

**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DEL DEPORTE**

**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN GRUPAL SOBRE LOS  
HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN UN  
GRUPO DE MUJERES DIABÉTICAS TIPO II DEL  
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, EN HEREDIA**

**Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de  
Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud  
para optar por el título de Magister Scientiae**

**Ligia Chaves Rodríguez**

Campus Omar Dengo, Heredia Costa Rica

2003

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN GRUPAL SOBRE LOS HÁBITOS  
ALIMENTARIOS Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN UN GRUPO DE MUJERES  
DIABÉTICAS TIPO II DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, EN HEREDIA

LIGIA CHAVES RODRÍGUEZ

Tesis sometida a consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en  
Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el  
título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema  
de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional, Costa Rica

## Resumen

La presente investigación se realiza con el fin de desarrollar una metodología de educación grupal utilizando la técnica de grupo operativo para promover el autocuidado en mujeres diabéticas tipo II, obesas, que asisten al Hospital San Vicente de Paúl, en Heredia. Se sustenta en una metodología cuantitativa y cualitativa, donde esta última pretende sistematizar y describir el acontecer grupal de esta mujeres quienes participaron de 10 sesiones semanales consecutivas, de 2 horas de duración. La investigación es experimental, con un grupo control. A ambos grupos se les aplica la entrevista motivacional, se determinan valores bioquímicos, índice de masa corporal (IMC), relación cintura cadera, cadera, frecuencia de consumo de alimentos, el estado de cambio, hábitos de ejercicio físico, hábitos alimentarios y el consumo de alcohol y de tabaco. El grupo experimental, además recibe la educación grupal donde los ejes temáticos propuesto son la alimentación y el ejercicio físico. El grupo propone otro tema, el cual es trabajado y es el abuso sexual y la violencia.

**Análisis estadístico:** Las comparaciones entre los grupos, al inicio de la investigación, se realizaron mediante pruebas t de Student. Las comparaciones de las medias de frecuencia de consumo de los alimentos y de ejercicio físico y de estado de cambio se realizaron mediante la prueba de chi – cuadrado. Los resultados obtenidos de pruebas bioquímicas, de peso y de IMC son expresados en términos de promedios  $\pm$  Desviaciones Estándar y las comparaciones para cada variable fueron realizadas por medio del análisis de varianza, utilizándose el paquete estadístico SPSS versión 8, con un 95% de confianza.

**Resultados:** Se estudiaron 27 mujeres, 26 costarricenses y 1 nicaragüense (25 años de residir en Costa Rica). Todas son diabéticas tipo II, con más de 5 años de diagnóstico de la enfermedad, con un índice de masa corporal mayor a 30 y con edades comprendidas entre los 45 y 59 años. Estas mujeres, heredianas, trabajan en sus hogares, realizando oficios domésticos y todas cuentan con posibilidades físicas para realizar actividad física. Las mujeres se dividieron en dos grupos de

estudio: grupo experimental (n= 16) (edad:  $52.00 \pm 3.88$ ) y grupo control (n= 11) (edad:  $52,09 \pm 4,61$ ), no mostrando, ambos grupos, al inicio de la investigación diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) en cuanto a la edad, el peso, el índice de masa corporal, el nivel de ingreso y el número de hijos ( $3,75 \pm 2.01$  y  $4,27 \pm 2,14$  hijos del grupo experimental y del control respectivamente).

El grupo experimental, al final de la investigación, mostró diferencias significativas en la frecuencia de consumo de frijoles, frutas, ensalada, vegetales cocinados, agua y en la realización del ejercicio físico. En cuanto a glicemia, colesterol HDL, LDL y hemoglobina glicosilada, las diferencias no son significativas ( $p > 0.05$ ), pero mostraron una clara tendencia hacia la mejoría. La pérdida de peso del grupo experimental fue de 455 gramos por semana, siendo satisfactorio para esta mujeres. Ambos grupos no consumen alcohol ni son fumadoras.

**Conclusiones:** La investigación dio resultados favorables en cuanto a las modificaciones en el peso corporal, en la alimentación y en la actividad física. Esto motiva a recomendar a las instituciones de salud a desarrollar programas de atención grupal a pacientes diabéticos, donde la atención tome como ejes la alimentación y el ejercicio físico y se apoye en técnicas grupales que permitan el movimiento de emociones, la puesta en escenas de las resistencias y los miedos ante la enfermedad. En Costa Rica, es totalmente justificable desarrollar metodologías diferentes e innovadoras ya que los datos sobre obesidad y diabetes mellitus son muy preocupantes.

## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento a mis compañeros y compañeras de la maestría y a mis profesores y profesoras por contribuir con mi desarrollo personal e intelectual.

Un reconocimiento especial a Mauren por creer en el proyecto y contribuir con la materialización de mis ideales; a mis asesores: Gerardo, Felipe, Carlos y María Eugenia por su tiempo, dedicación y recomendaciones durante el desarrollo de la investigación.

## DEDICATORIA

A mis hijas, Priscila y Marcela, fuentes de vida y de inspiración. Fortaleza en momentos difíciles y valuarte de mujeres abriendo espacios y descubriendo caminos.

A mi esposo, José Mario, ejemplo de valentía y honestidad. Compañero, amigo, deportista soñador, que, con el paso del tiempo, juntos hemos fortalecido las raíces de nuestra relación.

## ÍNDICE

	PÁGINA
<b>Capítulo 1: INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
Planteamiento del problema	2
Justificación	2
Objetivos	8
<b>Capítulo II : MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>9</b>
Diabetes mellitus tipo II	9
Definición	9
Clasificación	12
Diagnóstico	12
Etiología	14
Tratamiento	16
Estilo de vida que afecta la Diabetes Mellitus	22
Definición de estilo de vida y de salud	22
El género y la salud en la mujer	26
Salud mental y estrés	29
Nutrición y hábitos alimentarios	33
Estudios en Costa Rica sobre alimentación y diabetes	39
Obesidad	42
Modelo transteorético: Modelo de cambio por etapas	44
Ejercicio físico	47
Aspectos psicológicos relacionados con el ejercicio	54
Tabaquismo	58
Técnicas de investigación	59
Entrevista motivacional	59
Trabajo grupal	60
Grupo operativo	61
Sistematización del proceso grupal	67
Consideraciones sobre la educación en salud	67

<b>Capítulo III: METODOLOGÍA</b>	<b>71</b>
Tipo de investigación	71
Población y muestra	72
Variables	73
Instrumentos y materiales	80
Procedimientos para la recolección de los datos	85
Análisis de los datos	86
<b>Capítulo IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>88</b>
Antecedentes heredo familiares de diabetes y obesidad	88
Utilización de medicamentos para el control de la enfermedad	89
Hábitos alimentarios	89
Frecuencia de consumo de alimentos	93
Evaluación nutricional antropométrica	95
Determinaciones bioquímicas	99
Ejercicio físico	102
Estados de cambio	104
Proceso grupal	106
Factores subjetivos que podrían obstaculizar el autocuidado	122
Sistematización del proceso grupal	126
<b>Capítulo V: CONCLUSIONES</b>	<b>133</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>145</b>
Anexo 1: Guía de sesiones grupales	146
Anexo 2: Índice de masa corporal	154
Anexo 3: Cadera y relación cintura - cadera	155
Anexo 4: Cuestionarios de entrevista	156
Anexo 5: Guía de alimentación para diabéticos	160
Anexo 6: Cuestionario de Ejercicio en el tiempo libre	161
Anexo 7 : Guía de actividad física	162

Anexo 8: Escala de Borg de Esfuerzo Percibido y Clasificación de la intensidad del ejercicio	166
Anexo 9: Valores de glicemia en ayunas	167
Anexo 10: Estados de cambio	168
Anexo 11 : Hoja de consentimiento para participar en la Investigación	169

## INDICE DE TABLAS

	<b>PÁGINA</b>
Tabla No.1 Criterio para el diagnóstico de los trastornos de la glucosa y de la diabetes mellitus	13
Tabla No.2 Individuos que presentan un mayor riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo II	14
Tabla No.3 Objetivos del control en la Diabetes Mellitus tipo II	17
Tabla No.4 Factores a considerar ante un mal control metabólico	21
Tabla No.5 Recomendaciones nutricionales en la Diabetes Mellitus	35
Tabla No.6 Beneficios del Ejercicio Físico en pacientes diabéticos	51
Tabla No.7 Comparación de Peso e Índice de Masa Corporal en el grupo Experimental y en los controles, al inicio y al final de la intervención	99
Tabla No.8 Comparación de los valores bioquímicos en el grupo experimental y en los controles, al inicio y al final de la investigación	100

## INDICE DE GRÁFICOS

	PAGINA
Gráfico No.1 Antecedentes heredofamiliares de Diabetes Mellitus y de Obesidad, en las mujeres del estudio	88
Gráfico No.2 Formas de “endulzar” los frescos, según las mujeres del estudio	90
Gráfico No.3 Alimentos “más gustados”, según las mujeres del estudio	91
Gráfico No.4 Alimentos que “más disgustan”, según las mujeres del estudio	92
Gráfico No.5 Frecuencia de Consumo de Alimentos en el grupo experimental, antes y después de la intervención	94
Gráfico No.6 Comparación del peso, al inicio y al final, según los grupos de mujeres	97
Gráfico No.7 Comparación del Índice de Masa Corporal, al inicio y al final de la investigación	98
Gráfico No.8 Ejercicio físico en el tiempo libre que realizan los grupos de mujeres, al inicio y al final	103
Gráfico No.9 Estado de Cambio de la dieta, antes y después en los grupos de mujeres	105
Gráfico No.10 Estado de cambio del ejercicio antes y después en los grupos de mujeres	106

# Capítulo I

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico degenerativas provocan un importante impacto en la salud de las comunidades al generar discapacidad y pérdidas de vidas humanas. Dentro de estas enfermedades la diabetes mellitus es un importante problema de salud a nivel nacional (Morice, 1998).

La diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas que la padecen. En la mujer, cuando la enfermedad no está bien tratada, se presenta un mayor riesgo de trastornos ginecológicos, cardiovasculares, sexuales, nefropáticos y de retinopatías (Sosa, 2002). Por otro lado, es frecuente encontrar en estas pacientes otras conductas que también podrían contribuir desfavorablemente con su estado de salud como son el sedentarismo, el fumado, la obesidad y los trastornos psicoafectivos (Organización Mundial de la Salud, 2001) (National Cholesterol Education Program, 2001) .

Las personas con Diabetes Mellitus tipo II, cada vez más, dependen de los cuidados y seguimiento por parte de los profesionales que trabajan en salud, a su vez, los pacientes deben asumir un compromiso y una motivación para realizar cambios favorables y duraderos en su estilo de vida, de manera que, favorezcan su tratamiento y control (American Diabetes Association, 1999)

En la presente investigación se hará una intervención grupal utilizando la técnica de grupo operativo desarrollada con base a la teoría de Pichón Riviere (Pichón, 1966), que trata de un proceso de comunicación y aprendizaje centrada en la tarea explícita: el tratamiento en la diabetes, y de otra tarea implícita que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento de las pautas estereotipadas que operan como un obstáculo frente a toda situación de progreso o cambio.

La tarea permite la elaboración de las ansiedades básicas, que operan como resistencias al cambio y que debe ser superada en el grupo operativo, en un acontecer grupal donde se cumplen los tres momentos dialécticos de tesis, antítesis y síntesis, por un proceso de esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito (Cazau, 2002) (Pichón, 1966).

Con el empleo de la técnica de grupo operativo se espera que las mujeres diabéticas adopten nuevas conductas que puedan contribuir con su calidad de vida. Específicamente se abordará como ejes temáticos la actividad física y la alimentación.

### **Planteamiento del problema**

¿Qué cambios pueden experimentar las mujeres diabéticas tipo II, en la alimentación y en el ejercicio, al participar en un proceso de educación grupal utilizando la técnica de grupo operativo?

### **Justificación**

La diabetes mellitus tipo II es la diabetes más común en Costa Rica (Morice, 1998), aumenta con la edad y representa un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. La diabetes mellitus cuenta como equivalente de riesgo coronario porque confiere un riesgo alto de aparición de cardiopatía coronaria en el plazo de 10 años de padecer la enfermedad (National Cholesterol Education Program, 2001).

Datos del estudio de "Framingham Heart Study", iniciado en 1948 por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos con el fin de identificar los factores de riesgo

cardiovascular, mostraron resultados alarmantes para las mujeres, ya que evidenciaron que las mujeres diabéticas tenían un 200% más de incidencia de enfermedad coronaria comparadas con las no diabéticas, además la mortalidad por enfermedad cardiovascular entre las mujeres diabéticas es tres – cuatro veces mayor que en las no diabéticas. La diabetes reduce de forma importante la protección ante la enfermedad coronaria que tienen las mujeres premenopáusicas y el riesgo es especialmente mayor en mujeres diabéticas que padecen, además, obesidad y disminución del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) (Herrera, 1999).

En los últimos años, la diabetes mellitus tipo II, ha aumentado considerablemente en América Latina (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000); se considera que en el mundo occidental hay una prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada de entre el 1 y el 3 % de la población; sin diagnosticar, se estima del 2 al 4% de la población (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

En Costa Rica, analizando los datos de egreso hospitalario del año 1995, se encontró, en mujeres una tasa de egreso por diabetes más alta (16,5 x 10.000) con respecto a los hombres (9,8 x 10.000) y que es especialmente alta en el grupo de personas de 60 años y más (Morice, 1998).

En 1996 se registraron 440 defunciones asociadas a la diabetes mellitus, con una tasa de mortalidad de 1,28 por 10.000 habitantes. Esta cifra es muy superior a la señalada para el periodo de 1981 a 1984, que reportó una tasa de mortalidad por diabetes mellitus de 0.79 por 10.000 habitantes. Es importante señalar que, en el año 1996, la diabetes mellitus con manifestaciones renales fue la causa específica que aportó la mayor proporción de defunciones en la categoría de muertes asociadas a diabetes mellitus (Morice, 1998) (Morice, 1999).

En 1999, la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) atendió 65 mil 155 personas con diabetes mellitus, de los cuales 533 fallecieron. Un estudio realizado

por Laclé (1999) citado por Cantillano (2001) encontró que la enfermedad predomina en las mujeres con respecto a los hombre en una relación de 2,3:1 circunstancia que concuerda con lo indicado en los registros del Ministerio de Salud en lo referente a la mortalidad y egresos hospitalarios según sexo (Morice, 1998).

En mujeres mayores de 40 años, la diabetes mellitus tipo II afecta al 11%, y al 7% de los varones de la misma edad (La Nación, 1999). Vemos como la diabetes continúa en forma ascendente, manifestándose más en mujeres que en hombres.

Por otro lado, pareciera que el estilo de vida de las mujeres en Costa Rica tiende a favorecer el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial la diabetes tipo II, por ejemplo, un 75% de las mujeres entre 45 y 59 años tienen algún grado de obesidad (I, II, III). Además, son sedentarias ya que un 53.4% de los individuos entre 12 y 70 años no realizan ejercicio, y quienes lo realizan con alguna frecuencia son principalmente hombres (Morice, 1998).

Con relación al estrés, en Costa Rica, éste se presenta predominantemente en las mujeres, donde esta valoración se sustenta al encontrar un mayor número de incapacidades generadas por esta causa y una mayor duración si se compara con los hombres. En cuanto al fumado, los datos del total de la población mostraron que la incidencia de consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años presentó un incremento durante el periodo de 1990 a 1995, pues se elevó de 14 por 1000 habitantes a 22 por 1000 habitantes (Morice, 1998).

A lo expuesto anteriormente hay que añadir que investigaciones recientes en la población diabética costarricense han demostrado que el control metabólico global del paciente diabético dista mucho de ser lo ideal. En diabéticos tipo II el control es difícil, siendo mejor en los pacientes tratados solo con dieta y encontrándose los peores niveles de hemoglobina glicada (HbAc) en los tratados con insulina. Además un 25% de estos pacientes se pueden clasificar como pacientes que

permanecen en “control alarmante” por encontrarse con valores de HbAc por encima de 10% (Fuscaldo, 2002).

En la actualidad no se cuentan con datos que muestren específicamente la relación entre el estrés y la diabetes en mujeres en Costa Rica. En un estudio sobre salud mental realizado por Chaves (1997) en 12 personas diabéticas, 9 mujeres y 3 hombres en la Clínica Marcial Fallas, en una de sus conclusiones menciona que al inicio de la intervención, el 50% de los participantes manejaban un bajo nivel de autoestima y el 67% presentaba una alta reacción de ansiedad, tanto a nivel cognoscitivo como somático, ante situaciones estresante de la vida diaria.

