciente no asuma de manera apropiada el autocuidado, incrementándose, por tanto, el riesgo de sufrir una recaída o una complicación.

“Entonces yo digo, pues si yo tengo que ayudarme con la insulina y cuidarme, entonces yo tomé mucha conciencia de que debo de cuidarme. Me pongo la insulina, me tomo los medicamentos que me manda el doctor y me cuido mucho”. – Alejandra

“Yo soy una persona que cuando toma decisiones, las tomo y ya, de un día para otro me quitaban el azúcar, que era el elixir de mi vida, y lo asumí, y no tuve problema. Obviamente, pues la acomodación no es tan sencilla, pero desde que uno tenga determinación, las cosas funcionan”. – Arturo

Los pacientes con enfermedades crónicas como la DM2, pueden estar sometidos a estímulos internos y externos negativos como el estrés físico y mental, además del cansancio que puede ser más frecuente en adultos mayores y en quienes presentan comorbilidades asociadas a la diabetes. Estos estímulos pueden comprometer aspectos psicológicos y emocionales, causando depresión, apatía y ansiedad; sin embargo, en el cuestionario, el 69,2% de los pacientes refirió no experimentar este tipo de condición en asociación con su enfermedad.

“El cansancio se presenta más cuando tengo la bradicardia, la bradicardia disminuye la capacidad, más debilitamiento y tienes menos capacidad para caminar”. – Ernesto

Respecto a los programas de capacitación en promoción de la salud, los entrevistados tienen opiniones similares. Las entidades de salud, por mandato de la Ley deben hacer promoción de la salud, es parte de sus obligaciones. La forma en que lo hacen debe estar ajustada, tanto a su modelo de gestión del conocimiento, como a las necesidades de sus pacientes.

“Excelente, a mí me ha parecido excelente todo lo que hace Unisalud por el paciente, al principio, cuando yo me empezaba a ponerme la insulina y todo, nos daban unas conferencias más buenas a los diabéticos, pero eso no lo volvieron a hacer, que nos enseñaban muchas cosas”. - Alejandra

“En lo que se refiere a ese control médico preventivo y ese nivel de cuidar del paciente, Unisalud se ha portado extraordinariamente en lo que se refiere a la diabetes, muy bien manejado, muy bien controlada”. - Ernesto

“Pues obviamente un buen acompañamiento por parte de Unisalud que eso sí, hay que decirlo, ese ha sido un factor importante para el control de la enfermedad”. – Arturo

“Si, a mí me han explicado acerca de la enfermedad, claro, y de los órganos que se van comprometiendo y todo”. - Claudia

“Digamos, cuando me mandaron el lapicero, me pregunté si iba a ser capaz de hacer eso, yo me asusté, pero no, otra vez fui a Unisalud, es excelente, el servicio de Unisalud es excelente, volví allá, que el lapicero se usa así tal y tal, entonces le colaboran a uno, y le enseñan y uno aprende”. – Alejandra

Desde la perspectiva de los pacientes, la organización ha cumplido su compromiso de capacitar e informar; no obstante, existen algunos vacíos que deben ser intervenidos para poder mejorar el desempeño en términos de los objetivos de la gestión del conocimiento, en consideración de las expectativas o intereses de aprendizaje de los pacientes. Al respecto, Castillo Silva (2018) indica, frente al autocuidado, que los adultos tienen la capacidad de reconocerse como responsables de su desarrollo y de su vida y este reconocimiento les motiva a tomar iniciativas en torno a sus procesos de aprendizaje.

El interés por recibir información sobre estilos de vida saludables como la alimentación, el control en la ingesta de azúcares y el ejercicio, se conserva; no obstante, se reconocen otros temas que resultan atractivos para los pacientes como las contraindicaciones y efectos adversos

medicamentosos, las complicaciones de la enfermedad, la podología y la información sobre terapias farmacológicas existentes.

“Yo le daría a ese programa el enfoque sobre cómo comer saludablemente”. – Claudia.

“Una nutricionista. Hay nutricionistas, personas que podrían dar muy buena orientación a personas que tienen enfermedades como la diabetes, diciendo no coma esto en exceso, no haga esto, ese tipo de reuniones sería buena la formación con un nutricionista, por ejemplo”. – Ernesto

“Cómo se supone que eso da, entre otras causas, pero el exceso de azúcar y yo haría mucho hincapié en ello en la capacitación, y también, pues un poco de ejercicio y mantenerse bien en estado físico y como le digo sobre todo la alimentación, el control de los azúcares y grasas y harinas y cosas así que, que aumenten los triglicéridos “. – Luis

“Muy importante, ¿cómo era que se llamaba la doctora que nos daba unas conferencias muy buenas? Valencia creo que es, la hija de don Carlos Valencia, Ana Lorenza me parece que era Ana Lorenza, ella nos daba unas conferencias sobre los pies, de podología, es una lástima que ya no las hacen”. Ernesto.

“Más que inculcar los cuidados y eso, ver los desenlaces fatales que tienes cuando no se cuidan, ver la ceguera, ver las amputaciones, las muertes, ver todo eso, toma uno más conciencia cuando ve eso”. - Antonio

“Yo les hablaría en las capacitaciones de la alimentación, de la dieta, y del ejercicio físico, de cómo sirve el caminar”. - Alejandra

“Daría una información sólida, racional, documentada, sobre tratamientos, ahora, el problema de eso es que siempre se destapan las críticas”. – Ernesto

“Capacitaría también en contraindicaciones de algunos alimentos, también un farmacólogo que diera ilustraciones sobre las contraindicaciones y que efectivamente que uno no entre en la sobre medicina, es decir, para qué más medicinas si saben cuál es la causa”. – Ernesto

Los aspectos en los que más ha impactado la DM2 al grupo de pacientes adultos de Unisalud, son los cambios en los hábitos de vida, especialmente los relacionados con la alimentación y el uso de fármacos inyectables de manera periódica. Algunos reconocen los ajustes que dichos cambios han supuesto en sus interacciones sociales.

Los cambios en las dinámicas personales, familiares y sociales que subyacen al manejo de una condición como la DM2, exigen que la organización plantee estrategias de acompañamiento que faciliten estos procesos de adaptación. El reconocimiento de las individualidades, las preferencias e intereses de aprendizaje, la mediación de las TICs, la conformación de los hogares de los pacientes y el involucramiento de la familia, constituyen recursos valiosos para el fomento de conductas corresponsables en la autogestión de la salud.