En otro estudio realizados por Clarke (2000) en diabéticos de ambos sexos atendidos en la Clínica Doctor Clorito Picado, concluye que las acciones educativas que se realizan para el adulto mayor diabético no están basadas en las necesidades reales de la población, además hay una falta de motivación en estos pacientes, de manera que desfavorece que se generen cambios de actitudes que les permita transformar su estilo de vida en forma positiva.

Un estudio realizado por Palma (2001) en mujeres en la Clínica Jiménez Núñez llamado *“Concepciones de salud en un grupo de mujeres con dos enfermedades crónicas, Diabetes e Hipertensión, y la relación con su auto cuidado a partir de la construcción de la identidad femenina”* concluye que las mujeres son receptoras de la salud, ya que las mujeres ven a la clínica como la encargada de darles a ellas la salud, y por lo tanto no ubican la opción de ser ellas generadoras de salud en sus propias vidas.

Una de las recomendaciones, mencionadas en el estudio de Palma (2001), con relación al trabajo que debe realizarse con estas mujeres, es que debe basarse en la escucha, en la validación de sus necesidades, sentimientos, temores y tratar de ubicarlos en una estructura de pensamiento diferente en la que ellas han

aprendido a vivir, que tengan referentes y estímulos cotidianos que la ayuden a consolidarse día a día. Además, *“en el nivel local de atención en salud, las mujeres pueden tener un punto de referencia y de pertenencia al acercarse o crear ambientes para compartir, ya que, las mujeres necesitan espacios de trabajo, diálogo, confianza, lúdicos inclusive donde sientan que lo que piensan y sienten tienen eco y resonancia. Para ellas es importante escuchar de boca de otras mujeres, vivencias similares y menciona que las reuniones semanales en la clínica pueden tener características para conformar uno de esos espacios”*.

Estudios realizados por Saragossi (2001), quien es psicóloga en la División de diabetología del Hospital José de San Martín en Argentina, en un documento de reflexión titulado *“Una estrategia para el cambio”*, menciona que la diabetes es una enfermedad que causa grandes cambios en la conducta de las persona que la padecen. Las conductas transgresoras, los olvidos, los accidentes hipoglicémicos y el ocultamiento de la enfermedad, entre otros, constituyen indicios reveladores de la intolerancia en aceptar los cambios y las limitaciones que la enfermedad impone. En esta enfermedad la imagen del propio cuerpo se ve afectada y conmovida y con ella también se siente vulnerada la autoestima, en la medida en que el cuerpo aparece como una falla irreversible, falla que suele ser vivida como afrenta al narcisismo.

Como alternativa para el abordaje de los aspectos emocionales, sociales y físicos de los y las diabéticos se encuentra la utilización de una metodología grupal la cual ha sido recomendada por organismo internacionales (American Diabetes Association, 1999) (UNICEF, 1988).

La educación en grupos de personas diabéticas presenta las ventajas derivadas del importante carácter motivador y reforzador que aportan las técnicas de grupo sobre los individuos (American Diabetes Association, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999). Vemos como Saragossi (2001), para el tratamiento de la diabetes, ha recurrido al trabajo grupal, el cual considera, debe sustentarse en la

idea de generar un ámbito de intercambio, un espacio que abra la posibilidad de conectarse con las propias vivencias, con los temores, pensamientos, fantasías y creencias, muchas de ellas inconscientes, que subyacen a las conductas que impiden el cambio y el crecimiento.

El trabajo grupal utilizando la técnica de grupo operativo, desarrollada con base a la teoría de Enrique Pichón Riviere, es un proceso que facilita el cambio en los participantes, permite contener y analizar las ansiedades, angustias, fantasías y defensas que, frente a la enfermedad, el tratamiento, el deterioro y la muerte, están implícitas en la tarea específica del grupo. Además el proceso facilita la integración de sus miembros, analizando las situaciones de conflicto intra y extra grupal (Neira, 2000) (Foladori, 1997) (Mustieles, 1993) (Adamson, 2000). Por esta razón, se aplica esta metodología en la presente investigación.

La propuesta de intervención educativa, utilizando la técnica de grupo operativo, tiene como objetivo que las mujeres diabéticas sean co-gestoras de su propia realidad y que se conciban como sujetas activas del proceso (Saragossi, 2001). Se pretende estimular el potencial crítico y creador de las participantes con el objetivo de mejorar su calidad de vida (UNICEF, 1988).

Con el proceso educativo, se espera lograr que las mujeres diabéticas se “involucren en el tratamiento de su enfermedad” y asuman un rol preponderante en el control metabólico de la diabetes, para ello se tratará de que las mujeres controlen sus niveles de glicemia (American Diabetes Association, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999), se beneficien del ejercicio físico (Pascoe, 2002) (American College of Sport Medicine, 1999) (Becker, 1998) (Amigo, 1998), de hábitos alimentarios saludables (American Diabetes Association, 2001), (C.C.S.S., 2002) (Muls, 1998) (Pasquetti, 1998) y que logren una pérdida de peso satisfactoria (I.L.S.I., 1998) (Nelson, 1997).

## **Objetivo general**

- I. Desarrollar una metodología de educación grupal utilizando la técnica de grupo operativo para promover el autocuidado en mujeres diabéticas tipo II que asisten al Hospital San Vicente de Paúl, en la ciudad de Heredia.
- II. Sistematizar y analizar el proceso grupal

## **Objetivos específicos**

1. Caracterizar a las mujeres participantes en el estudio según nivel educativo, edad, número de hijos, relación cintura - cadera, cintura, índice de masa corporal, niveles de glicemia, niveles de colesterol, triglicéridos, hábito de fumado y de consumo de alcohol.
2. Describir los hábitos de consumo de alimentos, de actividad física y antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitas y de obesidad en las mujeres participante en el estudio.
3. Elaborar e implementar un programa de educación grupal utilizando la técnica de grupo operativo, en las áreas de la alimentación y de la actividad física, a una parte de las mujeres del estudio.
4. Determinar diferencias en los hábitos alimentarios, en la actividad física, en los valores de glicemia, de colesterol, de triglicéridos, de hemoglobina glicosilada, de peso, en el índice de masa corporal y en los estados de cambio de la dieta y del ejercicio físico entre las mujeres que recibieron la educación grupal y las que no la recibieron, antes de iniciar y después de finalizar el estudio.
5. Describir del proceso grupal los factores subjetivos que obstaculizan las conductas de auto-cuidado.

## Capítulo II

### MARCO CONCEPTUAL

#### Diabetes Mellitus tipo II

##### Definición

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglicemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000) (Alberti, 1998).

##### Generalidades

Las enfermedades crónico degenerativas provocan un importante impacto en la salud de las comunidades al generar discapacidad y pérdidas de vidas humanas. Dentro de estas enfermedades la diabetes mellitus es un importante problema de salud a nivel nacional (Morice, 1998).

El desorden metabólico, muestra que los pacientes presentan una resistencia a la acción de la insulina que, generalmente suele asociarse a un déficit relativo de ésta. Así, podemos encontrar casos en los que el factor predominante es la resistencia insulínica, mientras que en otros predomina el déficit de secreción de insulina (Alberti, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

En mujeres, el riesgo de desarrollar este tipo de diabetes aumenta con la edad, el peso, la falta de actividad física y los antecedentes de diabetes gestacional, hipertensión y dislipidemias (Alberti, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública,

## Capítulo II

### MARCO CONCEPTUAL

#### Diabetes Mellitus tipo II

##### Definición

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglicemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000) (Alberti, 1998).

##### Generalidades

Las enfermedades crónico degenerativas provocan un importante impacto en la salud de las comunidades al generar discapacidad y pérdidas de vidas humanas. Dentro de estas enfermedades la diabetes mellitus es un importante problema de salud a nivel nacional (Morice, 1998).

El desorden metabólico, muestra que los pacientes presentan una resistencia a la acción de la insulina que, generalmente suele asociarse a un déficit relativo de ésta. Así, podemos encontrar casos en los que el factor predominante es la resistencia insulínica, mientras que en otros predomina el déficit de secreción de insulina (Alberti, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

En mujeres, el riesgo de desarrollar este tipo de diabetes aumenta con la edad, el peso, la falta de actividad física y los antecedentes de diabetes gestacional, hipertensión y dislipidemias (Alberti, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública,

aumentar la edad de la población; así se estima que alcanza el 10-15% en la población mayor de 65 años, y el 20% si se considera sólo a los mayores de 80 años (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

La diabetes mellitus constituye una de las principales causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. En España, supone la tercera causa de muertes entre las mujeres, y la séptima entre los hombres; constituyendo la principal causa de muerte – entre las personas con diabetes – el infarto del miocardio, que supone del 50 al 60% de las defunciones entre los sujetos que padecen diabetes mellitus tipo II (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

En Costa Rica, analizando los datos de egreso hospitalario del año 1995, se encontró, en mujeres una tasa de egreso por diabetes más alta (16,5 x 10.000) con respecto a los hombres (9,8 x 10.000) y que es especialmente alta en el grupo de personas de 60 años y más (Morice, 1998).

En 1996 se registraron 440 defunciones asociadas a la diabetes mellitus, con una tasa de mortalidad de 1,28 por 10.000 habitantes. Esta cifra es muy superior a la señalada para el periodo de 1981 a 1984, que reportó una tasa de mortalidad por diabetes mellitus de 0.79 por 10.000 habitantes. Es importante señalar que, en el año 1996, la diabetes mellitus con manifestaciones renales fue la causa específica que aportó la mayor proporción de defunciones en la categoría de muertes asociadas a diabetes mellitus en Costa Rica (Morice, 1998 y 1999).

En 1999, la C.C.S.S. atendió 65 mil 155 personas con diabetes mellitus, de los cuales 533 fallecieron. En un estudio más reciente realizado por Laclé (1999), citado por Cantillano, (2001) encontró que la enfermedad predomina en las mujeres con respecto a los hombre en una relación de 2,3:1, circunstancia que concuerda con lo indicado en los registros del Ministerio de Salud en lo referente a la mortalidad y egresos hospitalarios según sexo (Morice, 1998).

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad que afecta al 11% de las mujeres mayores de 40 años, y al 7% de los varones de la misma edad (La Nación, 1999). Vemos como la diabetes continúa en forma ascendente, manifestándose más en mujeres que en hombres.

## **Clasificación**

La Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association), a partir de 1997, y coincidiendo con la propuesta de un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 1998, establece una nueva clasificación para la diabetes, junto a nuevos criterios para la detección y el diagnóstico de la enfermedad (Alberti, 1998) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000).

En esta nueva clasificación se abandonan los términos “insulino- dependiente o no insulino dependiente” y en su lugar se utilizan únicamente los términos “tipo I” y “tipo II” respectivamente (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999). Siendo ésta última, la forma más frecuente de diabetes. Su comienzo es insidioso y aunque puede presentarse en cualquier etapa de la vida, generalmente comienza después de los 40 años (Alberti, 1998) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000).

## **Diagnóstico**

El diagnóstico de la diabetes no es difícil cuando esta enfermedad produce síntomas, por ejemplo, cuando una diabetes presenta manifestaciones atribuibles a diuresis osmótica y tiene hiperglicemia, de esta manera, el diagnóstico es inconfundible. Así mismo tampoco hay problema cuando un paciente asintomático tiene una elevación persistente de la concentración de glucosa en sangre en ayunas (Foster, 1998).

Tesis  
5420

17 JUN 2004



Los problemas en el diagnóstico de la diabetes surge cuando los posibles diabéticos asintomáticos tienen una glicemia en ayunas normal (Foster, 1998). Pero cuando estos pacientes suelen ser sometidos a una prueba de sobrecarga oral de glucosa, de 75 gramos, los positivos serían aquellos casos que presentando una glucemia basal en plasma venoso inferior a 126 mg/dl, presenten a las 2 horas de administrada la sobrecarga oral de glucosa, una glucemia basal en plasma venoso entre 140 y 199 mg/dl (Alberti, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999). Este diagnóstico fue establecido por la National Diabetes Data Group of the National Institute of Health en 1979 y en la actualidad continúa vigente (Foster, 1998).

En la siguiente tabla se muestran los criterios para el diagnóstico de trastornos de la regulación de la glucosa en plasma o suero venoso según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (A.L.A.D., 2000) y la Organización Mundial de la Salud (Alberti, 1998).

**TABLA 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA GLUCOSA Y DE LA DIABETES MELLITUS**

Diagnóstico	Ayunas	2 horas poscarga
Normal	<110	<140
Glucemia de ayuno alterada (GAA)	110 - 125	No aplica
Intolerancia a la glucosa (ITG)	No aplica	140 - 199
Diabetes mellitus	≥ a 126	≥200

Fuentes: Asociación Latinoamericana de Nutrición, (2000) y Alberti, (1998)

La Asociación Americana de Diabetes (A.D.A.) recomienda la detección de aquellos individuos que presentan factores de riesgo para la diabetes mellitus tipo II los cuales se destacan en el siguiente cuadro (American Diabetes Association, 1998):

**TABLA 2. INDIVIDUOS QUE PRESENTAN UN MAYOR RIESGO DE PADECER DIABETES MELLITUS TIPO II**

- Edad mayor o igual a 45 años
- Obesidad (peso >20% del peso ideal, IMC  $\geq$  27kg/m<sup>2</sup>)
- Antecedentes familiares de diabetes en pacientes en primer grado: padres e hijos.
- Antecedentes de diabetes gestacional, tolerancia alterada a la glucosa o glucemia basal alterada.
- Mujeres con antecedentes de partos macrosómicos (>4,5kg)
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia: HDL-colesterol  $\leq$  35 mg/dl o niveles de triglicéridos  $\geq$  250mg/dl
- Presencia de posibles complicaciones asociadas a la diabetes mellitus: retinopatía, proteinuria, parálisis ocular, enfermedad cardiovascular, etc.
- Diagnóstico previo de tolerancia anormal a la glucosa o de glucemia basal alterada

Fuente: American Diabetes Association, (1998).

### **Etiología**

Sobre los factores etiológicos implicados en la DM tipo II existen dos hipótesis. La primera de estas sostiene que son las alteraciones en las células beta pancreáticas las causantes de una secreción insuficiente de insulina que conduciría a la aparición de hiperglicemia.

En una primera fase, los tejidos periféricos (principalmente músculo e hígado) responderían de forma normal a la insulina, convirtiéndose en resistentes a la

acción de la insulina como consecuencia de la continua hiperglicemia (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 2000).

La hipótesis alternativa sobre la aparición de la enfermedad propone, que la alteración básica en este tipo de diabetes radica en la resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periférico, que aparecerían primero en el hígado y más tarde en el tejido muscular. Inicialmente, la célula beta del páncreas trata de compensar esta resistencia aumentando la cantidad de insulina que es secretada. En algunos casos, con el tiempo, la secreción de insulina resulta incapaz de compensar la resistencia creciente, lo cual conduce al agotamiento del páncreas (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (Foster, 1998).

La diabetes podría favorecer el desencadenamiento de otras patologías asociadas a la enfermedad como son la enfermedad cardiovascular, las complicaciones oftalmológicas, macrovasculares, la nefropatía, neuropatía, infecciones, osteopenia e insuficiencia pancreática exocrina leve (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

Además, en mujeres diabéticas no controladas se aumenta el riesgo de trastornos en el ciclo menstrual, encontrándose oligomenorrea, ciclos monofásicos, hipermenorrea y amenorrea. También la menopausia se podría presentar en forma tardía, hay un gran riesgo de carcinoma de endometrio, una mayor frecuencia de prurito vulvar, complicaciones en el embarazo; y el uso de métodos anticonceptivos, debe ser adecuado a cada caso en particular, por ejemplo, en algunas mujeres la píldora produce un aumento en la resistencia periférica a la acción de la insulina (Sosa, 2000).

## Tratamiento

El tratamiento de la diabetes debe ser individualizado, considerando los objetivos de tratamiento, el nivel educativo, destreza, preferencias y conocimientos de la enfermedad de cada paciente. También se debe considerar la edad, el nivel socioeconómico, el estilo de vida, su actividad física y la presencia de complicaciones diabéticas (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 1999).

Se han propuesto los siguientes objetivos generales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (American Diabetes Association, 1999).

- Eliminar los síntomas, mediante la normalización de los niveles de glucemia.
- Prevenir las complicaciones metabólicas agudas
- Prevenir, retrasar o minimizar las complicaciones metabólicas de la enfermedad
- Reducir la morbilidad y mortalidad derivadas de la enfermedad macrovascular

Las evidencias sobre los beneficios de un control intensivo de la glucemia deben valorarse de forma conjunta con las características del paciente y aunque los objetivos del tratamiento deben ser individualizados, se disponen de guías que sirven como estándar del tratamiento (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 2001).