“Se le reduce un poco la calidad de vida en lo que se refiere a los hábitos y costumbres alimenticios, eso hay cosas que a uno le provocan mucho, que uno tuvo ciertas preferencias por ese tipo de dulces, bueno, de postres, de algún tipo de cosas de esa naturaleza y eso limita un poco la calidad de vida”. – Ernesto

“Hay veces que uno va a reuniones o va a una casa y empiezan a entregarle una cantidad de cosas y uno por pena, uno dice: no, qué pena, no es que no me guste, sino que no puedo, y uno se restringe”. - Ernesto

“Vivo normal, que al principio se tenía que poner la insulina a las 9 de la noche, pues no puede ir a ninguna parte, digamos a un teatro alguna cosa porque tenía que estar, no, yo me llevaba la insulina también en un maletincito que tengo, pero no, no, a mí no me ha cambiado, yo vivo como normal”. - Alejandra

“La vida me ha cambiado, pues siempre uno extraña muchas cosas más que todo, la parte del dulce, pero uno se va adaptando y ya, uno va cogiendo conciencia de que no puede ingerir muchos dulces”. - Claudia

“En mi entorno laboral no afecta porque yo trato de que no sea una cosa del común”. - Arturo

Cada paciente aporta conocimiento a la organización, a través de sus opiniones, de sus historias de vida, de sus experiencias y de su proceso de atención. Esta información puede ser gestionada para aprender, compartir, retroalimentar, reconstruir y tomar decisiones más acertadas, que apunten a incrementar la satisfacción y mejorar los resultados en salud de los pacientes.

“Particularmente en Unisalud, me causó curiosidad, pues que yo traía una diabetes muy controlada, unos medicamentos y al entrar al programa de crónicos, no tuve en cuenta esos medicamentos, no los tuvieron en cuenta, sino otros, que hicieron que finalmente el resultado fuera incrementándose”. – Antonio

“No, pues yo voy cuando me llaman así a reuniones, pero como eso a mí nunca me han llamado. Yo voy a las citas médicas que me toca cada mes, cada dos meses, pero con el doctor, no con más gente, con el doctor no más”. – Susana

“Digamos de los especialistas a que me han mandado, que yo he tratado de evitar al máximo, son los nutricionistas, por una razón muy sencilla, porque prácticamente el enfoque es vegetariano”. – Arturo

“Perfectamente, yo no tengo queja de eso absolutamente ninguna. A veces escasea la insulina, pues esa metformina que me dan, pero eso no tiene importancia para mí, yo no he sentido nada. Y la atención es muy buena y pues los exámenes, perfecto. Yo no tengo queja de ninguna clase”. - Luis

Capítulo 5. Discusión y Emergencias

Educación en el campo de la salud implica un compromiso ético compartido entre las organizaciones de salud y los pacientes. Las enfermedades crónicas, como la DM2, requieren que el paciente se corresponsabilice de la gestión de su salud y logre la adopción de prácticas de autocuidado eficaces que, sumadas a las intervenciones clínicas y farmacológicas, permitan un adecuado control de su condición y mejoren su calidad de vida. Ariza Copado et al. (2011) precisa que, para que la participación sea activa, se requiere de la adquisición de conocimientos en hábitos de vida saludables como la alimentación, el ejercicio, la adherencia al tratamiento, el automonitoreo, el manejo de hipoglucemias y la gestión de factores de riesgo cardiovasculares como la obesidad y la hipertensión arterial. Así mismo, reconoce el papel de las instituciones y profesionales de la salud como principales promotores en el establecimiento de programas de educación en diabetes, a nivel individual y grupal.

La pretensión del alcance del bienestar es una condición propia del individuo y de la humanidad, pero no se consigue desde las externalidades, se exige de la actitud de este, una actitud positiva y prospectiva que le ayude a implicarse en el rescate de su salud. De ello sostienen Alcántara et al. (2018) que “la primacía en el proceso salud/enfermedad/atención no la tiene el SS ni los EPPSS son el único recurso, compete a individuos activos, reflexivos, poseedores de recursos e iniciativas” (p. 2). Cobra importancia la coherencia de los resultados obtenidos con el planteamiento hecho por los autores convocados; se confirma que la condición de usuarios del servicio de salud les hace estar en plena disposición de la participación, lo que concita que haya corresponsabilidad en contextos donde éste construye rasgos identitarios propios.

En la categoría Fisiológica, los pacientes reconocen los niveles apropiados de glucemia en sangre, los alimentos dañinos y las sustancias nocivas para la salud como el alcohol y cigarrillo; no obstante, este conocimiento aún no redunda en prácticas efectivas de autocuidado toda vez que en un número no desestimable de pacientes afirma no realizar las mediciones de glucosa con la periodicidad recomendada por su médico, y admite el consumo de los alimentos y sustancias previamente enunciadas. Para la intervención de los resultados en esta categoría, se propone el diseño de estrategias meta-cognitivas que apunten al aprendizaje de sí mismo, de su condición, del tratamiento, y la confrontación de sus acciones con lo aprendido para su autocuidado y la autogestión de su salud.

En la categoría Autoconcepto, pese a que todos los pacientes afirmaron que han aprendido a aceptar la diabetes y los cambios que conlleva y que prefieren seguir el tratamiento instaurado por su médico tratante porque reconocen que evita complicaciones asociadas a un inadecuado control de su condición, esta aceptación aún no genera un impacto suficiente sobre los procesos adaptativos de los pacientes frente a la incorporación de hábitos saludables, pues se reconocen prácticas deficientes de ejercicio, así como las referidas al consumo de alimentos dañinos y alcohol.

La confianza que sienten al hablar de su enfermedad con su familia, evidencia algún grado de limitación en algunos de ellos. La familia es un agente importante en la adhesión a los cuidados y tratamiento instaurado, así como fuente de motivación para los pacientes quienes encuentran consejo y apoyo para gestionar su salud (Rodríguez et al., 2018). Por lo anterior, las estrategias pedagógicas deben proveer las mediaciones necesarias para vincular y comunicar a los grupos de interesados (familia, cuidador) conocimientos acerca de la enfermedad, su

tratamiento, pronóstico, cuidados y las implicaciones biopsicosociales sobre el individuo y su entorno más cercano.

Finalmente, cerca de la mitad de los pacientes expresó interés por el aprendizaje de otras temáticas que ayudan a enriquecer la propuesta de contenidos de los programas educativos tradicionales como habilidades para la vida, toma de decisiones, resolución de problemas y manejo de emociones. La psicología debe integrar, por tanto, el abanico disciplinar que debe disponerse para educar integralmente a los pacientes con DM2.