En la siguiente tabla se presentan las recomendaciones del European Diabetes Policy Group de 1993, sobre objetivos del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 1998 y 2001).

**TABLA 3. OBJETIVOS DEL CONTROL EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II**

	Bueno*	Aceptable	Malo
<b>Glucemia (mg/dl):</b>			
-Ayunas basal	80 – 110	<140	>140
-Postprandial	80 - 145	<180	>180
<b>Hemoglobina glicosilada (%):</b>			
-Hb A1	<8	<9,5	>9,5
-Hb A1c	<6,5	<7,5	>7,5
Glucosuria (%)	0	<0,5	>0,5
Colesterol total (mg/dl)	<200	≤200	>200
HDL – colesterol (mg/dl)	>40	>35	<35
Triglicéridos (mg/dl)	<150	≤200	>200
<b>Índice de masa corporal:</b>			
-Hombres	<25	<27	>27
-Mujeres	<24	<26	>26
Presión arterial (mm Hg)	<140/90	<160/95	>160/95
Tabaquismo (número cigarrillos /día)	0	0	0

Fuentes: Escuela Andaluza de Salud Pública, (1999) y American Diabetes Association, (2001).

*\*En la columna de "Bueno", se muestran los objetivos ideales, pero en algunos pacientes puede ser difícil, imposible o innecesario alcanzarlos (por ejemplo, en ancianos), por lo que deben establecerse objetivos individuales para cada paciente.*

La diabetes mellitus tipo II puede afectar el metabolismo de los lípidos y las lipoproteínas por varios mecanismos. La resistencia a la insulina y la obesidad se

combinan para causar una hipertrigliceridemia leve o moderada y bajos niveles de colesterol HDL. En general, este patrón de dislipidemia se debe a un exceso de producción de VLDL. El colesterol LDL suele ser normal, aunque las LDL son pequeñas, densas y quizás más aterógenas. El tratamiento de la diabetes y la reducción de peso mejoran las dislipidemias, pero no suelen curarla, en especial los bajos niveles de HDL (Foster, 1998).

Es importante destacar que en las mujeres, los valores de HDL – colesterol son 10mg/dl más elevados que en los hombres. En el caso de que los valores de HDL –colesterol sean superiores a 60mg/dl, debería calcularse los valores de LDL-colesterol y no ser tan estricto (en cuanto al objetivo del colesterol total) si el cociente LDL –colesterol / HDL- colesterol es  $< 5$ , situación que se da con cierta frecuencia en mujeres postmenopáusicas (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 2001).

El tercer informe del grupo de expertos del programa nacional sobre el colesterol de Estados Unidos, menciona el alto riesgo de cardiopatía coronaria que tienen los diabéticos cuando sus valores de colesterol LDL son altos. Ellos recomiendan, como objetivo, que los pacientes tengan valores menores a 100mg/dl (National Cholesterol Education Program, 2001).

Es una práctica común, en los diabéticos, determinar los niveles de hemoglobina glicosilada (A1c) trimestralmente ya que permite estimar la regulación de la diabetes durante el periodo de tres meses inmediatamente anterior (Foster, 1998).

El índice de formación de hemoglobina glicosilada es directamente proporcional a la concentración de glucosa en el medio y como los eritrocitos son permeables a la glucosa, su concentración en una muestra de sangre venosa indica el grado de control glicémico durante los 120 días precedentes, periodo de tiempo que corresponde con la vida media de los hematíes (American Diabetes Association, 1999).

El control metabólico global del paciente diabético tipo II, en Costa Rica, dista mucho de ser lo ideal, se ha encontrado que en un 25% de estos pacientes, permanece un control alarmante, con valores de Hemoglobina Glicosilada (HbAc) por encima de 10 % (Fuscaldo, 2000).

La Asociación Diabética Americana (American Diabetes Association, 1999), recomienda que, dentro del plan de tratamiento del paciente con diabetes mellitus, se incorporen los siguientes elementos:

- Autocontrol de la glucemia con una frecuencia apropiada, lo que permitirá alcanzar los objetivos en cuanto a control de la glucemia y prevenir las situaciones de hipo o hiperglicemia
- Consejo nutricional sobre la dieta a seguir
- Práctica regular del ejercicio físico
- Reducción de peso, cuando esté indicada.
- Instruir al paciente sobre la prevención y tratamiento de los episodios de hipoglicemia, así como de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus
- Conseguir una educación continua del paciente, como medio para mejorar la adherencia al tratamiento
- Evaluar periódicamente los objetivos del tratamiento
- Establecer objetivos a corto y a largo plazo
- Usar medicamentos
- Recomendaciones nutricionales individualizadas
- Cambios recomendables en el estilo de vida
- Educación del paciente y su familia
- Instrucciones para el control metabólico, incluyendo autocontrol de la glicemia y de cetonas urinarias
- Exámenes oftalmológicos anuales
- Consulta de otros servicios especializados cuando esté indicado

- A las mujeres en edad fértil, se les ofrecerá información sobre métodos contraceptivos, destacando la importancia del control de la glucemia antes y durante el embarazo.
- Conseguir una adecuada higiene dental y apoyarse en exámenes dentales periódicos.
- Examen periódico del pie
- Determinaciones periódicas de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c).
- Determinaciones periódicas de la presión arterial, del perfil lipídico y de la presencia de microalbuminuria.

Durante las visitas de seguimiento del paciente con diabetes mellitus deberá revisarse el plan de tratamiento del enfermo, estableciendo qué objetivos se han alcanzado e identificando los problemas potenciales que dificultan su consecución (American Diabetes Association, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

Otros aspectos básicos a revisar incluyen el control de la glucemia a partir del autocontrol que realiza el enfermo, las complicaciones diabéticas, el perfil lipídico, la nutrición, los episodios de hipoglicemia y la frecuencia de práctica de ejercicio físico (American Diabetes Association, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

Un mal control metabólico en un paciente con diabetes mellitus podría deberse a múltiples factores, algunas de esas posibles causas se muestran en el siguiente cuadro (American Diabetes Association, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999):

**TABLA 4. FACTORES A CONSIDERAR ANTE UN MAL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**

<b>Factores relacionados con la diabetes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Deterioro de la función de la célula beta pancreática, como consecuencia de la evolución natural de la enfermedad</li> <li>-Incremento de la resistencia a la acción de la insulina (por ejemplo como consecuencia a un aumento de peso del paciente)</li> </ul>
<b>Factores relacionados con el tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilización de medicamentos caducados</li> <li>-Variabilidad en la absorción de insulina</li> <li>-Presencia de lipodistrofias</li> <li>-Ejercicio físico insuficiente</li> <li>-Mala administración de la insulina: condiciones de conservación de la insulina (temperatura), no agitar el vial, error en la dosificación, mala técnica de inyección, etc.</li> </ul>
<b>Factores relacionados con el paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de seguimiento de una dieta equilibrada, transgresiones dietéticas habituales, irregularidad en los horarios.</li> <li>-Actividad física insuficiente</li> <li>-Incumplimiento terapéutico</li> <li>-Técnica de auto análisis incorrecta</li> </ul>
<b>Otros factores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilización de fármacos que pueden producir <u>hiperglucemia</u>: diuréticos, betabloqueadores, agentes betaadrenérgicos, antibióticos (sulfamidas, rifampicina, pentamidina), corticoesteroides, contraceptivos orales, hormona del crecimiento, analgésicos a altas dosis (salicilatos, paracetamol), fibratos,</li> <li>-Procesos interrecurrentes: fiebre, gastroenteritis, infecciones (urinarias, orales, respiratorias, etc.)</li> <li>-Enfermedades concomitantes: hepatopatías crónicas, insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo, enfermedad de cushing, acromegalia.</li> <li>-Trastornos psíquicos y problemática social del paciente.</li> </ul>

Fuentes: American Diabetes Association, (2001); Escuela Andaluza de Salud Pública, (1999)

Podríamos resumir, que los principios generales en que se basa el tratamiento de la diabetes mellitus tienen como objetivo conseguir un equilibrio entre la ingesta de calorías y el gasto energético del paciente, junto al mantenimiento de una concentración de insulina circulante adecuada que permita asegurar una utilización efectiva de la energía y evitar, en la medida de lo posible, las situaciones de hipo o hiperglicemia (Patel, 1999).

La “American Academy of Family Physician”, citado por la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (1999), menciona que, clásicamente se han considerado tres pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus: dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico, y como, para conseguir un adecuado equilibrio de estos tres componentes, resulta esencial la colaboración del paciente, es que hoy en día se considera como fundamental un cuarto componente dentro del tratamiento de la diabetes mellitus y es la “*educación diabetológica del paciente*”. De manera, que será difícil conseguir que el paciente cumpla una dieta, medicación y ejercicio físico adecuado, sin que previamente se informe adecuadamente a éste de la importancia de estos componentes, consiguiendo de su parte una motivación positiva en el sentido de hacerlo responsable del tratamiento.

## **Estilo de vida que afecta la diabetes mellitus**

### **Definición de estilo de vida y de salud**

El estilo de vida saludable se define como aquel que proporcione una condición de completo bienestar físico, mental y social, que implica más que la ausencia de enfermedad (I.L.S.I., 1998). Esta definición se debe sustentar en patrones que eleven la calidad de vida de las personas, entendiendo por calidad de vida la posibilidad colectiva de tomar parte en la construcción de su propio destino a partir de la movilización de las capacidades de los individuos (Mustieles, 1993).

La conjunción analítica “cuerpo, salud, actividad física y estilo de vida” se orienta a formas de la percepción y manipulación del cuerpo dentro de la cotidianidad, de ahí que puedan desarrollarse condiciones para la prevención y para el desarrollo de sistemas de salud que propicien una mejor calidad de vida (Volker, 1995).

La salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la completa e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales, que influyen sobre ella y la modifican. Si bien una red multicausal es la que determina la salud, enfermedad y muerte en todas las etapas del ciclo vital, el peso de los factores no se distribuye uniformemente en todos los individuos ni a lo largo de la existencia. Así, los niños y las mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres adultos, y los grupos que padecen condiciones de vida desfavorables enfrentan mayores riesgos que los que gozan de un buen nivel socioeconómico (Langer, 2002).

La salud de la mujer es una síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Ambos determinantes se integran en el concepto de género, que no solo se refiere al sexo biológico, sino también a la amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales (Langer, 2000).

El nivel de salud puede ser evaluado a través de la medición de la expectativa media de vida, tasa de mortalidad, enfermedades y discapacidades, del registro de percepciones subjetivas de “salud” y diversas mediciones de la calidad de vida (I.L.S.I., 1998).

La expectativa media de vida de las mujeres, según datos de la Organización Mundial de la Salud, en general, es más alta en varios años, que la de los hombres. Por lo tanto, el aumento de la expectativa de vida y las medidas de control de la natalidad han dado como resultado un aumento en la proporción de la población adulta mayor (I.L.S.I., 1998), por esta razón es que se dice que los

países latinoamericanos están sufriendo de una transición epidemiológica donde la prevención en etapas anteriores al envejecimiento se vuelve necesaria con el fin de mejorar la calidad de vida de la mujer adulta mayor y disminuir la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus II (Cabillón, 2001).

La prevención es un término relacionado con la enfermedad y su referente es la patogénesis, centrada en la evitación de las complicaciones inherentes a la diabetes mellitus, que como enfermedad crónica permanece en el cuerpo: no se cura y solo el control de la enfermedad puede evitar el deterioro (Simón, 1999). Las conductas transgresoras, los olvidos, los accidentes hipoglicémicos, el ocultamiento de la enfermedad constituyen indicios reveladores de la intolerancia a aceptar los cambios y las limitaciones que la enfermedad impone (Saragossi, 2001).

Como las mujeres aborden la enfermedad va a depender de la concepción que sobre salud tienen estas mujeres y lo que piensen de su condición de ser mujer. Como menciona Palma (2001), para hablar de salud de las mujeres, es necesario hablar del cuerpo biológico y sociocultural que habitan las mujeres en nuestra sociedad.

Por eso, para abordar el tema de salud en las mujeres, es necesario tener claras las conexiones sociales, culturales, históricas e ideológicas en que se da esta relación. Esto porque para las mujeres, el proceso de acceso a la salud se ve condicionado por la estructura a través de la cual se les ve en la sociedad (Palma, 2001). La autoidentidad juega un papel importante porque se sustenta en la "*identidad asignada*" y esta, a su vez, en el "*deber ser*" de las mujeres, tomando como referente aquellos espacios que han sido destinados a estas y tienen íntima relación con su cuerpo, que es el que está en el centro de las definiciones sociales (Lagarde, 1992).

Lagarde (1998), menciona que la salud de las mujeres no es producto de un estado natural, sino que es el resultado de todas las condiciones de vida, por lo tanto responde a la calidad de los recursos y los productos con que se cuentan en la vida, lo que ofrece el medio ambiente, el entorno y de manera importante, el mundo interior.

Las muertes por enfermedad de la civilización actual, deben ser analizadas considerando tres elementos: 1) la alteración significativa de la demografía, 2) los procesos de individualización y la erosión de las relaciones sociales tradicionales y 3) la configuración y difusión de problemas colectivos. Vemos como, en las ciudades industrializadas, así como en los países en desarrollo, un cambio social acelerado causa problemas en el mantenimiento de la salud, modo de vida e integración social (Volker, 1995).

El tratamiento de la diabetes mellitus en la mujer va a requerir de la implementación de cambios en el estilo de vida con el fin *de promover su salud* y *de prevenir* complicaciones debidas a la enfermedad, dos conceptos que operan en el autocuidado que debe tener la paciente (Simón, 1999).

Protegiendo la salud de las mujeres, la legislación costarricense tiene una serie de medidas específicas, parte de ellas, se definen a partir de la promulgación de la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer, que en su artículo 2 establece que *“Los poderes e instituciones del estado están obligados a velar porque la mujer no sufra discriminación alguna por razón de su género y que goce de iguales derechos que los hombres, cualquiera que sea su estado civil, en toda esfera política, económica, social y cultural, conforme con la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de las Naciones Unidas, ratificada por Costa Rica en la Ley No. 6968 del 2 de octubre de 1984.* (INAMU, 2000).

## El género y la salud en la mujer

La construcción de la identidad es un proceso sociocultural e histórico a través del cual las sociedades y culturas se auto construyen por medio de las personas que nacen en ellas. Uno de los elementos importantes de la identidad es el género, que en occidente se asigna a través del sexo que se posea (Lagarde, 1992).

Las representaciones sociales acerca de lo que significa ser hombre o mujer, propias para una cultura, se incorporan a la subjetividad individual en creciente y activa elaboración. El proceso de asunción y adjudicación de roles de género es complementario. Desde un paradigma androcéntrico, el diseño y la construcción de los roles de género ha conllevado a fuertes dicotomías, rivalidad y desencuentro entre los géneros, lo cual ha sido y sigue siendo transmitido desde las ideas y las prácticas sociales (Fernández, 2000).

Las mujeres son seres humanos construidas social y culturalmente. Esto quiere decir que no responden sólo a un hecho biológico, sino que sobre su cuerpo se construye una forma de ser, de pensar, de valorar, de indagar y hasta de maniobrar el mundo. Al nacer mujeres, se les crea una identidad y una subjetividad asociada, íntimamente ligada, a su capacidad reproductiva biológica (Palma, 2001).

La subjetividad por su parte tiene que ver con la vivencia en el propio cuerpo y es producto de las personas como diversidad y síntesis histórica, social y cultural; por lo tanto, la identidad se convierte en una vivencia de la subjetividad (Lagarde, 1998).

El principio fundamental y sentido del concepto género está dado justamente en la afirmación de que es la cultura y no la biología la que determina en cada sociedad lo que es propio y adecuado a hombre y mujeres, sus roles, aspiraciones y conductas; cuando se asignan tributos de lo femenino y de lo masculino, por lo

general conllevan relaciones desiguales y de poder entre hombre y mujeres (Molina, 2001).

Las representaciones dicotómicas de los géneros, imponen tanto a mujeres como a hombres, limitaciones en su crecimiento personal, diseñan subjetividades contrapuestas, excluyentes que atraviesan la propia vida tanto en sus aristas privadas como públicas. Esto promueve una estereotipia que desarticula cualquier empeño por establecer relaciones interpersonales y el desarrollo de una cultura más humana (Fernández, 2000).

Especial interés debe darse a algunos factores socioculturales que discriminan a la mujer, por ejemplo en la mayoría de los países en desarrollo, el valor que la familia y la comunidad asigna a la mujer es francamente menor que el que se le da al hombre, esto repercute en el acceso a la educación, donde la falta de esta, condena a la mujer a un bajo nivel de vida, a la ignorancia de sus derechos, a menos oportunidades laborales y a una baja autoestima (Langer, 2002).

Como menciona Acsadi (1993) citado por Langer (2002), las pesadas tareas domésticas, desde temprana edad, y en algunas ocasiones, el trabajo pesado en el campo u otras labores remuneradas fuera del hogar, unido a una mala nutrición y un acceso tardío a los servicios de salud, tendrán consecuencias sobre las condiciones de salud de las mujeres que va a ser inevitables. En la vida adulta, el desempeño de estas tareas no coadyuva un mejor estatus de la mujer. Además la responsabilidad de la reproducción de la vida cotidiana en el hogar, no suele considerarse como trabajo, no se le reconoce su valor económico y se le estima como una obligación natural.

Basaglia (1988) menciona que a las mujeres se les ha construido una subjetividad, una personalidad dedicada a nutrir, comprender, proteger y sostener a otros; la subjetividad que llegue a reconocérsele es, la de vivir en constante dar, anulándose ella, es decir actuando y viviendo como mujer cuerpo para otros, como

mujeres sustento para otros. Pero se trata de un cuerpo que no le ha pertenecido y de una nutrición que ella nunca recibió (Langer, 2002). Culturalmente, a las mujeres se les responsabiliza de la crianza y cuidado de los hijos e hijas, de las personas enfermas, de las personas ancianas, de las actividades cotidianas y domésticas. Son responsables de promover y mantener la salud de su núcleo familiar y tratan de asegurar el bienestar físico, emocional y mental del resto de las personas (Palma, 2001).

En las mujeres, la experiencia del auto cuidado se vive a partir del cuerpo, y es un cuerpo que no se les ha enseñado a reconocer y a cuidar. Este cuerpo responde a una construcción cultural que se ha perpetuado a través del tiempo, que lo ha tabuado y estigmatizado, que históricamente lo ha mantenido silenciado de dolores y malestares, absorbido por los estereotipos que le dictan a las mujeres los distintos papeles en la sociedad; como tal, es una construcción del cuerpo relacionado con una negación del autocuido (Palma, 2001).

El cuidado hacia los demás no es el mismo cuidado que las mujeres dan a sí mismas, ya que el auto cuidado está relacionado con la percepción que ellas tienen de sí mismas, y este a su vez se relaciona con la percepción que el espacio o los espacios donde se desenvuelven cotidianamente, tengan de ellas (Saragossi, 2001).

Como menciona Saragossi (2001) la mujer, al padecer de diabetes, la imagen del propio cuerpo se ve afectada y conmovida y con ella también se siente vulnerada la autoestima, debido a que el cuerpo aparece como una falla irreversible, falla que suele ser vivida como afrenta al narcisismo. A través de esta herida narcisista quedan afectos y vivencias disociadas, no expresadas, mudos diálogos internos que se erigen en verdaderos obstáculos en la incorporación de la información, siendo esta, entre otras, una de las razones que impiden a la mujer diabética apropiarse del saber sobre su diabetes y de modificar sus hábitos de conducta.

La salud en la mujer, es un tema que interesa a las instituciones de salud en Costa Rica. En un reciente trabajo llamado "Estudio exploratorio sobre el acceso de las mujeres a los beneficios de los seguros sociales en Costa Rica", presenta entre sus desafíos *"colocar el tema de la seguridad social de las mujeres en los procesos de reformas institucionales y aprovechar la discusión que sobre el tema se está realizando a nivel nacional, para identificar las mejores formas de que todas las mujeres de este país se encuentren amparadas por la protección de los seguros sociales"* (INAMU, 2003).

A nivel político, en el estudio mencionado en el párrafo anterior, dice que el Estado Costarricense debe propiciar los mecanismos operativos para lograr que las obligaciones y compromisos adquiridos en foros internacionales y absorbidos en el marco jurídico nacional, en favor del avance de las mujeres en la sociedad y del logro de la equidad e igualdad entre los géneros, se concreten en políticas especiales mediante una respuesta articulada desde el Estado (INAMU, 2003).

### **Salud mental y estrés**

Si tomamos en cuenta que las diferentes condiciones de vida y las necesidades de las mujeres determinan la salud y que el estrés podría surgir a partir de la imposibilidad de satisfacer estas necesidades, los datos a nivel nacional son alarmantes. Por un lado la violencia intrafamiliar se ha evidenciado como un grave problema de salud de las mujeres en el país, la tasa de desempleo es mayor con respecto a los hombres (8,8% a 4,4% respectivamente), un 27,1% de hogares en pobreza son jefeados por mujeres y con respecto al Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG) éste sigue indicando la gran desigualdad que sufren las mujeres en materia de educación, salud e ingresos (Estado de la Nación, 1999) (INAMU, 2000).

Cabe preguntarnos ¿qué le sucede física y psicológicamente a las mujeres que ante la dificultad de dar solución a la desigualdad, se mantienen con un estrés prolongado?. Hay suficientes trabajos de investigación que analizan las variables fisiológicas que ocurren ante una situación estresante producto de una emergencia: *“una rápida movilización de la energía que permanece almacenada de modo que la glucosa, las proteínas más simples y las grasas salen de las células y se dirigen a la musculatura; un incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y la presión arterial, lo que facilita el transporte del oxígeno a las células; una paralización de la digestión; una disminución en el impulso sexual y una inhibición de la actividad del sistema inmunitario; también se presenta una reacción analgésica al dolor, de tal forma que se embota la capacidad de percibir las estimulaciones nociceptivas; se activa y mejora el funcionamiento de la memoria y los sentidos se agudizan* (Amigo, 1998)

Como se menciona en el párrafo anterior, el organismo, fisiológicamente está adaptado para situaciones estresante en forma momentánea, pero la realidad de muchas mujeres es que las situaciones estresante duran mucho tiempo y en algunos casos pareciera que no van a cambiar con el tiempo. Las investigaciones han constatado que si esta respuesta se mantiene durante largos períodos de tiempo, el organismo acaba siendo dañado por este modo de comportarse y es muy probable que el sujeto desarrolle algunas de las enfermedades asociadas al estrés, claro está, no debe interpretarse que el estrés sea el factor causal responsable de tales enfermedades; más bien parece que el estrés aumenta el riesgo de que el organismo las contraiga o, en su caso, acelere el proceso patológico (Amigo, 1998).

El estrés y la depresión podrían ir de la mano en la sociedad moderna. Ambos trastornos sumados podría deteriorar enormemente la salud mental de las mujeres. Las causas de los trastornos depresivos son diversas, dando gran importancia a los riesgos psicosociales que influyen en la aparición y persistencia

de estos episodios depresivos, así como factores biológicos de distintos tipos (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La depresión ha aumentado en las últimas décadas haciéndose más frecuente las formas llamadas “depresiones enmascaradas” que no son otra cosa que depresiones manifiestas en forma somática encubriendo el problema de fondo, debido, tal vez a dos razones: que el hombre occidental moderno estaría perdiendo su capacidad de vivir y expresar sus emociones, trasladando esta expresión de sus conflictos a lo somático, y segundo, el materialismo imperante hace más aceptables síntomas físicos médicos que trastornos psiquiátricos, lo que provocaría esta tendencia a somatizar (Concha, 1997).

La depresión considera como “eje nuclear lo afectivo”, es decir “tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto”, hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Secundarios a este eje nuclear afectivo, pueden emerger otros estados emocionales como irritabilidad y ansiedad, que son más destacados en depresiones neuróticas y tardías. Aparte de estos cuadros depresivos clásicos se han descrito otros, en los que habiendo una base depresiva, la manifestación clínica es a través del sistema somático y fácilmente pueden prestarse a error diagnóstico (Concha, 1997).

La depresión que aparece en el contexto de una enfermedad orgánica, como la diabetes mellitus, es difícil de valorar. La sintomatología depresiva puede reflejar el estrés psicológico de afrontar la enfermedad, lo cual indica que podría ser debida al propio proceso de la enfermedad o a la medicación suministrada o puede, sencillamente, coexistir en el tiempo con el diagnóstico clínico (Frances, 2002) (Foster, 1998).

La probabilidad de padecer depresión en las mujeres es de 5 al 9 por ciento, mientras que la de los varones es de 4 por ciento. Una vez que una persona de la

familia tiene este diagnóstico, la probabilidad de que sus hermanos o hijos tengan el mismo diagnóstico es del 7 al 19 por ciento (Foster, 1998).

Algunos síntomas físicos y psicoafectivos relacionados con el estrés son: dolor de cabeza, problemas estomacales, presión en el pecho, dolor en la cintura, tensión en la nuca, constipación crónica, insomnio, pérdida de eficacia, pérdida de concentración, irritabilidad, problemas en las relaciones con los demás, falta de motivación y desmejoría general en la vida (Charmaine, 1990).

A lo mencionado anteriormente, podrían unirse los síntomas de la depresión que cursan como sentimiento persistente de tristeza, sentimiento de desesperanza o desamparo, baja autoestima, sensación de ineptitud, culpabilidad excesiva, deseos de morir, pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se disfrutaban, perturbación del sueño, cambios del apetito o del peso, disminución del movimiento, disminución de la capacidad de tomar decisiones, pensamientos suicidas o intentos de suicidio y molestias físicas (Charmaine, 1990), (Concha, 1997).

Es importante delimitar la diferencia entre el estrés y la ansiedad. Ambos conceptos presentan muchas similitudes y la respuesta fisiológica que se produce en el organismo podría ser igual, la distinción está en que la respuesta al estrés se refiere al conjunto de cambios que se observan en el organismo ante una sobre exigencia real del medio, mientras que la ansiedad se referiría al desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante, sea ésta más o menos probable (Amigo, 1998).

En Costa Rica, el estrés se presenta más frecuentemente en la población de la zona urbana y es significativamente mayor en las personas con edades comprendidas entre los 20 y 40 años de edad, predominantemente mujeres. Es interesante mencionar que los "trastornos mentales no psicóticos" constituye la tercera causa de incapacidades otorgadas por la Caja Costarricense del Seguro

Social en el año 1996. El número de incapacidades generadas por esta causa es mayor en la mujer que en el hombre y, además, el promedio de duración de éstas es superior en la población femenina (Morice, 1998).

Cualquiera puede sentirse triste o deprimido a veces, sin embargo, los trastornos que persisten y se acentúan con el tiempo hacen que cada día sea más difícil de controlar y que más bien se favorezcan los trastornos físicos. Vemos como los problemas cotidianos podrían tener un mayor impacto en aquellas mujeres que están más estresadas y que pasan frecuentemente por estados depresivos (Concha, 1997).

### **Nutrición y hábitos alimentarios**

La nutrición es la combinación de procesos por medio de los cuales el organismo recibe y utiliza los alimentos necesarios para mantener sus funciones y para crecer y renovar sus componente. Es un proceso celular continuo (Nelson, 1997).

El estado nutricional expresa el grado en el cual las necesidades fisiológicas de nutrientes que tiene el cuerpo humano, están siendo satisfechas (Nelson, 1997). Para ello, debe considerarse que, el balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, se ve influenciado por otros factores como el estrés fisiológicos y las enfermedades. Por esta razón es que la dieta juega un papel crucial en la prevención de enfermedades crónico degenerativas como la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, entre otras (Mahan, 1996) (Nelson, 1997).

Una nutrición saludable requiere de una ingesta dietaria apropiada de energía, en forma de macro-nutrientes, además de la ingesta adecuada de nutrientes esenciales, que comprende a las vitaminas, minerales, ácidos grasos y aminoácidos esenciales. Los requerimientos nutricionales de una persona se

relacionan con sus necesidades de energía, edad, altura, peso y estado fisiológico. Los factores del estilo de vida como el nivel de actividad física, el estrés, el cigarrillo y el consumo de alcohol también afectan los requerimientos nutricionales (I.L.S.I., 1998).

Una nutrición saludable se logra comiendo diferentes alimentos para mantener el equilibrio requerido entre nutrientes (I.L.S.I., 1998). Claro está, que la disponibilidad de alimentos, es un factor, que incide directamente con el estado nutricional de las mujeres. Esta disponibilidad de alimentos se refiere a la cantidad de alimentos que la persona puede consumir cuando lo necesite, e involucra factores geográficos, factores socioeconómicos y tecnológicos (García, 1990) (Marín, 1997).

Las recomendaciones sobre nutrición para la diabetes mellitus tipo II reflejan un consenso internacional en cuanto a los principios y metas de la terapia nutricional frente a la enfermedad. Tales principios sostienen que el tratamiento de la diabetes es un esfuerzo continuo en equipo, en el cual tiene el enfermo un papel fundamental para el cumplimiento de la dieta y de la medicación. El tratamiento en cada caso debe por ello ser individualizado y holístico, o sea incluyendo los aspectos de la actividad vital del individuo junto a los aspectos médicos, nutricionales y psicosociales (Muls, 1998). En todo caso, la adherencia del paciente a plan alimenticio constituye uno de los principales retos dentro del tratamiento de la diabetes mellitus (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 1999).

Las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (A.D.A.), especifican que los pacientes con peso corporal normal y niveles normales de lípidos séricos, deben seguir la dieta del Paso 1 del Programa Nacional de Educación sobre Colesterol, así: grasas totales 30%, proteína 10% a 20%, ácidos grasos saturados <10%, poliinsaturados hasta 10% , carbohidratos (CHO) 50 a

60%, ácidos grasos monoinsaturados (AGMI) hasta 15% de las calorías totales y colesterol en la dieta < 300 miligramos (Muls, 1998).

Cuando hay elevación de las LDL, está indicado el paso 2: ácidos grasos saturados <7% y colesterol <200mg diarios. Cuando la preocupación principal está en los niveles de triglicéridos y de colesterol VLDL, se sugiere incremento moderado de AGMI con reducción correlativa de CHO; pero si los triglicéridos llegan a más de 1000 mg/dl se restringen adicionalmente las grasas (Muls, 1998).

A continuación, en la siguiente tabla, se muestra una comparación de las recomendaciones establecidas en los "Consensos europeos de tratamiento de la Diabetes Mellitus" y las establecidas por la "Asociación Americana de Diabetes". Esta última parece más flexibles, y por lo tanto, más realista (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 1999).

**TABLA 5. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II**

<b>Nutrientes</b>	<b>Consenso europeo</b>	<b>Asociación Americana de Diabetes</b>
<b>Proteínas</b>	<b>15%</b>	<b>10 – 20%</b>
<b>Grasas saturadas</b>	<b>&lt; 10%</b>	<b>&lt; 10%</b>
<b>Grasas polinsaturadas y monoinsaturadas</b>	<b>15 – 25%</b>	<b>10%</b>
<b>Carbohidratos</b>	<b>50 – 60%</b>	<b>60 – 70%</b>

Fuentes: American Diabetes Association, (1999), Escuela Andaluza de Salud Pública, (1999)

En cuanto a los macro-nutrientes, las cantidades diarias recomendadas para las proteínas son de 0.8 g/kg de peso/ día y deben ser cubiertas por fuentes, tanto de origen animal, como vegetal. En casos de alteraciones en la función renal, los valores deben ser menores y cercanos (American Diabetes, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

Se recomienda una restricción de lípidos, dado el riesgo de complicaciones cardiovasculares que se asocian a la diabetes mellitus, y el consumo de colesterol debe reducirse entre 200 y 300 mg/día. El resto de las calorías de la dieta (60-70%) se aportarán mediante carbohidratos y grasas monoinsaturadas, de manera que, el contenido de CHO y grasa pueden variar, estableciéndose de forma individualizada en función de los objetivos establecidos (glicemia, lípidos y peso). La ingesta de carbohidratos simples debe limitarse del 10 al 15% de las calorías de la dieta (American Diabetes, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

Los productos dietéticos para pacientes con diabetes mellitus usualmente contienen sorbitol, fructosa o xilitol y en investigaciones no se han encontrado diferencias entre los niveles de glicemia alcanzados tras el consumo de alimentos conteniendo sacarosa, fructuosa o sorbitol debido, posiblemente, a que éstos azúcares son energéticamente equivalentes a la sacarosa, por lo que parece poco probable que su consumo ofrezca beneficios sobre la reducción de peso (American Diabetes, 1999) (Patel, 1999).

Los alimentos para personas diabéticas son generalmente más caros y no ofrecen ventajas sobre otros alimentos bajos en calorías (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (Patel, 1999). Por otro lado, los alimentos con un contenido moderado de aspartame, sacarina, acesulfame K y sucralosa no representan ningún riesgo para la salud y puede recomendarse para reemplazar el azúcar, su valor calórico es insignificante (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000).