La información indagada en la categoría Función de Rol, permitió reconocer la percepción, experiencias y expectativas del paciente en torno al desarrollo y ejercicio de roles secundarios. La mayoría de los pacientes afirmó que la diabetes no ha afectado el desarrollo de sus actividades diarias ni sociales, aunque algunos reconocieron que la incorporación de cambios en su dieta ha implicado algunos ajustes en sus interacciones sociales. De otro lado, para los pacientes no fue determinante, en su proceso de comprensión de la enfermedad, la información aportada por pares y la mayoría coincidió en que casi nunca o nunca expresan con facilidad sus experiencias o inquietudes cuando comparten con otras personas que tienen diabetes; sin embargo, la mayoría de ellos reconoció que el desarrollo de actividades en grupo posibilita la interacción con otras personas, aunque manifestaron disponer de poco tiempo para la participación en actividades educativas. En este caso, la mediación de las TICs en entornos de aprendizaje sincrónicos y asincrónicos se erige como una alternativa para llegar a grupos específicos con este tipo de preferencias o en quienes sus ocupaciones limitan la interacción presencial.

(Danet et al., 2016) plantea que la estrategia educativa entre pares ayuda a la comprensión de las necesidades de los pacientes, fomenta el establecimiento de vínculos y la co-

construcción del conocimiento, así como la aceptación de la enfermedad y la transformación del pensamiento autocompasivo hacia un enfoque positivo. Considerando que los pacientes pueden beneficiarse al compartir experiencias en espacios comunes que afiancen su proceso de aceptación, adaptación y la práctica de hábitos saludables, así como el tejido de redes de apoyo fundamentales en pacientes con hogares unipersonales, se recomienda a la organización aprovechar las oportunidades de interacción y de aprendizaje que ofrece la actividad grupal y la mediación de las TICs.

En la categoría Interdependencia, la mayoría de pacientes afirmó que convive con personas (familiares o allegados) que ayudan al cuidado de su salud, aunque algunos admitieron que solo algunas veces cohabitan con sus familias. Para el caso de los pacientes con hogares unipersonales, los sistemas de apoyo como las instituciones de salud, deben fomentar el establecimiento de redes de apoyo con fines instrumentales (prestación de servicios y asistencia), informativos (asesoría u orientación para resolución de problemas), valorativos (información para procesos de autoevaluación) y emocional (abordaje de necesidades psicosociales y afectivas) (Poblete et al., 2015).

La mayoría de pacientes expresó interés por el desarrollo de actividades educativas grupales debido a la posibilidad de relacionamiento con otras personas, aunque de manera contrastante, la mitad de ellos mostró interés por participar en actividades grupales con fines de aprendizaje sobre su condición. Esta situación puede sugerir que las actividades grupales aportan valor a los pacientes en la medida en que se constituyen en escenarios para el apoyo social, aunque no se desestima las potencialidades que ofrece como espacio de aprendizaje.

De igual forma, la mitad de los pacientes adultos consultados manifestó indiferencia frente a la participación del grupo familiar en actividades educativas. La motivación de esta

indiferencia podría encontrar explicación en la experimentación de sentimientos de reserva frente a la condición de salud, los cambios que conlleva a nivel individual y en el entorno más cercano (hogar) y el deseo de no ser considerado una carga para su familia. Roy (2000) aclara que el proceso de adaptación del individuo se beneficia de manera importante con el apoyo que se le brinde a la familia y la educación que se le dé para afrontar la enfermedad crónica.

Cuando se exploraron las necesidades y expectativas de aprendizaje de los pacientes, se evidenció que el interés por recibir información sobre estilos de vida saludables como la alimentación, el control en la ingesta de azúcares y el ejercicio, se conserva; no obstante, se reconocieron otros temas que resultan atractivos como las contraindicaciones y efectos adversos medicamentosos, las complicaciones de la enfermedad, la podología y la información sobre innovación en terapias farmacológicas.

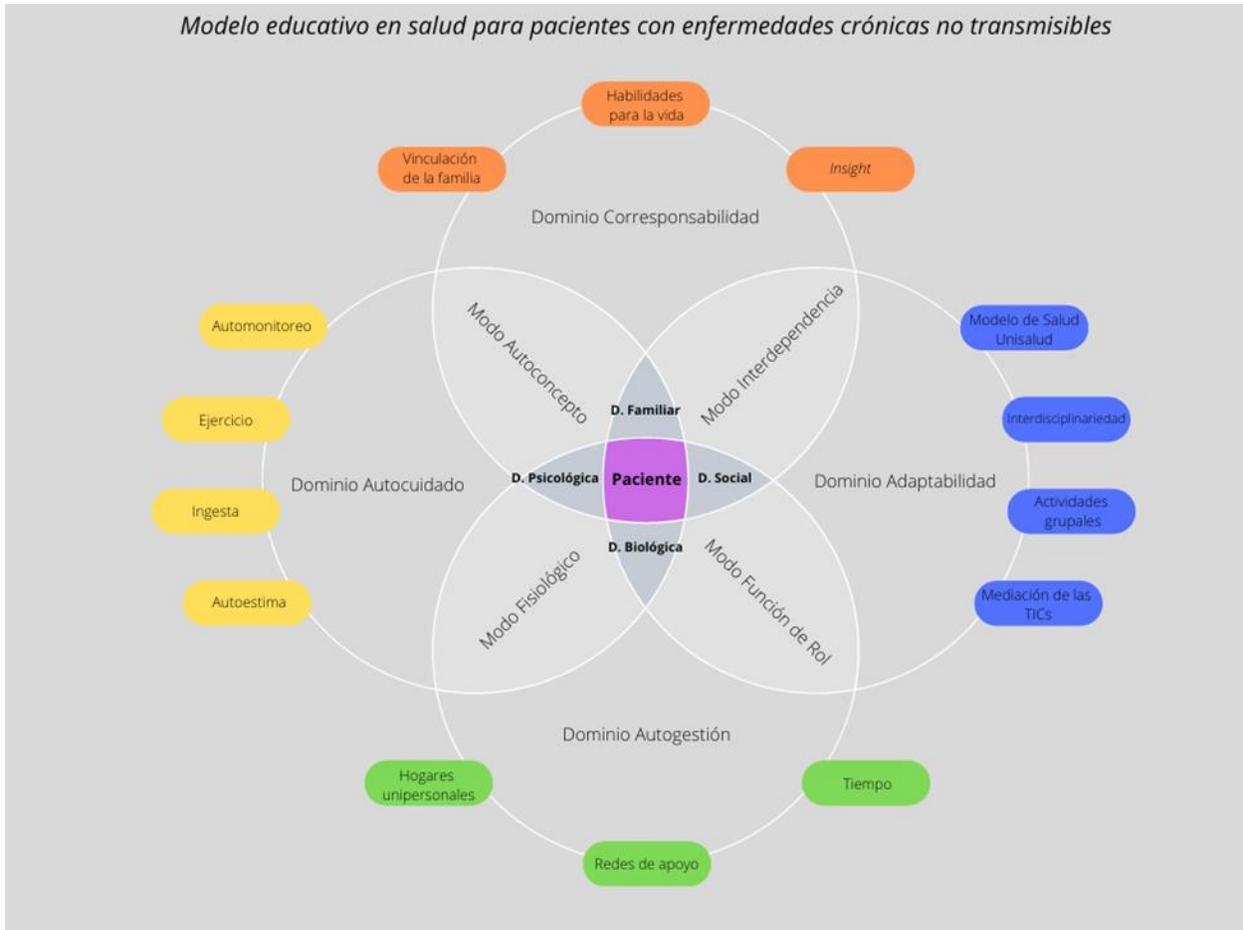
Los resultados demuestran que Unisalud es un lugar donde a juicio de Augé (1994) “se construyen identidades, representaciones, significados sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y la vida” (p. 4). Y es que tradicionalmente los usuarios de los servicios de salud han sido vistos como pacientes, como personas que arrastran un sufrimiento y se traducen en autistas del servicio de salud, visión esta que no los asume como sujetos implicados en lugares que, como las IPS, suelen ser vistos como de tránsito y espacios sin memoria.