Con relación a la sal común, el efecto del sodio sobre la tensión arterial varía entre los individuos. Las recomendaciones sobre la ingesta diaria de sal, son similares a las de la población general: se deberá limitar su ingesta a 3g/día, en los sujetos con hipertensión, y 6 g/día en los normotensos. Aunque la reducción en la ingesta de sal se asocia a una modesta mejoría de la presión arterial (una reducción de 1 a 2 mm Hg tras limitar la ingesta de sal de 10-12 g/día a 6 g/día), ésta se asocia a una marcada reducción en la incidencia de la enfermedad cardiaca (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (Patel, 1999).

Tanto la fibra proveniente de los cereales, como la fibra soluble, producen un modesto efecto hipoglicemiante en los sujetos con diabetes mellitus; adicionalmente, mejoran el perfil lipídico del paciente al reducir los niveles de LDL y VLDL colesterol (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (Patel, 1999).

Es posible que algunos efectos beneficiosos para la salud atribuidos a la fibra dietética no se deban exclusiva ni parcialmente a la fibra en sí, sino a otros componentes y fitoquímicos de los alimentos que son ricos en fibra. Por ello se debe recomendar el consumo de frutas, verduras, leguminosas y cereales integrales, que además de fibra contienen otros nutrientes, en vez de agregar concentrados de fibra a la dieta (I.N.C.A.P., 1996).

El consumo de alcohol por parte de los sujetos con diabetes mellitus puede causar hipoglucemia; asimismo, puede afectar la capacidad de recuperación de la hipoglucemia al inhibir la neoglucogénesis hepática. En aquellos pacientes con un buen control de la glucemia, la ingesta de cantidades moderadas de alcohol, junto a las comidas, no suele causar problemas; sin embargo, debe tenerse en cuenta su alto valor energético, sobretodo en las personas con sobrepeso (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (Patel, 1999).

La evaluación nutricional de la mujer diabética es de suma importancia para dar recomendaciones acertadas y debe hacerse con estricto apego a los principios de

la nutrición. Se debe tener presente que la diabetes mellitus representa un trastorno originado por la inadecuada utilización de sustratos energéticos. Por esta razón, la evaluación nutricional debe recurrir no solamente a valores bioquímicos de glicemia y otros datos como el índice de masa corporal y la relación cintura cadera, sino que también a conocer acerca de los hábitos dietarios. En este sentido, las encuestas dietéticas y registros de consumo de alimentos, cuando son realizadas por profesionales capacitados, pueden mostrar tendencias, preferencias y modalidades de los pacientes con diabetes, y de ahí, realizar intervenciones educativas efectivas (Pasquetti, 1998).

Con relación a los hábitos alimentarios se ha encontrado que el consumo de determinados alimentos está relacionado con el nivel social, y aunque las personas son capaces de decidir por sí mismas, sus hábitos alimentarios están influenciados por el contacto con la sociedad y la cultura (Monge, 1983).

El valor social de los alimentos es especialmente importante en fiestas y reuniones, pero también ejerce su influencia sobre la alimentación cotidiana. Esta influencia resulta negativa cuando la selección de alimentos se basa más en razones de prestigio que en el valor nutricional de los alimentos (Fieldhouse, 1995) (Werner, 1976).

La religión tiene una importante influencia en la alimentación, pues, en casi todos los grupos humanos, las creencias religiosas han dictado normas que regulan el uso de ciertos alimentos (Marín, 1997). Por otro lado, las creencias y tabúes, también influyen directamente en la formación de hábitos alimentarios y en muchos casos son responsables de la dificultad que tienen las personas para aceptar cambios en su alimentación sobre todo cuando las preferencias alimentarias se sustentan en propiedades benéficas o nocivas que se le atribuyen a los alimentos (Werner, 1976).

El estilo de vida propio de cada grupo de seres humanos define su cultura y esta se transmite de generación en generación por vía oral, mediante la imitación o por medio de las instituciones como la iglesia, la escuela y la familia. La cultura puede presentar el alimento como medio para calmar el hambre o para nutrirse o como forma de lograr la salud psicosomática; puede considerar el comer o el beber como una virtud, un placer del gusto o una comunicación social y religiosa (Marín, 1997).

Con relación a los hábitos alimentarios, Fernández y colaboradores (2000), en una investigación sobre modificaciones para mejorar la alimentación, mencionan que los programas de educación alimentaria nutricional tanto en comunidades urbano marginales como en otro tipo de comunidades, no deben limitarse sólo a brindar información sobre que hacer, sino más bien enfatizar en aspectos prácticos de cómo hacer los cambios necesarios para mejorar la situación alimentaria nutricional.

En otro estudio realizado en jóvenes universitarios, en una intervención educativa grupal, se encontró que la intervención tuvo impacto sobre la dieta de los jóvenes participante pues lograron cambios en los hábitos alimentarios reflejados en el valor nutritivo de la dieta (Soto, 1999).

### **Estudios en Costa Rica sobre alimentación y diabetes**

El impacto de un proceso educativo en pacientes con diabetes mellitus tipo II, sobre la evolución del consumo de alimentos fue realizado por Padilla (1995) utilizando 16 sesiones consecutivas durante 6 meses, en un grupo de 21 pacientes que asisten a la Clínica de Atención Integral de Tibás (COOPESAIN) y en una de sus conclusiones señala que las intervenciones educativas donde se utilizan metodología activo-participativas, producen cambios positivos en la alimentación y en la adherencia a la dieta en estos pacientes.

El impacto de esta intervención es evaluada 1 año después por Guzmán y Lizano (1997). Los autores concluyen que la metodología es efectiva porque, a nivel grupal, se mantuvieron los indicadores clínicos aunque se reincorporaron hábitos no deseados como es el aumento en la frecuencia diaria de dulces y repostería durante el periodo sin intervención grupal. Además, consideran que no se puede afirmar que los conocimientos de las personas demuestran las prácticas que ellos realizan. Aún así, los autores concluyen que los procesos educativos activo-participativos, en los cuales se incluyen mensajes sencillos y que responden a las necesidades de los pacientes, traen beneficios a largo plazo en la salud de los diabéticos.

En ese mismo año, Arce y Retana (1997) realizaron un diagnóstico de la educación alimentaria nutricional para pacientes con diabetes mellitus en la Clínicas tipo IV de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) y encontraron que el paciente con diabetes mellitus maneja mucha inseguridad con respecto a su alimentación, y que, los temas alimentarios nutricionales son desarrollados, en la mayoría de los casos, por otros profesionales en salud que carecen de los conocimientos necesarios para abarcar estos temas, e incluso se encontró en muchos casos que los mensajes eran contradictorios y que no contribuían con el control metabólico que se espera en estos pacientes.

Continúan mencionando, Arce y Retana (1997) que no existe una normativa a nivel nacional de la planificación de la educación en diabetes mellitus según el nivel de atención, finalmente, el estudio recomienda a la C.C.S.S fortalecer la labor educativa a los pacientes con diabetes mellitus.

Estas deficiencias encontradas concuerdan con el estudio realizado por Ruiz (1997) en los pacientes con diabetes mellitus que asisten a la consulta externa del Hospital de San Vito, donde los conocimientos, actitudes y prácticas reales sobre la alimentación y diabetes mellitus tipo II mostraron que el paciente tuvo un dominio muy bajo de los conceptos fundamentales de la enfermedad tales como la

identificación de síntomas, las causas de la enfermedad y el tratamiento en general.

Cabe destacar como datos importantes del estudio de Ruiz (1997) que un 30% de los pacientes no tenían un horario fijo de comidas, que en su mayoría había ausencia del consumo de frutas y vegetales, también se encontraron consumos diarios de azúcares simples como la sacarosa, un consumo alto de grasa saturada y colesterol así como una baja ingesta de alimentos fuente de fibra dietaria. Además, los pacientes manifestaron que estaban concientes de la importancia de la educación en diabetes para mejorar su salud.

En 1998 Salazar y colaboradores, citados por Valderrama (2001) evaluaron en Costa Rica un programa educativo en diabetes desarrollado en Alemania llamado *"Como tratar mi diabetes"*, para ello seleccionaron al azar 100 pacientes diabéticos adultos de la consulta externa del Hospital México, donde se les preguntó sobre conocimientos relacionados con la enfermedad.

Este programa compuesto de cuatro módulos de dos horas cada uno, trató temas de autocontrol de la glucosa, la nutrición, la atención del pie diabético y la importancia del ejercicio físico. Los resultados de la evaluación mostraron que después de las charlas, el número de pacientes que respondieron más acertadamente con respecto a los conocimientos adquiridos de la enfermedad fueron mayores. Los autores concluyen que el programa puede ser reproducible y aceptable en diversos centros hospitalarios, sin embargo, recomiendan agregar otros temas de interés y reconocen que mejorar los conocimientos no es sinónimo de un mejoramiento de la actitud de los pacientes *"ya que aunque se tenga el conocimiento, puede no ser suficiente para que el paciente logre un cambio de actitud"* (Valderrama, 2001).

Recientemente, Valderrama (2001), utilizando una metodología participativa, diseñó y evaluó un programa de consulta nutricional para pacientes con diabetes

mellitus tipo II en un grupo formado por 11 hombres y 9 mujeres. El trabajo con el grupo le permitió rescatar los ejes temáticos de las sesiones y elaborar una secuencia lógica de temas para la enseñanza y que pueden ser utilizadas por instituciones de salud. Los temas tratados cubren aspectos sobre la clasificación de los alimentos y los alimentos fuente de carbohidratos, las etiquetas de los alimentos, el manejo de la dieta, el control glicémico, la flexibilidad en la dieta y la alimentación en los días de fiesta.

## **Obesidad**

La obesidad puede definirse como un aumento excesivo de la cantidad total de grasa corporal, la cual se acumula porque la ingesta calórica es mayor que el gasto. Este desbalance es el causante de la obesidad ya que no existe razón biológica para que los hombres y las mujeres sean obesos o ganen peso al envejecer. La grasa distribuida en la región abdominal supone un mayor riesgo para la salud que la grasa depositada en los muslos y en las nalgas (McArdle, 1990) (Alberti, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (Saavedra, 1999).

La obesidad, uno de los problemas nutricionales más importantes en la mujer (I.L.S.I., 1998), puede ser determinada utilizando un indicador llamado índice de masa corporal (I.M.C.) que relaciona el peso con la estatura de la mujer. Se ha visto que el índice de masa corporal alto se relaciona de manera directa con la presión arterial, los triglicéridos, la enfermedad coronaria, la artritis, el índice aterogénico, el cáncer (Foster, 1998) (Nelson, 1997) y una adiposidad central, sobre todo en el abdomen, lo cual aumenta el riesgo de aparición de las enfermedades crónicas (American College of Sport Medicine, 1999).

Aunque la predisposición genética juega un papel importante en la aparición de la diabetes II, los factores ambientales implicados van a incidir fuertemente en la

aparición de la enfermedad, por ejemplo, la obesidad se presenta hasta en el 80% de los pacientes. En estos casos la obesidad es considerada como de mayor riesgo cuando es superior al 20% del peso ideal ó un índice de masa corporal superior a 27 kg/m<sup>2</sup>, (Alberti, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) y es en este rango donde la mayoría de las mujeres tienen un acrecentado riesgo cardiovascular (Foster, 1998) (Nelson, 1997).

Las personas que tienen la grasa localizada en el abdomen padecen obesidad androide o central. Según estudios modernos, la presencia de obesidad central es un parámetro más sensible que el índice de masa corporal, y debe ser valorado independientemente de este, y se propone medir el perímetro de cintura o el índice cintura – cadera para lograr mayor precisión en la determinación del riesgo en la salud. En las mujeres el valor normal de la cintura es menor a ochenta centímetro. Valores entre ochenta, y ochenta y ocho centímetro son considerados de riesgo moderado y valores por encima de ochenta y ocho centímetros son clasificados como de alto riesgo (Saavedra, 1999).

Conforme pasan los años, la mujer adulta debe consumir menos alimentos para mantener su peso corporal adecuado, varias razones justifican ésta reducción calórica, por un lado conforme se va envejeciendo se tiende a ser menos activo, por otro lado el metabolismo disminuye con la edad, debido principalmente al cambio en la composición corporal, ya que conforme la edad avanza, parte del tejido muscular empieza a sustituirse por masa no magra, la cual quema menos calorías que el mismo peso del tejido muscular (Nelson, 1997).

El tratamiento de la obesidad no es sencillo; generalmente con la combinación de dieta y ejercicio, la mujer logra perder peso y grasa corporal pero, en la mayoría de los casos, se vuelve a recuperar (Barbany, 1999), esto se podría deber a que cuando las personas obesas reducen su tamaño corporal, hay una disminución de tamaño de la célula pero ningún cambio en su número. Si se logran llevar a niveles de grasa normales, las células grasas individuales se encogen y realmente

se hacen más pequeñas que las células grasas de individuos no obesos (Foster, 1998).

Esto sugiere que personas que han sido obesas no se “curan” realmente de su obesidad, por lo menos en términos de su número total de células grasas presentes. No hay duda de que pacientes que han sido obesos tienen una extrema dificultad en mantener este nuevo tamaño corporal (McArdle, 1990).

La pérdida de peso, modificando los hábitos alimentarios, se puede apoyar en los programas de ejercicio físico, ya que, estudios demuestran que personas que han seguido las pautas de actividad física por más tiempo, llegan a modificar secundariamente sus hábitos dietéticos y a hacerlos equilibrados y saludables, disminuyendo en ocasiones, la ingesta calórica total, aunque no se les hubiese pautado específicamente una dieta restrictiva (Lizarraga, 1998).

En Costa Rica, en la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1996, se encontró que aplicando el índice de masa corporal, un 45,9% de las mujeres entre 20 y 44 años eran obesas, pero lo más alarmante se presentó en las mujeres entre 45 y 59 años, pues el 75% mostró algún grado de obesidad (I, II, III), valor que muestra un incremento con respecto a lo encontrado en 1982 que era de un 55.6% (Morice, 1998). Como vemos, estos datos muestran que la obesidad en nuestra población es de grandes proporciones y opera como un factor alto de riesgo de diabetes mellitus en las mujeres.

### **Modelo Transteorético: Modelo de cambio por etapas o de cambio del comportamiento.**

El modelo de cambio por etapas, también conocido como modelo transteorético de cambio del comportamiento, desarrollado por Prochaska y DiClemente, surgió de un análisis comparativo de teorías – guías de psicoterapia y educacionales

(transteorética) tanto para describir progresión sistemática de cambios (etapas) como para explicar los comportamientos asociados que son necesarios para lograr el cambio (Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe, 2000), (Beato, 2002).

La creciente confirmación científica sobre la utilidad del Modelo Transteorético está llevando a la expansión de su función en el campo de la promoción de la salud, su importancia se sustenta en la premisa de que el cambio de comportamiento es un proceso y no un suceso y que los individuos tienen varios niveles de motivación, o disposición para el cambio. El modelo interpreta el cambio como un proceso que incluye progreso a través de una serie de etapas que aunque son secuenciales, la personas no necesariamente progresan en forma lineal, sino que pueden recaer y repetir, lo que describe la progresión en etapas en forma de espiral (Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe, 2000) (Parchman, 2001) (Beato, 2002) (Trigwell, 1997).

El modelo de "Etapas de cambio", descrito por Glanz y Rimer, del Departamento de Salud de los Estados Unidos, citado por Caballero (2001), señala que existen cinco estadios a través de los cuales el paciente va a transitar para realizar modificaciones en su hábitos: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y el mantenimiento.

Cada etapa o estadio muestra un comportamiento diferente, como se describe a continuación: a) el primer estadio es la *"pre- contemplación"*, en el cual la persona no se ha hecho conciente de que existe un problema o lo minimiza asumiendo que no quiere realizar algún tipo de cambio, b) en el segundo estadio aparece *"la contemplación"*, que es cuando la paciente se da cuenta de que existe el problema y planea cambios a futuro pero todavía no toma acciones, c) en *"la preparación"*, es el estadio en que se planean los cambios pertinentes y el sujeto busca ayuda profesional, d) en *"la acción"*, como cuarta etapa, se implementan las actividades específicas, la paciente trabaja con un programa, con una guía y, en general, cumple los tratamientos, e) finalmente, en *"el mantenimiento"* se pretende que las

acciones deseables perduren, por lo tanto, el objetivo es que la conducta se modifique para lograr que se de el cambio y que se mantenga (Caballero, 2001).