Por todo lo anterior, y a partir de los resultados obtenidos en cada una de las categorías de análisis basadas en los modos adaptativos de C. Roy, se presenta el modelo conceptual emergente que posibilitó esta investigación a partir del reconocimiento de la realidad integral del paciente con diagnóstico de DM2, los sentidos que los pacientes otorgan a las prácticas educativas en salud, sus necesidades y expectativas de aprendizaje y su integración con el Modelo de Salud de Unisalud, el cual permite sentar las bases para la formulación de una

propuesta educativa que tribute a que los pacientes asuman conductas corresponsables frente al autocuidado de su salud.

Figura 34

Modelo educativo en salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles



Nota. Fuente: elaboración propia.

El modelo educativo en salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, constituye una apuesta conceptual que describe e integra la proyección del perfil pedagógico de Unisalud y las necesidades e intereses de aprendizaje de este grupo de pacientes. Sus diferentes

categorías y componentes, así como las relaciones que se establecen entre ellas, fueron posibles a partir del reconocimiento e interpretación de las prácticas educativas de los pacientes. Este modelo educativo es la suma de la voz de los pacientes, captada a través de los instrumentos empleados en esta investigación, la mirada disciplinar desde la enfermería, a partir de la armonización de los cuatro modos adaptativos del Modelo de Adaptación descrito por C. Roy, y la mirada disciplinar desde la ingeniería, al explorar el grado de interés y/o aceptación de los pacientes de Unisalud, frente al uso de recursos didácticos con mediación de las TICs, ampliamente usados en otros modelos educativos en salud.

Partiendo de su núcleo, es un modelo centrado en el paciente, en el que se reconocen sus dimensiones bio-psico-sociales y se integra la familia como cuarto componente, teniendo en cuenta su rol dinamizador en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como su función de soporte emocional, cognitivo e instrumental en la gestión de la salud del paciente.

El Modelo de Adaptación de C. Roy, reconoce y describe cuatro modos adaptativos en los procesos de afrontamiento, recuperación y mantenimiento del estado de salud de las personas, hallándose una estrecha relación de estos con las dimensiones del ser. Es así como la dimensión Biológica, encuentra consonancia con el modo Fisiológico, la dimensión Psicológica con el Autoconcepto, la Familiar con la Interdependencia y la Social con la Función de Rol. No obstante, esta homologación o equivalencia conceptual entre dimensiones y modos no se agota con su par, pues la dimensión Social, por ejemplo, puede ser entendida, definida o complementada por el modo Función de Rol y, a su vez, por el modo Interdependencia (cuando se posa la mirada en el círculo derecho). Si la mirada se dirige al círculo que encabeza el gráfico, se encuentra que el modo Autoconcepto también está implicado en la dimensión Social.

En el fenómeno educativo que ocupa el interés de esta investigación, los modos adaptativos de C. Roy son relevantes por cuanto describen los diferentes mecanismos y recursos con los que cuentan los pacientes para gestionar su enfermedad y su salud y facilitan la identificación de falencias, fortalezas y nuevas oportunidades en las que, con apoyo en la gestión del conocimiento, se puedan diseñar y dirigir intervenciones que reconozcan y atiendan sus necesidades y expectativas. En un nivel más externo, emergen y se presentan cuatro dominios integradores de las dimensiones y de los modos adaptativos, a saber: el Autocuidado, que integra las dimensiones biológica, psicológica y familiar y los modos autoconcepto y fisiológico; la Corresponsabilidad, que conecta las dimensiones psicológica, familiar y social y los modos autoconcepto e interdependencia; la Adaptabilidad, en asociación con las dimensiones familiar, social y biológica y los modos interdependencia y función de rol; y la Autogestión, que acoge la dimensiones psicológica, biológica y social y los modos fisiológico y función de rol.

Cada dominio cuenta con la asociación de los componentes -de interés para los pacientes- sobre los que se debe configurar la o las estrategias pedagógicas que conduzcan a una mayor sensibilización en corresponsabilidad y promuevan la adopción de hábitos de autocuidado que posibiliten una participación activa de los pacientes y sus familias en la toma de decisiones y la gestión de su salud. En el dominio de Adaptabilidad, por ejemplo, se describen 4 componentes, así: Modelo de Salud de Unisalud, en tanto uno de sus ejes es la Gestión del Conocimiento, además, el Modelo declara la filosofía de prestación de servicios de salud, los mecanismos para cumplir el objeto misional de la organización y vincula a los pacientes como actores corresponsables; la Interdisciplinariedad, necesaria para abordar de manera integrada e integral las necesidades que subyacen a las dimensiones y modos adaptativos de los pacientes; las Actividades grupales, como estrategia para consolidar redes de apoyo y resignificar la

importancia del aprendizaje por pares y, por último, la Mediación de las TICs, como alternativa a las limitantes de tiempo y desplazamiento y recurso de aprendizaje sincrónico y asincrónico, que también posibilita la interacción y el tejido de redes sociales entre pacientes y educadores.

En el dominio de Autogestión, los componentes emergentes son el Tiempo, las Redes de apoyo y los Hogares unipersonales. Esto implica que la estrategia pedagógica que se formule, debe considerar el tiempo como un factor crítico, flexible y adaptable para el desarrollo de actividades educativas que estén acordes con los roles secundarios y terciarios que desempeñan los pacientes, además de la generación de escenarios que promuevan la formación de redes de apoyo entre pacientes y personal de salud y las herramientas que deben proveerse en función de la conformación de sus hogares.

En el dominio Autocuidado, se ratifica la importancia de continuar generando estrategias cognitivas y metacognitivas que afiancen la adopción de hábitos saludables como el ejercicio y la ingesta (considerando en esta última la intervención a hábitos de consumo de alcohol), de automonitoreo y el manejo de la autoestima.