Para controlar o disminuir la obesidad en las mujeres diabéticas, se requieren cambios emocionales y de actitud. Analizando la etapa de *"la contemplación"*, vemos que surgen una serie de conflictos psíquicos importantes, que aparecen cuando en el sujeto se oponen exigencias internas contrarias. Por una parte, la persona identifica signos y síntomas: la ropa no le queda, presenta sensación de cansancio, se agita fácilmente, tiene dolores en los talones, las rodillas y la espalda, y probablemente ya haya desarrollado algún padecimiento asociado como la diabetes mellitus tipo II, por otra parte, la persona no quiere modificar los hábitos, se niega a comer vegetales, a tomar agua, a caminar o a reducir su consumo de alcohol. Es decir, existe una lucha interna entre la necesidad de hacer cambios y la negativa a dejar un estilo de vida no adecuado. Todo esto genera cambios en la actitud, que incluyen mal humor, enojo e irritabilidad (Caballero, 2001) (Beato, 2002).

Según este modelo transteorético, si un paciente no logra avanzar en el tratamiento, no es correcto culpar al paciente, ya que es tarea del terapeuta lograr que el paciente se implique directamente y se sienta motivado. Por otro lado, la sola motivación por sí misma no es garantía de que el paciente cambie sino que, es necesario que la motivación se acompañe de las modificaciones pertinentes en su conducta o actitudes (Beato, 2002).

El terapeuta o profesional en salud, que realiza la entrevista, debe poseer habilidades para emplear los recursos de los que dispone en el contexto de la relación que establece con el paciente. Debe poseer sensibilidad social y debe evitar la confrontación. En resumen, debe apoyarse en los cinco principios generales que son: 1) expresar empatía y aceptación a través de la escucha reflexiva y selectiva, 2) desarrollar la discrepancia entre la conducta presente y la amplitud de metas, entre autoconcepto y conducta, 3) evitar las argumentaciones

ya que son contraproducentes, 4)prestar especial atención a las resistencias que pueden aparecer en el proceso y 5)apoyar la autoeficacia, esperanza y optimismo acentuando la propia responsabilidad en sus objetivos (Beato, 2002).

## **Ejercicio físico**

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulte en un expendio energético (Foster, 1998) y el ejercicio físico es la actividad física, planificada, estructurada y repetitiva con el objeto de mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física y que se manifiesta como una mayor habilidad para ejecutar la actividad física (American College of Sport Medicine, 2000).

La práctica de ejercicio físico adecuado constituye un aspecto fundamental del tratamiento de la diabetes mellitus (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (Patel, 1999). Se ha encontrado que cuando el ejercicio se realiza a baja intensidad, se mejora la respuesta insulínica y se favorece la pérdida de peso, debido principalmente, al consumo de grasas por parte del músculo en actividad. Lastimosamente, la práctica del ejercicio físico es a menudo ignorada, aduciéndose a veces falta de tiempo y en otras ocasiones el esfuerzo que conlleva su realización (Lizagarra, 1998).

Se podría decir que el conjunto de capacidades que permiten a una persona satisfacer con éxito las exigencias físicas presentes y potenciales de la vida cotidiana es llamada como fitness o aptitud física y existen cinco componentes relacionados con la salud: la fuerza muscular, la resistencia muscular, la capacidad aeróbica, la composición corporal y la amplitud del recorrido articular: flexibilidad. Deben corregirse niveles aceptables de fitness para cada uno de los cinco componentes, ya que son modificables y pueden mejorarse con una actividad física regular y con una buena nutrición (George, 1999).

La resistencia cardiorrespiratoria o capacidad aeróbica es uno de los componentes más importantes de la condición física de un individuo, y es la capacidad para realizar movimientos o ejercicios en forma repetitiva, con una intensidad suave a moderada, donde intervienen grandes masas musculares, durante un periodo largo de tiempo (Yoke, 1995) (García, 1996).

El ejercicio en diabéticos, debe ser planificado en forma individual y partir de un diagnóstico médico donde son pertinentes las pruebas específicas como es el caso de la prueba de esfuerzo (American College of Sport Medicine, 2000). El paciente diabético, debe pasar por un proceso de adaptación del organismo a cargas físicas que conlleva una adaptación múltiple y compleja de los diferentes sistemas que intervienen, en este sentido, debe considerarse la tensión o el estrés que se produce en el organismo cuando se ve sometido a un estímulo (García, 1996).

Los pacientes bajo tratamiento con insulina, deben adoptar algunas precauciones especiales con relación a la práctica del ejercicio físico. Deben realizarse las pruebas de glicemia antes de iniciar y en casos donde la glicemia esté baja, deben suministrarse calorías extra. Así, cuando la glicemia se encuentra por debajo de los 100 mg/dl se recomienda la ingesta de alimentos que proporcionen de 20 a 25 g de carbohidratos, si la glicemia se encuentra entre 100 y 250mg/dl, no se deben consumir calorías extra. Cuando la glicemia es mayor a los 250 mg/dl (o ante la presencia de cetonuria), la práctica del ejercicio físico no está recomendada (American Diabetes Association, 1999).

Cuando se prescribe ejercicio aeróbico hay que tener en cuenta dos parámetros: la intensidad y duración de la práctica. El ejercicio debe ser lo suficientemente intenso para elevar la frecuencia cardiaca a un determinado nivel establecido de acuerdo con una fórmula que toma en cuenta la edad y la frecuencia cardiaca máxima (Amigo, 1998). Lo ideal es entre el 60 y el 75% ya que ejercitarse por arriba del 85% de la frecuencia cardiaca máxima estaría a riesgo de aumentar el

nivel de glucosa en sangre y favorecer el riesgo de una complicación cardiovascular (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 2001) (García, 1996).

La frecuencia cardíaca debería permanecer elevada a este nivel (60 al 75%) al menos durante 12 minutos y preferiblemente entre 15 y 30 minutos para asegurar los beneficios del programa. Además la práctica del ejercicio aeróbico parece que debe realizarse entre tres y cinco días a la semana en sesiones de entre 30 a 45 minutos (Amigo, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 2001) y un mínimo de 150 minutos de ejercicio aeróbico distribuidos durante la semana. Claro está, antes de alcanzar la intensidad máxima durante el entrenamiento, es necesaria la realización de unos ejercicios mínimos de calentamiento, que puede durar de 5 a 10 minutos y el mismo tiempo, para enfriamiento al finalizar (Amigo, 1998) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 2001).

La actividad física se puede espaciar hasta un máximo de 2 días con el objetivo de no perder el efecto sobre la sensibilidad a la insulina y favorecer la adaptación fisiológica al ejercicio (American Diabetes Association, 2001).

Las actividades físicas recomendadas para las pacientes diabéticas son: caminar, bicicleta estacionaria, aeróbicos de bajo impacto, bailar, ejercicio con música y nadar (CCSS, 2002). Las cargas de trabajo, para que conserven intensidades importantes, pueden ser llevadas a cabo de manera continua o intermitente ya que de las dos formas, la paciente diabética va a obtener beneficios (Saavedra, 2000).

Para programar la intensidad del ejercicio se puede recurrir al uso de la Prueba de Esfuerzo Percibido (P.E.R.). Con este método, los individuos, subjetivamente clasifican la intensidad con la que creen que están haciendo ejercicio. Una clasificación numérica determinada corresponde a la intensidad relativa percibida del ejercicio. Esta escala usada correctamente ha demostrado ser muy precisa.

Se ha establecido que cuando se utiliza la escala de Borg de esfuerzo percibido modificada, de 0 a 10 y se trabaja entre 4 ("algo fuerte") y 5 ("fuerte"), se puede realizar una actividad física prolongada y lograr los mayores beneficios cardiovasculares en personas sedentarias (ver anexo 8) (Wilmore, 1998).

La referencia de la frecuencia cardiaca como elemento control, no es aconsejable, y menos aún cuando estos pacientes poseen algún fármaco hipoglicemiante o bloqueadores y menos cuando presentan neuropatías autonómicas que alteran la frecuencia cardiaca de reposo y también de esfuerzo (Saavedra, 2000) , esta situación justifica aún más recurrir a técnicas de percepción del grado de esfuerzo o cansancio mediante la instrucción a estos pacientes, metodología que ha sido validada en diferentes estudios (Rosales, 1998).

En mujeres, el ejercicio aeróbico es un elemento importante para prevenir la enfermedad cardiovascular ya que puede reducir este riesgo entre un 10 y un 15% (Foster, 1998).

Varios mecanismos, son los que justifican los beneficios cardiovasculares del ejercicio en las mujeres, siendo muy importantes el incremento en la síntesis de lipoproteínas de alta densidad y la disminución en el peso (Foster, 1998). Por esta razón, una combinación del ejercicio físico y de la dieta, se ha usado como medio para reducir los lípidos del plasma (LDL), mejorar la tolerancia a la glucosa y reforzar la sensibilidad a la insulina (Halle, 1999) (Lampman, 1990).

Estos y otros beneficios del ejercicio físico, se muestran en la siguiente tabla (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (American Diabetes Association, 2001):

## TABLA 6. BENEFICIOS DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTE DIABÉTICOS

- Mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye la resistencia a ésta. Adicionalmente, se podría disminuir el uso de medicamentos.
- Mejora la capacidad funcional y las habilidades para la realización de las actividades de la vida diaria
- Disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria
- Disminuye el riesgo de infarto
- Podría disminuir las necesidades de oxígeno por parte del corazón, durante la realización de ejercicio físico
- Disminuye la agregación plaquetaria
- Disminuye el riesgo de desarrollar hipertensión arterial
- Disminuye los niveles de triglicéridos
- Aumenta las HDL colesterol
- Disminuye el colesterol total y la LDL- colesterol
- Mejora la relación Colesterol total/ HDL colesterol
- Reduce la grasa y el peso corporal
- Mejora la utilización de la glucosa
- Reduce el estrés
- Previene la aparición de diabetes mellitus II en sujetos con alto riesgo

Fuentes: American Diabetes Association, (1999), Escuela Andaluza de Salud Pública, (1999)

La práctica del ejercicio físico también podría ocasionar un riesgo en la salud de las personas con diabetes mellitus tipo II. Entre los riesgos para la salud se encuentra una hipoglicemia, complicaciones cardíacas hasta llegar a la muerte súbita, sangrado de la retina del ojo, fluctuación excesiva de la presión arterial, principalmente la sistólica, un mayor riesgo de desarrollar úlcera en los pies, lesiones ortopédicas y un aumento en la temperatura corporal (American Diabetes Association, 1999), (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

Para la realización del ejercicio físico, se recomienda que los pacientes se vistan con ropa deportiva apropiada, que se hidraten adecuadamente, que evalúen su glicemia con instrumentos caseros y de fácil acceso, que cuenten con bebidas azucaradas para ingerir en casos de shock por insulina y que se hagan acompañar por personas que estén familiarizadas con la enfermedad (Wilmore, 1998).

Se podría concluir que las principales contraindicaciones para la práctica del ejercicio físico en pacientes diabéticos, son aquellas relacionadas con la propia patología y que podría poner la vida a riesgo. Las más importantes son: tener valores de glicemia por encima de 250 mg/dl, retinopatía, falla renal, neuropatía, angina de pecho inestable, electrocardiogramas recientes alterados, tromboflebitis, inflamación y falla cardíaca, estenosis aórtica, aneurisma, arritmias, bloqueo cardíaco, hipertensión no controlada, infección aguda o fiebre, enfermedades infecciosas, trastornos electrolíticos, desordenes neuromusculares y fatiga emocional importante (American Diabetes Association, 1999), (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

En Costa Rica, en el documento elaborado por Morice (1998) en el apartado sobre factores socio culturales y ambientales de las enfermedades crónicas, menciona que el ejercicio físico, definido en este estudio como "cualquier actividad física para la cual se dedica un mínimo de 15 minutos por jornada, dos o más veces por semana, con intencionalidad orientada al mejoramiento de la salud o la estética corporal", es una práctica que se presenta con mayor frecuencia en la zona urbana y en los hombres, principalmente solteros, según reportes de la Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en Costa Rica, donde la información se recolectó por medio del método de la entrevista directa.

La práctica del ejercicio físico en la población costarricense ha descendido por la proliferación de hábitos que favorecen el sedentarismo. Entre ellos la utilización rutinaria de transporte automotor para trasladarse al trabajo, unido al poco interés

por las actividades al aire libre y al aumento de las horas de ver televisión (Ministerio de Salud, 1997); un 53,4% de la población de 12 a 70 años nunca realiza ejercicio físico; 2,9% lo hace una vez al mes; 21,4% de una a dos veces a la semana y 22,3 % lo practica durante tres o más ocasiones a la semana (Morice, 1998).

Un estudio de casos y controles realizado en Costa Rica por Ramírez (1996), con 19 casos y 18 controles, en mujeres mayores de 50 años del Programa de Recreación y Salud de la C.C.S.S. con una intervención de 12 semanas de acondicionamiento físico encontró, que las mujeres del grupo experimental mejoraron su resistencia cardiovascular ( $p < 0.0005$ ) y estuvieron próximas a mejorar significativamente su resistencia muscular ( $p = 0,052$ ). Los otros componentes, flexibilidad, coordinación y agilidad no presentaron mejoría o cambio significativo. Menciona Ramírez que estos resultados en resistencia cardiovascular son de enorme importancia para el movimiento de atención primaria, fortaleciendo el vínculo entre la educación física y la salud de las personas mayores.

Para medir el nivel de actividad física o de ejercicio que realizan las personas se puede recurrir a formularios como es el caso del "*Formulario de ejercicio en el tiempo libre de Godin*". En este formulario el componente de la actividad a evaluar es el tiempo libre, donde se hace referencia a las actividades usuales sin el componente del tiempo. Es un formulario que puede ser llenado por el sujeto. La primera referencia de aplicación se encuentra en Can. J. Appl. Sport Sci. 10:141-146, 1985 (*Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1997).

Jacobs et al, (1993) probaron este formulario en una muestra de 28 jóvenes y 50 mujeres, predominantemente caucásicas, con edades entre 20 y 59 Años. Mencionan que la confiabilidad con relación a la primera prueba y un mes después para diferentes categorías de actividad, total de puntuación y preguntas sobre la sudoración, el coeficientes de correlación, con resultados para alta, moderada y

extrema fue de 0.24, 0.36 y 0.84 respectivamente; para un total de 0.62. En cuanto a sudoración fue de 0.69 (*Medicine & Science in Sports & Exercise, 1997*).

En una muestra de 53 adultos sanos, Godin and Shephard (1985), también aplicaron este formulario. La confiabilidad encontrada con relación a la primera prueba y 2 semanas después para diferentes categorías de actividad, total de puntuación y preguntas sobre la sudoración, mostró un coeficientes de correlación, con resultados de alto, moderado y extremo de 0.48, 0.46 y 0.94 respectivamente, para un total de 0.74. En cuanto a sudoración fue de 0.80 (*Medicine & Science in Sports & Exercise, 1997*).

### **Aspectos psicológicos relacionados con el ejercicio físico**

La psicología como rama de la ciencia, está destinada a suministrar un análisis de la vertiente psicológica de la actividad física para ayudar a la solución de múltiples problemas asociados a su práctica. Tiene como objetivo la comprensión de los factores psíquicos que intervienen en el ejercicio físico y la explicación de sus efectos en el comportamiento y en el organismo, también tiende a potencializar la actividad física desde el punto de vista del ocio, como instrumento de salud o como medio de integración social (Lorenzo, 1997).

Es importante destacar que, recientemente, algunas investigaciones científicas con enfoque psicológico muestran claramente que el ejercicio físico puede mejorar el bienestar psicológico y la salud mental (American College of Sport Medicine., 1999), ya que además de proporcionar una mejora en la autoestima, el ejercicio ofrece otros efectos beneficiosos como son la reducción de la ansiedad – estado, reducción a niveles mínimos y moderados de la depresión, reducción de los niveles de estrés, reducción de los niveles de neurosis (Salazar, 1999) (Becker, 1998), colabora en el tratamiento de la depresión severa y beneficia psicológicamente a ambos sexos y a todas las edades (Becker, 1998)

El problema de la salud mental se ha agudizado severamente en la sociedad actual. Una gran parte de los síntomas se relacionan con el estrés. Para tratar estos trastornos tradicionalmente se usa la psicoterapia y la medicación. La psicoterapia comprende un largo tratamiento y los psicotrópicos casi siempre presentan efectos colaterales. Por esta razón se han introducido actualmente técnicas no tradicionales como es el ejercicio y el deporte (Becker, 1998).

Vemos como, aunque el valor del ejercicio para la salud mental era bien conocido desde Hipócrates, a mediados de siglo, la psicoterapia y la farmacología ganaron la batalla como tratamiento ante los trastornos mentales. Durante la segunda mitad del siglo XX la actividad física empieza nuevamente a cobrar importancia y actualmente hay un retorno hacia la influencia del ejercicio en la etiología y en el tratamiento de los problemas emocionales (Becker, 1998).