Finalmente, en Corresponsabilidad, los componentes identificados son la vinculación de la familia, las habilidades para la vida y el Insight. Los pacientes mostraron interés por el aprendizaje de cuestiones paralelas y/o alternas a su enfermedad como el manejo del estrés, toma de decisiones y resolución de problemas. En cuanto al Insight, la mediación disciplinar de la Psicología o el aprendizaje por pares puede aportar mecanismos de afrontamiento y de autopercepción que ayuden al cierre de brechas entre los conocimientos que tienen los pacientes y las prácticas deficientes de autocuidado. La familia, como agente dinamizador e instancia de soporte, debe ser involucrada en los procesos educativos de la Organización.

Con este modelo conceptual, que emerge en contexto de Pandemia y que es permeable a los cambios y desafíos que presenta el sistema de salud colombiano, y a los propios cambios que circunscriben la realidad de los pacientes y de la Organización, se quiere ofrecer una propuesta educativa co-construida con los pacientes y que se encuentre alineada con las políticas, prácticas y posibilidades de la Institución, que contribuya a una gestión compartida del riesgo en salud, en el marco de la atención primaria en salud.

Capítulo 6. Conclusiones y aperturas

La educación para la salud se encuentra fundamentada en acciones colectivas e individuales tendientes a la sensibilización, reconocimiento, aceptación, adaptación y adherencia de los pacientes a condiciones que les permita mantener o restablecer su estado de salud. La realidad que subyace a estos grupos y sujetos deber ser comprendida y contextualizada para que las estrategias educativas en salud se ajusten a las necesidades y demandas y surtan los efectos esperados. A partir del primer objetivo de esta investigación, se pudo hacer un acercamiento a esas realidades: las individuales, familiares, sociales y organizacionales.

En general, los participantes expresaron un nivel adecuado de conocimientos sobre su situación de salud, reconocen los cambios en hábitos alimentarios como los más predominantes para su adecuado control y los hábitos de vida saludables, expresaron aceptación frente a su diagnóstico de DM2, mostraron interés por la incorporación de temáticas adicionales a su enfermedad como el manejo de emociones y resolución de problemas, la mayoría afirmó vivir con personas que ayudan al cuidado de su salud, valoraron positivamente el desarrollo de actividades grupales por la posibilidad de interacción con otras personas, validaron la mediación de las TICs como recurso didáctico y alternativa a las limitantes de tiempo y manifestaron su satisfacción con la gestión de la Organización en su proceso de atención.

Sin embargo, en algunos casos se evidenciaron brechas entre sus conocimientos y prácticas de autocuidado ante la persistencia de ingesta de alcohol, el consumo de cigarrillo y de alimentos dañinos, la ausencia de rutinas de ejercicio y de automonitoreo de sus niveles de glucosa, restricciones en sus interacciones sociales debido a sus hábitos alimentarios, limitaciones o poco interés por hablar de la enfermedad con su familia, indiferencia frente a la vinculación de la familia en procesos educativos y por el aprendizaje a través de pares,

disposición de poco tiempo para la participación en actividades educativas, así como la conformación de hogares unipersonales.

Para el segundo objetivo, y a partir del reconocimiento de las fortalezas, debilidades y de la exploración de los intereses de aprendizaje que configuran estas realidades, pudo evidenciarse que los pacientes adultos con diagnóstico de DM2 de Unisalud, atienden más a una formación para la transformación que se enmarque dentro de estrategias pedagógicas metacognitivas y tecnológicas. Adicionalmente, el primer componente del Modelo de Salud de Unisalud, relacionado con la caracterización de la población, podría ser complementado con la elaboración de un perfil pedagógico -como el presentado en esta investigación- dirigido a pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, teniendo en cuenta que, por la naturaleza de su enfermedad, requieren del acompañamiento intramural y extramural constante y permanente, que apoye el logro de los mejores resultados en salud. En relación con el reconocimiento de las TICs como canales de interacción y aprendizaje, y las limitantes en la disponibilidad de tiempo que han referido los pacientes, resulta conveniente que, en consonancia con el octavo componente del Modelo de Salud de Unisalud, se desplieguen acciones de capacitación dirigidas al personal de salud y a los pacientes, que permitan afianzar sus competencias frente al uso de las TICs como herramientas de mediación para la comunicación, aprendizaje, retroalimentación, seguimiento y enseñanza.

Así mismo, los resultados de esta investigación también refuerzan la importancia de integrar otras disciplinas en las estrategias pedagógicas que se implementen como la psicología, química farmacéutica, podología, nutrición, medicina interna y medicina general, además de los profesionales de enfermería, en quienes tradicionalmente recaen los procesos educativos. Como afirma Soto et al. (2018) a la enfermería se le atribuye y reconoce su responsabilidad legal en el

cuidado del paciente, y dicho cuidado está mediado por procesos educativos; no obstante, la responsabilidad de educar no es exclusiva a esta profesión.

El tercer objetivo se logró a partir de la construcción de un modelo conceptual que, articulado con el componente de Gestión del Conocimiento del Modelo de Salud de Unisalud, proyecta el perfil pedagógico que emerge del reconocimiento de la realidad integral de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y de los sentidos que confieren a las prácticas educativas en salud. Este modelo, centrado en el paciente, conecta las dimensiones del ser con los modos adaptativos de C. Roy, y converge en la generación de cuatro dominios sobre los que se recomienda consolidar las estrategias educativas en salud para este segmento de la población: Corresponsabilidad, Adaptabilidad, Autogestión y Autocuidado, con miras al fomento y materialización de prácticas y hábitos saludables que posibiliten una gestión efectiva del riesgo en salud que redunde en mayor calidad de vida de los pacientes y sus familias y en la sustentabilidad de la Organización. Este modelo conceptual debe ser permanentemente revisado y validado con los pacientes, puesto que se ha gestado en un contexto y entorno específico y dinámico y, por tanto, necesariamente ajeno a lo inmutable.

Al finalizar esta investigación, y en clave de apertura, es necesario compartir algunos interrogantes con el potencial de generar nuevas provocaciones académicas, preguntas que son puertos de embarque hacia nuevos viajes epistemológicos que indagan y se cuestionan sobre aspectos como los siguientes:

- ¿Cómo contribuye al mejoramiento de su estado de salud el que usted se sienta corresponsable de éste?
- ¿Cuál papel cree que la autoeducación reflexiva aportará al mejoramiento de su estado de salud?

- ¿Cuándo expresa usted corresponsabilidad por su estado de salud?
- ¿Qué impacto social, laboral y familiar ha generado en su vida la adopción de nuevos hábitos a causa de la diabetes?