El ejercicio físico, produce adaptaciones tanto en la estructura como en la función cerebral, ambos aspectos de importancia en el estudio de la interrelación mente - cuerpo (Salazar, 1999), es beneficioso para la mayoría de los componentes estructurales y funcionales del sistema muscular y esquelético, incrementando la capacidad funcional, la autonomía y la calidad de vida, de tal manera, la actividad física influye en la salud tanto física como psicosocial (World Forum on Physical and Sport, 1995).

La International Society of Sport Psychology (ISSP), sugiere que el proceso del ejercicio, ya sea de corta o de larga duración, causa un bienestar mental y mejoría psicológica. Periodos tan cortos, como de 10 minutos diarios, ha demostrado que mejora el estado de ánimo, disminuye el cansancio y aumenta la energía (Simón, 1999) (Becker, 1998)

Un estilo de vida físicamente activo proporciona una protección parcial ante algunas importantes enfermedades de carácter crónico. En concreto se tiene la evidencia de que el ejercicio regular es beneficioso en la prevención primaria de la enfermedad coronaria y reduce la tasa de mortalidad después de un infarto del

miocardio. Pero, a pesar de los múltiples beneficios físicos y psicológicos que un estilo de vida físicamente activo puede ofrecer, es importante destacar que, para ser más eficaz, éste debe de ir acompañado de otros cambios positivos en la forma de vida (American College of Sport Medicine, 2000), tal es el caso de una buena alimentación y un adecuado consumo de agua, entre otros aspectos a considerar (Hamm, 1996).

Ejercicios o actividades deportivas como caminar, correr, nadar, montar en bicicleta, o realizar ejercicios de gimnasia, ofrecen beneficios para reducir la depresión, para incrementar la confianza, para mejorar el autoestima y el cambio positivo del humor (Lorenzo, 1997). También los beneficios podrían abarcar otros aspectos de la vida cotidiana como es un aumento del rendimiento en el trabajo y en las actividades recreativas y un aumento en la sensación de bienestar (American College of Sport Medicine.C.S.M., 1999).

Aún admitiendo que el ejercicio y la forma física podrían mejorar la salud psíquica, no todos lo explican de igual modo. Algunos proponen que el ejercicio aumenta el sentido del control de individuo y su dominio y lleva, por ello mismo, a mejorar la salud psicológica. Otros se refieren a la distracción de los pensamientos que provocan ansiedad. Algunos afirman que el ejercicio provoca la producción de sustancias cerebrales como las endorfinas que pueden explicar, al menos algunos efectos psicológicos y otros consideran que la mejora psicológica asociada con el ejercicio están en función del efecto placebo (Lorenzo, 1997).

La actividad física controlada, regulada y sistematizada le permite a la mujer ser más autosuficiente y adquirir mayor seguridad tanto mental como socialmente. Si se practica en forma continua es beneficiosa para la salud en general y aunque no nos garantiza una vida más larga, sí podría mejorar la calidad de vida y retrasar el deterioro del buen estado físico motivado por la edad (Cabillón, 2001).

La modificación de la conducta frente al ejercicio físico requiere de un cambio de actitud que a su vez se apoya en la motivación que responde a un “porqué” de la intensidad y dirección de un nuevo comportamiento. La intensidad de este comportamiento se relaciona con el grado de esfuerzo que se activa para lograr un comportamiento o tarea nueva (Lorenzo, 1997).

Analizando la mujer en el ámbito de la actividad física en general, vemos que posiblemente los factores motivacionales podrían verse afectados por la condición específica de ser mujer. Duquin (1986) menciona que el uso de la teoría feminista podría guiar a un análisis del status de la mujer en el área de la actividad física y la sociedad, ya que ayuda a identificar las fuentes de poder y de control social y sobre una realidad predominante, buscar alternativas de estrategia y dirección para el cambio.

Los administradores de áreas deportivas y recreacionales comunales deberían estar concientes de la discriminación existente en la sociedad con base al sexo y tratar de eliminarla ofreciendo nuevos planteamientos y asumiendo una posición de mayor sensibilidad en el tema de género (Dunquin, 1986). Como ayuda, se puede hacer uso de los medios de comunicación por el tremendo impacto que podrían tener en la promoción del deporte femenino y de la recreación (Habiguer, 1986).

Lograr que las mujeres realicen actividades físicas o deportivas organizadas para promover la salud requiere de un abordaje diferente de la mujer. Es necesario romper estereotipos y facilitar que las mujeres opten por espacios que culturalmente han sido asignados a los hombres sin que esto signifique “congraciarse” con los hombres para ser aceptadas. De esta manera, vale la pena cuestionar lo mencionado por Zeledón (s.f.) con relación al primer equipo costarricense de fútbol femenino en los años 50, donde una publicación sobre el tema textualmente dice: *“la mayoría de las muchachas eran apasionadas seguidoras de equipos de primera división y algunas inclusive habían sido*

*madrinas de algunos de estos equipos, esto motivó más el hecho de su participación como futbolistas”.*

En un estudio realizado en las Islas Baleares señala que las expectativas de los roles sexuales han afectado tradicionalmente los niveles de actividad habitual de varones y mujeres de tal forma que, debido a las presiones sociales, existen y han existido menos oportunidades para que las niñas y las mujeres realicen ejercicio regular y vigorosamente en relación a los niños y a los varones; y que a pesar de los grandes avances que se han dado en los diversos órdenes de la vida social y de la relativa incorporación de la mujer a este tipo de actividades, vemos que aún queda un largo camino por recorrer antes de que los niveles de participación en el ámbito deportivo sean iguales (Gili-Planas, 1994).

En el documento “Breve reseña histórica de la participación femenina en el deporte y la recreación en Costa Rica (Ministerio de Juventud Cultura y Deporte., 1986) se recomienda, entre otros aspectos, fortalecer las organizaciones femeninas, con miras a que, la integración de la mujer en la sociedad, se oriente hacia una interacción armoniosa de sí misma con el hombre, reduciendo al mínimo los enfrentamientos por razones de sexo; educar a la población sobre el uso adecuado del tiempo libre; e informar y capacitar tanto al hombre como a la mujer, sobre el contenido positivo del proceso de “liberación femenina”.

## **Tabaquismo**

La exposición a agentes tóxicos es un importante determinante de las enfermedades crónicas no transmisibles (Morice, 1998) y en particular, el fumar cigarrillos es un importante factor de riesgo coronario (American College of Sport Medicine, 2000) y se sinergiza con otros factores como la diabetes, la dislipidemia y la hipertensión (Foster, 1998).

En Costa Rica, la incidencia de consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años mostró un incremento durante el periodo de 1990 a 1995, pues se elevó de un 14 por 1000 a 22 por 1000 habitantes. El 17% de la población de 12 a 70 años, se ubica dentro de la categoría de "fumador activo". Dentro de este grupo, 81.1% son hombres y 18.9% son mujeres. Además, es interesante anotar que una de cada dos personas que ha fumado alguna vez en su vida se mantiene como fumador activo, condición que indica la importancia de desarrollar acciones dirigidas a evitar el inicio del consumo del tabaco (Morice, 1998).

## **Técnicas de investigación**

**Entrevista** La entrevista es una de las formas más ricas de obtener información, debido a que, como proceso de comunicación cara a cara, se construye oralmente la percepción de una persona con respecto al tema (Taylor, 1992).

### **Entrevista motivacional**

Desde el punto de vista operacional, Miller y Rollnick, citado por Beato (2002), definen motivación como "un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar y se ve influido por múltiples factores, pero que lleva a aumentar la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para el cambio.

La entrevista motivacional, es una alternativa a algunas de las estrategias tradicionales y confrontativas de intervención para mejorar la motivación del paciente. Los objetivos de la entrevista motivacional son ayudar al paciente a reconocer su problema y ayudarlo a avanzar realizando los cambios deseados, en el preciso momento que se recogen los datos. Sus inicios se remontan a las

intervenciones en pacientes adictos a drogas ilegales y alcohol. En la actualidad son explorados en pacientes con diferentes patologías. En pacientes diabéticos, es una estrategia clínica diseñada para aumentar la motivación hacia el cambio y puede incluir consejería en una entrevista breve, que podría durar 30 minutos (Miller, 2000) (Trigwell, 1997).

En la entrevista, se establece una relación, que da la oportunidad de tener acceso a la subjetividad de la otra persona. El lenguaje posee una serie de símbolos que son importantes en el proceso de conocimientos que tiene la persona y que mediante la entrevista se accede a él. La observación directa es otro elemento importante durante la entrevista ya que permite contraponer lo que se escucha y lo que se ve y realizar acotaciones más asertivas (Palma, 2001).

Como menciona Palma (2001) y coincidiendo con su opinión, *“hay que tener claro que lo que la gente dice y hace es lo más importante pues es el reflejo de su visión del mundo, de donde parten sus conceptos y lógicas. Esta lógica en ocasiones muestra diferencias entre lo que se dice y se hace, siendo estas diferencias no casuales pues responden a valoraciones y motivaciones variadas en una persona”*. El conocimiento de cómo piensan, actúan y se comportan las sujetas es importante para tener en cuenta la expresión cognitiva de su estado actual y de ahí, valorar posteriormente el cambio cuando se realiza una intervención (Simón, 1999).

## **Trabajo grupal**

El trabajo grupal, inscrito en un contexto que facilita la complementación e integración de los recursos tendientes a la rehabilitación física, psicoemocional y familiar de los pacientes diabéticos, contribuye con la construcción de la red social protectora que va a operar favorablemente con el proceso de cambio que se espera en pacientes con esta enfermedad (Serrano, 1998).

A mayor estímulo social y grado de relación entre las personas, por medio del trabajo grupal, se dará una menor exposición a sufrimientos psicossomáticos en los pacientes diabéticos. El nivel social de respuesta es el que protege más y produce menos desgaste en la economía psíquica, le sigue el nivel psicológicos y por último el fisiológico, que es la última instancia cuando las anteriores han fracasado (Serrano, 1998).

### **Grupo operativo**

La técnica de grupo operativo ha sido utilizada en investigaciones sociales, deportivas y de salud (Neira, 2000) (Saragossi, 2001) (Mústieles, 1996). Pichón Riviere, creador de la técnica, inicia sus investigaciones en la Experiencia de Rosario en 1958 en un Hospital Psiquiátrico, y posteriormente aplica esta técnica al fútbol. Para él, este deporte representó una importante manera de entender y analizar los comportamientos grupales, otorgándole una lectura diferente y permitiendo extraer diversos análisis y manifestaciones de los fenómenos psíquicos que tienen lugar entre los deportistas (Cauas, 2002).

*Cuando Pichón Riviere (1966), aplica el término "técnica" de grupo operativo, de lo que está hablando es de una técnica que se caracteriza por estar centrada en forma explícita o manifiesta en una tarea que puede ser el aprendizaje, la curación, el diagnóstico de las dificultades de una organización laboral, la creación publicitaria, etc. Bajo esta tarea explícita subyace otra implícita o latente que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación, significando un obstáculo frente a toda situación de progreso o cambio (Cazau, 2002).*

La tarea consiste entonces en la elaboración de dos ansiedades básicas, miedo a la pérdida (ansiedad depresiva) de las estructuras existente y miedo al ataque (ansiedad paranoide) en la nueva situación, proviniendo esta última de nuevas

estructuras en las que el sujeto se siente inseguro por carencia de instrumentación. Estas dos ansiedades coexistentes y cooperantes, configuran la situación básica de “resistencia al cambio” que debe ser superada, en el grupo operativo, en un acontecer grupal donde se cumplen los tres momentos dialécticos de tesis, antítesis y síntesis, por un proceso de esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito (Cazau, 2002).

La tarea grupal incluye de forma central la gestación de la conciencia crítica del sujeto social que se transforma transformando el mundo en el que está inserto. El sujeto “en situación” es fundante de la existencia humana, dado que todo ser es esencialmente un ser social (Mústieles, 1996) (Pichón, 1996). Por esta razón, Pichón Riviere (1966) menciona con respecto a la Psicología Social que ésta tiene como objeto el estudio del desarrollo y transformación de una realidad dialéctica entre formación o estructura social y la fantasía inconsciente del sujeto, asentada sobre sus relaciones de necesidad. El sujeto se concibe con una relación no armónica con su realidad social, en una permanente relación mutuamente transformante con el mundo. Esto lleva a pensar la relación sujeto – mundo como una relación conflictiva y contradictoria (Adamson, 2000).

En suma, las finalidades y propósitos de los grupos operativos pueden resumirse diciendo que su actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio. En el grupo operativo, el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial. Aprender va a permitir una apropiación instrumental de la realidad para modificarla (Adamson, 2000) (Chehaybar, 1995) (Mústieles, 1996).

El grupo operativo tiene propósitos, problemas, recursos y conflictos que deben ser estudiados y atendidos por el grupo mismo a medida que van apareciendo, su examen se efectuará con relación a la tarea y en función de los objetivos propuestos (Bleger, 1972). La tarea es el factor por el cual el grupo se ha reunido

para apropiarse de él y luego construir con él, es el tema, ocupación o título que hace converger sobre él todo el funcionar de la reunión (López, 1975). Su abordaje debe generar respuestas que provoquen rupturas en la vida cotidiana del grupo ante situaciones ya existente a partir de la creatividad del mismo grupo (Mustieles, 1994).

Uno de los aportes más valiosos de Pichón Riviere a la teoría de grupos es el concepto de vector, fenómeno que se produce de forma sistémica y reiterada en el proceso grupal y que puede ser utilizado para evaluar procesos grupales. Él distinguió siete vectores: afiliación, pertenencia, comunicación, aprendizaje, cooperación, pertinencia y telé. Los siete vectores se sitúan en un cono invertido que representa un continuo que va de los más explícito, parte superior, a los más implícito, parte inferior (Mustieles, 1994).

Considerado como grupo, el grupo operativo está constituido por un coordinador, que ayuda a los miembros a pensar abordando el obstáculo epistemológicos configurado por las ansiedades básicas (Cazau, 2002). El coordinador debe tener una formación académica y una rigurosa y amplia preparación en el campo grupal, además debe ser sensible a la observación, solo así podrá tener acceso fundamentado a la interpretación de proceso grupal y disponer de los medios favorables que propicien el rendimiento óptimo del grupo (Chehaybar, 1995).

El coordinador tendrá el apoyo de un observador quien registrará lo que acontece en el grupo. La observación que realiza, tanto el coordinador como el sujeto que cumple la función de observador, permite seguir el hilo conductor al proceso grupal, para entender el tipo de interacción y propiciar una dinámica de acción que permita al grupo un mejor funcionamiento y una mayor comprensión de lo que ahí sucede (Chehaybar, 1995).

El coordinador utiliza como instrumento el señalamiento de las situaciones manifiestas y la interpretación de la causalidad subyacente, esto con el fin de

propiciar en el grupo el abordaje de la tarea. El observador, por lo general no participante, recogerá todo el material expresado verbal y pre- verbalmente en el grupo, con el fin de realimentar al coordinador en un reajuste de la técnica de conducción (Cazau, 2002).

El coordinador del grupo debe tender a facilitar el diálogo y establecer la comunicación. Se debe evitar enfrentamientos estereotipados, de tal manera que las contradicciones se resuelvan en un proceso dialéctico de síntesis o de ubicación de cada término contradictorio en el contexto del proceso dialéctico (Bleger, 1972).

Los integrantes del grupo no solo aprenden a pensar, sino que permite aprender a observar y escuchar, a relacionar las propias opiniones con las ajenas, a admitir que otros piensen de distinto modo y a formular hipótesis en una tarea de equipo. Por esta razón, el funcionamiento de un grupo operativo oscila entre grados variables de cohesión y de dispersión, siendo todos ellos necesarios, de la misma manera que las variaciones entre homogeneidad y heterogeneidad. La dinámica grupal atraviesa necesariamente por periodos de confusión, de distinta intensidad y duración, todo, como un caos productivo que se presenta en todos los grupos (Bleger, 1972).

Bauleo, citado por Chehaybar, (1995), menciona tres elementos esenciales dentro del proceso de aprendizaje grupal y son: la información, la emoción, y la producción. La información puede venir de diferentes fuentes: del coordinador, de los miembros del grupo, por medios audiovisuales, por textos, etc., lo importante es que esta información sea seleccionada en función de la tarea grupal. La emoción o afectividad estará en relación a la forma como reciben la información, de ahí que pueda ser aceptada, rechazada, cuestionada, analizada o criticada. La elaboración de esta nueva información y el involucramiento grupal, puede ocasionar que el grupo avance hacia nuevos conocimientos, a "cierta satisfacción", lo que Bauleo llama, producción. De esta manera el grupo avanza,

logra una mayor claridad y se enfrenta a un nuevo panorama sobre la información que recibió al principio.