Referencias

- Alcaldía de Manizales. (2020). *Límite comunas*. https://geodata-manizales-sigalcmzl.opendata.arcgis.com/datasets/2096bb8b949b43fa83888bf6e8ba450f_0/explore?location=5.063499%2C-75.486791%2C13.00
- Alcántara, S. L., Sutton, A. H., Pérez, M. I., & Maya, A. P. (2018). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista Conamed*, 22(2), 98–103.
- Angarita, S. L. (2019). *Implementación de un programa educativo desde el modelo de la autoeficacia, que fortalezca la adherencia y/o autocuidado en pacientes de una IPS de Bucaramanga*. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/7002>
- Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Revista Biomédica*, 38. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016#info>
- Ariza Copado, C., Gavara Palomar, V., Muñoz Ureña, A., Aguera Mengual, F., Soto Martínez, M., & Lorca Serralta, J. R. (2011). Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Atención Primaria*, 43(8), 398–406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.07.006>
- Augé, M. (1994). *Los “no lugares”, espacios del anonimato: una antropología de la sobremodernidad*. Gedisa. <https://books.google.com.co/books?id=q3lIvgEACAAJ>
- Bernard, J. L. (1985). Hacia un Modelo Andragógico en el Campo de la Educación de Adultos. *Revista de Andragogía*, 3.
- Bunge, M. (2014). *La ciencia, su método y su filosofía*. Penguin Random House Grupo Editorial Argentina. <https://books.google.com.co/books?id=ypthAgAAQBAJ>
- Camacho, T., Flórez, M., Gaibao, D., Aguirre, M., Pasive, Y., & Murcia, G. (2012). *Estrategias*

pedagógicas en el ámbito educativo. Universidad de San Buenaventura.

<https://edukinetics.jimdofree.com/app/download/5867166718/estrategias+pedagogicas.pdf?t=1580907301>

Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., & Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(6), 326–331. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>

Casanova Moreno, M. de la C., Navarro Despaigne, D. A., Bayarre Veá, H. D., Sanabria Ramos, G., Trasancos Delgado, M., & Moreno Iglesias, M. (2016). Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus. In *Revista Archivo Médico de Camagüey* (Vol. 20, pp. 394–402). scielocu.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552016000400008

Castillo Silva, F. (2018). Andragogía, andragogos y sus aportaciones. *Voces de La Educación*, 3(6 SE-Artículos).

<https://revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/120>

CEPAL-UNESCO. (2020). *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19*.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/1/S2000510_es.pdf

Danet, A., Prieto Rodríguez, M. Á., Gamboa Moreno, E., Ochoa de Retana García, L., & March Cerdà, J. C. (2016). La formación entre iguales para pacientes con diabetes mellitus 2. Una evaluación cuantitativa y cualitativa en el País Vasco y Andalucía. *Atención Primaria*, 48(8), 507–517. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.010>

De Almeida, M. (2008). *Para comprender la complejidad* (Primera ed). Multiversidad Mundo

Real Edgar Morin. [https://cursa.ihmc.us/rid=1MNZF48W1-163T3KP-](https://cursa.ihmc.us/rid=1MNZF48W1-163T3KP-1VK7/libro_complejidad.pdf)

[1VK7/libro_complejidad.pdf](https://cursa.ihmc.us/rid=1MNZF48W1-163T3KP-1VK7/libro_complejidad.pdf)

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2019). *Resultados Censo Nacional de Población*. <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190801-CNPV-presentacion-Caldas-Manizales.pdf>
- Drucker, D. (2020). Coronavirus infections and type 2 diabetes-shared pathways with therapeutic implications. *Endocrine Reviews*, 41(3), 457–469.
<https://doi.org/10.1210/ENDREV/BNAA011>
- Drucker, P. F. (2013). *La sociedad poscapitalista*. Sudamericana.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2008). *Escuela de pacientes*. <https://escueladepacientes.es/>
- Figuerola, D. (2016). *El día a día con diabetes: el proceso de aceptación*. Federación Mexicana de Diabetes AC. <https://fmdiabetes.org/diabetes-y-aceptacion/#:~:text=El día a día con diabetes%3A el proceso de aceptación.&text=En cualquier caso%2C la aceptación,la depresión%2C y la aceptación.>
- Giraldo, M. (2018). *¿Qué es el Club de Pacientes Crónicos de Bogotá?*
<https://bogota.gov.co/en/node/21324>
- Guggeheim, M., & Quintero, L. A. (2021). *Costos médicos directos y control glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un seguro voluntario de salud en Colombia* [Trabajo de grado de especialización, Universidad de Antioquia].
http://200.24.17.10/bitstream/10495/21505/1/GuggeheimMoises%26QuinteroLuz_2021_CostosDirectosDM2.pdf
- Hernández Rodríguez, J., Domínguez, Y. A., & Mendoza Choqueticlla, J. (2018). Efectos benéficos del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus tipo 2. In *Revista Cubana de Endocrinología* (Vol. 29, pp. 1–18). scielocu.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532018000200008

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). McGRAW-HILL. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hevia, P. (2016). Educación en diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.04.016>
- Kisa, A. (2002). *The Innovative Care for Chronic Conditions Framework*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28297.44640>
- Kothari, A., Hovanec, N., Hastie, R., & Sibbald, S. (2011). Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 11(1), 173. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-173>
- Limia Legrá, M. (2010). Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud . In *Index de Enfermería* (Vol. 19, pp. 42–46). scieloes.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., William Brown, B. J., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (2001). Chronic Disease Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care*, 39(11). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2001/11000/Chronic_Disease_Self_Management_Program__2_Year.8.aspx
- Mayo Clinic. (2021). *Control de la diabetes: cómo el estilo de vida y la rutina diaria afectan la glucosa en la sangre*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetes/in-depth/diabetes-management/art-20047963>
- Ministerio de Salud. (2013). Guía De Atención De La Diabetes tipo 2. In *Ministerio De Salud Colombia*.

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/32Atencion de la Diabetes tipo 2.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/32Atencion%20de%20la%20Diabetes%20tipo%202.PDF)

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020). *Fallecidos por covid-19 en el país*.

[https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-23-de-los-fallecidos-por-covid-19-en-el-pais-tenian-diabetes-.aspx#:~:text=En Colombia%2C entre 7%25 y,población adulta%2C dijo](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-23-de-los-fallecidos-por-covid-19-en-el-pais-tenian-diabetes-.aspx#:~:text=En%20Colombia%20entre%207%25%20y%20poblaci%C3%B3n%20adulta%20dijo)
Ruiz Gómez

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2021). *Día mundial de la diabetes 2021*.

<https://cuentadealtocosto.org/site/general/dia-mundial-de-la-diabetes-2021/>

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2022). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud*. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 188–193.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.03.002>

Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1999). *La organización creadora de conocimiento: cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación*. Oxford University Press México.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). Promoción de la Salud: Glosario. In *Ministerio de Sanidad y Consumo*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=80D972903C2344703923CEED64B86048?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Seguridad del Paciente*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021a). *Diabetes Datos y Cifras*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021b). *Intervenciones de autoasistencia para la salud*. https://www.who.int/es/health-topics/self-care#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020a). *Diabetes*.

<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Promoción de la Salud*.

[https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud#:~:text=La Promoción de la Salud constituye un proceso político y,Carta de Ottawa \(OMS\)](https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud#:~:text=La Promoción de la Salud constituye un proceso político y,Carta de Ottawa (OMS)).

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020b). *Manual para el abordaje integral de la diabetes y la obesidad en la Red de Atención Comunal de Salud*.

<https://www.paho.org/es/documentos/manual-para-abordaje-integral-diabetes-obesidad-red-atencion-comunal-salud>

Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A., & Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atención Primaria*, 47(8), 523–531. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>

Prieto Rodríguez, M. Á. (2019). *Impacto de la Escuela de Pacientes en la Autogestión de las enfermedades crónicas* [Universidad de Sevilla]. <https://hdl.handle.net/11441/85391>

Rodríguez, G. J., Córdoba-Doña, J. A., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., & Goicolea, I. (2018). Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Atención Primaria*, 50(10), 611–620. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.011>

Roy, C. (2000). El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y*

Humanidades. <https://doi.org/10.14198/cuid.2000.7-8.17>

Rozo de Arévalo, C. (2002). *Propuesta metodológica para la educación en salud de la persona, la familia y la comunidad*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Soto, P., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). LA EDUCACIÓN EN SALUD, UN ELEMENTO CENTRAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288–300. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001>

Unidad de Servicios de Salud [Unisalud]. (2020). *Modelo de salud enfocado en la gestión integral del riesgo en salud basado en la gestión del conocimiento*.

Unidad de Servicios de Salud [Unisalud]. (2022). *Estadísticas Afiliados*. <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/6cb153ad-d0bc-41cb-864c-cc3056f29c2a/page/vwiSC?s=iAl64z874xc>

Unidad Educativa DiabetExpert. (2022). *Asociación Colombiana de Diabetes*. <https://asodiabetes.org/historia/>

Universidad Nacional de Colombia Sede Manizales. (2018). *Portal web institucional*. https://www.manizales.unal.edu.co/manizales/news/la-un-sede-manizales-reprograma-su-calendario-academico/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=39c97d23cd21dcef5e554f184610c34c

- Veloza, A. (2020). Análisis comparativo de las guías ADA 2020 y ALAD 2019 sobre la terapia médica nutricional del paciente adulto con diabetes tipo 1 y 2 con énfasis en los patrones de alimentación. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(1 SE-Artículos de revisión). <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n1.180>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511–544. <https://doi.org/10.2307/3350391>
- Yin, R. (1994). *Investigación sobre Estudios de Casos. Diseño y Métodos* (2nd ed., Vol. 5). SAGE Publications. <http://www.polipub.org/documentos/YIN ROBERT.pdf>

Anexo A. Consentimiento informado

Señor usuario, un grupo de estudiantes de la Maestría en Educación de la Universidad Católica de Manizales, se encuentra desarrollando el proyecto de grado denominado “*La gestión del conocimiento como estrategia para el reconocimiento de la realidad integral del paciente en ruta hacia su autocuidado*”.

El objetivo del proyecto está orientado a comprender los sentidos que otorgan los pacientes con diagnóstico de DM2 a las prácticas educativas en salud, que tributen a que se hagan corresponsables de su autocuidado. Para identificar esos sentidos, se desarrollaron 2 instrumentos dirigidos a los usuarios mayores de edad, con diagnóstico de DM2, afiliados a Unisalud, sede Manizales, los cuales tienen como propósito facilitar el reconocimiento de la percepción de los pacientes frente al cuidado de su salud, sus experiencias, conocimientos y sus intereses de aprendizaje para gestionar su salud.

De un lado, se cuenta con un cuestionario denominada *Higiea* (su nombre hace alusión a la diosa de la curación y la sanidad). El cuestionario consta de 27 ítems y le tomará de 15 a 20 minutos responderlo. De otro lado, se aplicará una entrevista semiestructurada, la cual consta de 6 preguntas, con una duración estimada de 20 minutos.

Su participación en el diligenciamiento del cuestionario y en la entrevista es completamente voluntaria y no representa riesgos sobre su persona, teniendo en cuenta la clasificación de las investigaciones que consagra la Resolución 8430 de 1993, *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*, del Ministerio de Salud; además, no se capturarán datos personales que le identifiquen como su nombre y apellidos, documento de identidad, teléfonos y dirección de residencia, ni se accederá a su historia clínica o registros clínicos y demás datos considerados sensibles. Por lo anterior, se empleará un pseudónimo en lugar de su nombre real.

Si Usted acepta responder el cuestionario y la entrevista, ocurrirá lo siguiente: Usted deberá leer el cuestionario el cual consta de 27 ítems con preguntas acerca de su condición de salud e intereses de aprendizaje como *¿Realiza ejercicio físico con la frecuencia recomendada por su médico?* o *¿Tiene interés en participar en actividades educativas que mejoren la información sobre su*

condición de salud? Por cada pregunta debe responder marcando con una equis (x), una de las opciones de respuesta. La entrevista será grabada y transcrita y en ningún momento se capturarán datos sensibles y/o que le identifiquen.

Usted puede realizar la entrevista y cuestionario al salir de su consulta médica habitual en Unisalud, sede Manizales, ubicada en la Cra. 27 # 64-60, Bloque B, Piso 1, Campus Palogrande o en el lugar de su preferencia, en la ciudad de Manizales.

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación; sin embargo, si Usted acepta participar, su aporte contribuirá al planteamiento de una estrategia educativa para los afiliados de Unisalud, sede Manizales, con condiciones crónicas como la diabetes.

El Trabajo de Grado será publicado en el Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Manizales - UCM (*sitio donde se administra, preserva y difunde toda la producción intelectual, científica y académica de la UCM*) y podrá ser de libre consulta. En el siguiente enlace web

Usted podrá consultarlo, cuando se encuentre disponible:

<https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/1>

Si Usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto a la investigación, por favor comuníquese con la siguiente investigadora del proyecto: Enf. Jazmín Eliana Villa Gallón, al siguiente número de teléfono: (606) 8879040 Ext. 53114.

Unisalud, otorgó el aval para aplicar el cuestionario y la entrevista semiestructurada a su población afiliada en la sede Manizales, para el desarrollo del Proyecto de Grado.

Declaro que he leído y comprendido la información presentada en el consentimiento informado y que conozco el objetivo, el procedimiento, los riesgos y beneficios asociados al diligenciamiento del cuestionario y participación de la entrevista.

Por lo anterior, ACEPTO () o RECHAZO () mi participación en su diligenciamiento.

Anexo B. Instrumento *Higiea* (tipo cuestionario)

CUESTIONARIO No. _____		
Pseudónimo: _____	Edad: _____	Género: M _____
F _____		
Docente: _____	Administrativo: _____	Pensionado: _____

1. ¿Sus niveles de azúcar (glucosa) en la sangre en estado de ayuno, corresponden generalmente al rango entre 70 a 115 mg/dl?
Siempre
Casi siempre
A veces
Casi Nunca
Nunca
2. ¿Realiza las mediciones de sus niveles de glucosa en la sangre, con la periodicidad que establece su médico tratante?
Siempre
Casi siempre
A veces
Casi Nunca
Nunca
3. ¿Se siente responsable del cuidado de su salud?
De acuerdo
Indiferente
En desacuerdo
4. ¿Convive con otras personas que se preocupan y ayudan al cuidado de su salud?
Siempre
Casi siempre
A veces
Casi Nunca
Nunca
5. ¿Vivir con la diabetes ha implicado que adopte nuevos hábitos de vida?

De acuerdo

Indiferente

En desacuerdo

6. ¿Le gusta indagar o conocer más acerca de los aspectos concernientes a la diabetes?

Me gusta

Me es indiferente

No me gusta

7. ¿Se siente cansado debido a la diabetes?

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

8. ¿En qué grado ha afectado la diabetes la realización de sus tareas cotidianas y/o laborales?

Muy alto

Alto

Medio

Bajo

Muy bajo

9. ¿Evita realizar actividades sociales debido a las restricciones asociadas a la diabetes?

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

10. ¿Realiza ejercicio físico con la frecuencia recomendada por su médico?

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

11. ¿Consume alcohol o cigarrillo a pesar de saber que son malos para su salud?
SI NO
12. ¿Prefiere seguir el tratamiento instaurado por su médico, porque evita complicaciones asociadas a la diabetes mal controlada?
De acuerdo
Indiferente
En desacuerdo
13. ¿Conoce cuáles son los alimentos dañinos para su salud y evita consumirlos?
SI NO
14. ¿Siente confianza al hablar de su condición de salud con su familia?
Siempre
Casi siempre
A veces
Casi Nunca
Nunca
15. ¿Ha aprendido a aceptar y convivir con la diabetes y con los cambios que conlleva?
De acuerdo
Indiferente
En desacuerdo
16. ¿Considera que la educación que brinda el personal de salud sobre su condición, le ha ayudado a tomar conciencia sobre su propio cuidado?
SI NO
17. ¿Tiene interés en participar en actividades educativas que mejoren la información sobre su condición de salud?
SI NO
18. ¿Siente que comprende mejor su condición de salud cuando recibe información de otra persona que padece diabetes?
De acuerdo
Indiferente
En desacuerdo

19. ¿Expresa con mayor facilidad sus experiencias o inquietudes cuando comparte con otras personas que tienen diabetes?
- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi Nunca
- Nunca
20. ¿Prefiere recibir educación sobre su condición de salud a través del desarrollo de actividades lúdicas y didácticas como talleres, juegos, actividades artísticas, entre otras?
- Si prefiero
- Me es indiferente
- No prefiero
21. ¿Está interesado en asistir a actividades grupales que contribuyan al aprendizaje sobre su condición de salud?
- SI NO
22. ¿Considera que en las actividades educativas que se realicen, se debe invitar a su grupo familiar o personas con las que convive?
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
23. ¿Realizar actividades en grupo le ayuda a conocer y relacionarse con otras personas?
- SI NO
24. ¿En actividades educativas sobre la diabetes, le gusta que se aborden temas que enseñen habilidades para la vida (como manejo del estrés, toma de decisiones, resolución de problemas, manejo de emociones, entre otros)?
- Me gusta
- Me es indiferente
- No me gusta
25. ¿Prefiere asistir a sesiones educativas presenciales por la posibilidad de interacción con otras personas?
- Si prefiero

Me es indiferente

No prefiero

26. ¿Dispone de tiempo para asistir a actividades lúdicas y de aprendizaje?

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

27. ¿Tiene interés en recibir información y educación sobre su condición de salud a través de recursos virtuales como videotutoriales, presentaciones, grabaciones, lecturas, etc.?

SI

NO

Muchas gracias por brindarnos la oportunidad de realizar este cuestionario
y otorgarnos su valioso tiempo!

Anexo C. Entrevista semiestructurada



VICERRECTORÍA ACADÉMICA

FACULTAD DE EDUCACIÓN – MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

La gestión del conocimiento como estrategia para el reconocimiento de la realidad integral del paciente en ruta hacia el autocuidado

INSTRUMENTO: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Este instrumento es el medio elegido para esta investigación, el cual dará la posibilidad de recolectar información y datos, que permitan conocer las percepciones y la opinión de los pacientes adultos que pertenecen a la entidad Unisalud, sede Manizales, que padecen DM2, sobre aspectos de su enfermedad relacionados con su entorno social, económico, familiar, laboral y la manera de enfrentar y gestionar su salud.

La Universidad Católica de Manizales, cuenta con el grupo de investigación que hace parte del programa de Maestría en Educación, el cual enfatiza en sus investigaciones, un enfoque con racionalidad abierta, crítica y compleja.

Es muy importante resaltar que la información brindada en esta entrevista es de carácter confidencial, solo será utilizada para los propósitos de la investigación. Agradecemos su colaboración.

Formulación de preguntas

Datos del entrevistado

SEUDÓNIMO: _____

EDAD: _____

GÉNERO: _____

SITUACIÓN LABORAL: DOCENTE: ____ ADMINISTRATIVO: ____ PENSIONADO: ____

1. ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron la enfermedad y cómo ha cambiado su vida desde entonces?
2. Durante este tiempo ha tenido complicaciones graves de salud causadas por la diabetes? De ser así, ¿cómo fue la resolución de esos casos?, Si no, ¿qué cree que ha incidido en su adecuado control?
3. Cómo ha sido su experiencia con las entidades de salud, en cuanto al acompañamiento para el manejo de la enfermedad en su diario vivir? ¿Qué cambiaría de lo vivido?
4. Si estuviera en sus manos orientar un programa para capacitar a los pacientes de DM2 en el autocuidado y manejo de la enfermedad, ¿qué sería lo más importante que usted incluiría en ese programa? ¿Por qué?
5. De qué manera la diabetes le ha cambiado sus hábitos de vida en cuanto al desempeño social, laboral, familiar y en la actividad física?
6. Para Usted qué aspectos son los más inquietantes al afrontar la enfermedad? ¿Por qué?



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6)8 93 30 50 - www.ucm.edu.co