En el acontecer grupal, Pichón Riviere, citado por Mustieles (1994), menciona que los miembros del grupo desempeñan un papel o rol, donde los tres básicos son: 1- el portavoz, aquel que denuncia el acontecer grupal, las fantasías y necesidades grupales; 2- el líder, en quien el grupo deposita aspectos positivos; y 3- el chivo emisario, depositarios de las ansiedades que el grupo no puede elaborar.

Pichón Riviere (1966), desde el punto de vista de la unidad de trabajo que permite la tarea de esclarecimiento, describe tres etapas: el existente, la interpretación y el emergente. El existente es el material aportado por el grupo a través de un miembro cualquiera que oficia entonces, como portavoz. Ese material es interpretado por el coordinador del grupo y, como respuesta a esa interpretación, surge un nuevo emergente, conducta nacida de la organización de distintos elementos como acontecimiento sintético y creador (Cazau, 2002).

Desde el punto de vista de lo que sucede en cada sesión grupal, hay tres etapas cronológicas: apertura, desarrollo y cierre. Los “emergentes” de apertura deben ser cuidadosamente registrados por el observador y el coordinador, ya que todo ese material va a ser re trabajado durante la sesión, y es posible observar cómo reaparece, ya modificado en el momento del cierre (Cazau, 2002).

Desde el punto de vista del trabajo grupal, es posible distinguir tres instancias: pretarea, tarea y proyecto. La pretarea es una primera etapa eminentemente defensiva, donde el grupo se resiste al cambio y posterga la elaboración de las ansiedades básicas que lo paralizan. La tarea, eminentemente productiva, implica un abordaje de la situación anterior mediante una elaboración que rompa la pauta estereotipada que estanca el aprendizaje y reduzca las ansiedades básicas a un nivel no solo tolerable, sino también óptimo para el pleno funcionamiento productivo del grupo. Se trata de una tarea implícita pero que, en ese momento se

hace explícita. El proyecto, finalmente, surge cuando los miembros logran una pertenencia al grupo, pudiendo este plantearse objetivos que van más allá del aquí y ahora, y trazando una estrategia para alcanzarlos (Cazau, 2002).

El trabajo grupal parte de un ECRO (esquema conceptual referencial operativo) como un conjunto organizado de conceptos generales, teórico, referidos a un sector de lo real, a un determinado universo de discurso, que permiten una aproximación instrumental al objeto particular. Este ECRO está conformado por tres grandes campos disciplinarios que son las Ciencias sociales, el Psicoanálisis y la Psicología social sobre la que se apoya el marco conceptual (Adamson, 2000).

La teoría pichoniana toma del psicoanálisis su concepto de inconsciente, su concepto de deseo o fantasía que retraduce como necesidad, no en el sentido psicoanalítico sino como esa necesidad que se transforma a partir de la práctica social. De esta manera, el psicoanálisis permite la eficacia de las identificaciones vinculares inconscientes en la constitución del esquema referencial subjetivo que opera como ese conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo “piensa y hace” y que le permite operar en el mundo. El psicoanálisis también le posibilita una comprensión acabada de las vicisitudes subjetivas en los procesos de cambio (Adamson, 2000).

De las ciencias sociales, la teoría pichoniana, toma la concepción que permite pensar al sujeto situado y sitiado en una relación instituido – instituyente en la estructura social y la cultura a la que pertenece. De la psicología social se toman los aspectos teórico –prácticos de la dinámica grupal (Adamson, 2002).

El sujeto, es un sujeto que está contextualizado. Su subjetividad es configurada en un espacio y un momento histórico social específico que le otorga todo un universo de posibilidades pero le significa a la vez una cierta clausura de las posibilidades de representación simbólica. De esta manera no es una abstracción, es un sujeto histórico. No se trata de describir o explicar la realidad sino de

transformarla. Transformación que significa también transformarse (Adamson, 2000).

### **Sistematización del proceso grupal**

La sistematización es el procedimiento por el cual se describe, agrupa en categorías lógicas de análisis, reflexiona e interpreta, desde un esquema conceptual determinado, lo acontecido en una práctica social, con vistas a perfeccionar y poder transmitir a otras personas dicha práctica, así como contribuir a generar nuevos presupuestos teóricos desde los que intervenir (Mustieles, 1994).

La sistematización nunca debe entenderse como algo rígido e inmodificable. La experiencia y la creatividad de los profesionales, en su continuo quehacer en grupos, y desde los diferentes esquemas referenciales van enriqueciendo el trabajo de sistematización (Mustiéles, 1994) (Chehaybar, 1995).

### **Consideraciones sobre la educación en salud**

Las actividades de educación para la salud constituye un aspecto esencial dentro del abordaje terapéutico de las pacientes con diabetes mellitus (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999) (CCSS, 2002). Como menciona Soto (2002), refiriéndose al informe técnico sobre la efectividad de la educación Sanitaria en grupo en el marco de la atención Primaria: *“en diabetes, al igual que en otras condiciones mórbidas, la educación grupal debe entenderse como un conjunto de actividades con objetivos definidos y dirigidos a modificar la conducta de las personas y no una simple transmisión de conocimiento o tipo charlas educativas”* (Soto, 2002).

Será difícil que las mujeres diabéticas sigan las recomendaciones sobre dieta y actividad física sin que reciban una información adecuada sobre la importancia de

estos aspectos y sin motivarlas para que adquirieran protagonismo en el control de su enfermedad. La educación para la salud pretende mejorar la autonomía del paciente, preparándolo para tomar sus propias decisiones y ayudándolo a fijarse metas realistas para el tratamiento de su enfermedad.

Cuando se considera al sujeto como ente activo del proceso educativo, se rompe con la concepción tradicional de educación, capacitación, investigación y comunicación, en la que es el profesional quien ejecuta protagónicamente esos procesos y donde los sujetos juegan un papel de receptor pasivo, es decir, de objeto de proceso. Debe rechazarse esa comunicación vertical, autoritaria, unidireccional y proponer vías horizontales, democráticas, que no inhiban el potencial crítico y creador de los participantes, sino que, por el contrario, lo estimulen (UNICEF, 1988).

La modificación de hábitos se puede sustentar en la *teoría de la autosuficiencia*, que es la convicción de que la persona puede cambiar en forma exitosa; y en los *modelos de creencias en salud* que menciona que la persona cambia si tiene, mínimos niveles de motivación e información y se vea a sí misma como vulnerable, susceptible y amenazada a padecer de una determinada enfermedad y a su vez que no encuentre dificultad para el cambio (Amigo, 1998).

Modificar los hábitos, también toma en cuenta la *teoría de la acción social* que se sustenta en el hecho de que la adhesión debe ser deseada, el hábito saludable debe "autorregularse" entre las actividades auto protectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas, además los individuos se motivan a sí mismos a partir de sus expectativas sobre los resultados y establecen metas (Amigo, 1998).

La *teoría de la acción social* sostiene que el cambio de hábitos no se iniciará a menos que la persona crea que es capaz de ejecutar dicha acción y que dicha acción sea compatible, además con sus proyectos vitales (Amigo., 1998). Con

relación a la actividad física, se ha encontrado que la información, las instrucciones, los modelos, el aumento de la confianza de una persona a la hora de llevar a cabo un programa de ejercicio y la maximización de los incentivos, así como la minimización de las influencias negativas, pueden llevar a la auténtica adopción del ejercicio (American College of Sports Medicine., 2000).

La educación en grupos, en personas diabéticas presenta la ventajas derivadas del importante carácter motivador y reforzador que aportan las técnicas de grupo sobre los individuos (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 1999). En el grupo operativo, el proceso de aprendizaje funciona como una verdadera mayéutica en el sentido de que el grupo “saca” de cada uno lo que ya él tiene dentro de sí, en tanto va el grupo creando sus propios objetivos y descubrimientos mediante una activación de lo que en cada ser humano hay de riqueza y experiencia, aun por el simple hecho de vivir (Bleger, 1972).

Definir el encuadre grupal se hace necesario en el trabajo con grupos ya que sirve de guía, orienta y proporciona el máximo de posibilidades para lograr la tarea. El encuadre es una delimitación clara y definida de las principales características, tanto de fondo como de forma, que deberá tener el trabajo grupal a lo largo de todas las sesiones. Este encuadre toma claramente la forma de un contrato, ya que es establecido con base en un acuerdo grupal. Ejemplos son la agenda, el lugar de reunión, horarios y reglamentos, entre otros (Mustieles, 1994) (Chehaybar, 1995).

Bleger, (1972) menciona que los grupos operativos deben funcionar con un tiempo limitado y previsto, y con una frecuencia regular. Las sesiones deben durar más de una hora, pues se ha visto que el rendimiento aumenta pasado ese tiempo y cita a Riviere, quien observó incluso un alto rendimiento con varias horas seguidas.

Se ha visto que el número de sujetos para el trabajo grupal es un factor importante para el cumplimiento de los objetivos, se ha encontrado que grupos

pequeños son más exitosos, que grupos grandes. Saragossi, (2001), en su artículo "Una estrategia para el cambio", de sus trabajo con personas diabéticas, menciona que la experiencia grupal debe desarrollarse en un tiempo limitado de 10 a 12 sesiones de una hora y media de duración cada una. La frecuencia es semanal y el número de pacientes es de 8 a 12.

Llano y colaboradores (1999), trabajaron durante tres meses, en reuniones semanales de 2 horas, en un estudio para evaluar los niveles de ansiedad y depresión en una intervención grupal en pacientes en rehabilitación cardiaca. Trabajó con 15 sujetos, donde observó una disminución significativa de la ansiedad a finalizar la intervención. Menciona, además que la ventaja de trabajar con grupos de 15 personas o más, es que permiten realizar una selección aleatoria de la muestra.

Mústieles, (1993 y 1996), con amplia experiencia en trabajos utilizando la técnica de grupo operativos, se refiere al espacio grupal como el espacio físico en que se desarrolla la sesión grupal. Este espacio debe ser amplio para que sus miembros puedan moverse libremente, el ambiente debe ser íntimo y cuando hay ventanales amplios, él recomienda cubrirlos con papel para lograr que sus integrantes hablen tranquilamente y puedan realizar trabajos de expresión corporal.

## Capítulo III

# METODOLOGÍA

### Tipo de investigación

La investigación es experimental y se desarrolló utilizando metodología cualitativa y cuantitativa. Fue experimental porque fue una “*experiencia científica*” en la cual se provocó deliberadamente un cambio y se observó e interpretó su resultado, contó con referentes conceptuales y marcos teóricos que permitieron programar la experiencia (Gallardo, 1994).

La intervención educativa utilizando grupo operativo, buscó cambios favorables para las mujeres diabéticas en cuanto a hábitos alimentarios y ejercicio físico, para ello se aplicaron los formularios antes y después del proceso y se realizó el análisis y la interpretación científica cuantitativa y cualitativa.

Fue *cualitativa* porque la metodología estuvo constituida por un conjunto de métodos homogéneos con principios generales y con una aplicación directa en todos los casos. Buscó y encontró estructuras que estuvieron constituidas por todos los tipos de dependencia y relaciones no solamente causales. Los datos se recogieron en forma descriptiva: palabras y conductas manifiestas por las mujeres que participaron en la investigación, específicamente, lo que le sucedió a las mujeres diabéticas dentro del proceso grupal o en la entrevista (Taylor, 1992).

El diseño de la investigación fue flexible y el escenario y las personas fueron vistas por la investigadora desde una perspectiva holística y humanista.

## Población y muestra

**Sujetos:** Se estudiaron 27 mujeres, 26 costarricenses y 1 nicaragüense con más de 25 años de residir en Costa Rica. Todas son diabéticas tipo II, con más de 5 años de diagnóstico de la enfermedad, con un índice de masa corporal mayor a 30 y con edades comprendidas entre los 45 y 59 años. Estas mujeres, residentes de la ciudad de Heredia, trabajan en sus hogares, realizando oficios domésticos y todas cuentan con posibilidades físicas para realizar actividad física. Todas las mujeres estudiadas conviven con familiares y el 59% convive con su pareja y el 41% vive sin ella.

Las mujeres se dividieron en dos grupos de estudio. Grupo experimental (n= 16) (edad:  $52.00 \pm 3.88$ ) y grupo control (n= 11) (edad:  $52,09 \pm 4,61$ ), no mostrando, ambos grupos, al inicio de la investigación diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) en cuanto a la edad, el peso, el índice de masa corporal, el nivel de ingreso y el número de hijos ( $3,75 \pm 2,01$  y  $4,27 \pm 2,14$ , del grupo experimental y del control respectivamente).

Para efectos de la investigación, se escogieron mujeres que no trabajaban fuera de sus casas, con el objetivo de que pudieran asistir a las sesiones que se realizaron una vez a la semana, en horas de la mañana.

Los datos encontrados en cuanto a nivel socioeconómico, número de hijos y escolaridad fueron coincidentes en ambos grupos, ya que el grupo de los controles y el experimental no mostraron diferencias significativas ( $p > 0.05$ ). Todas saben leer y escribir. Del total de la muestra, el 55% llegó al nivel de primaria y un 45 % llegó a la secundaria.

## **Variables**

En la presente investigación las variables son definidas de la siguiente forma:

### **Variable independiente**

**Educación grupal:** Se refiere a una educación grupal, con técnica de grupo operativo que se impartió durante diez sesiones a un grupo de mujeres con diabetes mellitus II y que se detalla a continuación:

Del total de las mujeres, 16 conformaron el grupo experimental. El resto de las mujeres (11) no recibieron ningún tratamiento (grupo control). Se retiraron 5 mujeres por las siguientes causas: una falleció por complicaciones de la diabetes, dos mencionaron que no deseaban realizarse los exámenes finales por criterios errados ya que consideran que al sacarse sangre le aparecen enfermedades que no tenían y que es mejor no arriesgarse. Dos mujeres fueron eliminadas por los trastornos metabólicos y los internamientos, arrojando valores altamente manipulados por los tratamientos médicos y quirúrgicos.

El grupo experimental recibió una guía alimentaria basada en las recomendaciones nutricionales para diabéticos de la Asociación Americana de Diabetes (2002) y de la Caja Costarricense del Seguro Social (2002) (ver anexo 5), la cual se vio reforzada por el consumo de meriendas nutritivas, balanceadas y adecuadas para diabéticos en cada una de las sesiones. También recibieron una guía sobre actividad física (ver anexo 7) donde se promovió que las mujeres realizaran ejercicio, como parte de sus actividades cotidianas, iniciando con 15 a 20 minutos, 3 a 4 veces por semana e ir progresando hasta llegar de 45 a 50 minutos. Esta guía incluye un control sobre la intensidad del ejercicio utilizando la escala de 10 puntos esfuerzo percibido de Borg (EEP) modificada, iniciando con 3, y llegando a 4 ó 5 en forma progresiva (ver anexo 8) (Wilmore, 1998) (American College of Sport Medicine, 2000).

En cada una de las sesiones se realizaron ejercicios utilizando diversos recursos de fácil acceso para cada una de ellas, tales como el radio, sombrillas, escobas, paseos imaginarios y otros (Vargas, 1992); y se estructuró una sesión de ejercicios que incluía calentamiento, estiramiento, la actividad elegida para ese día (ejemplo: baile, juegos, paseos imaginarios), ejercicios de relajación y de vuelta a la calma.

**Las sesiones:** Para la organización del grupo se tomó el cuenta, el deseo de estas mujeres para participar, lo cual se formalizó en un documento escrito (ver anexo 11). Se explicó a las mujeres que el grupo tenía un inicio y un fin, donde todas las mujeres se incorporarían y finalizarían al mismo tiempo.

Las sesiones se realizaron una vez a la semana, en forma consecutiva y tuvieron una duración de 2 horas/ sesión. Se contó con una sala amplia y con mobiliario para sesionar. Como característica importante, el lugar de las reuniones se encontraba ubicado cerca de la sección de emergencias médicas del hospital y de los consultorios médicos donde estas pacientes recibían consulta en forma periódica, previendo de esta manera cualquier emergencia clínica de las integrantes del grupo.

**Escenarios:** Cada sesión se realizó a partir de diferentes escenarios que fueron los siguientes: un espacio para la realización del movimiento humano, un espacio para desarrollar la teoría, un espacio para socializar y un espacio para desarrollar el trabajo grupal.

Cada espacio se suscribió en un tiempo previamente definido, donde se realizaron diferentes actividades. En general, esta estructura estuvo formada por: apertura, ejercicio físico dirigido, desarrollo de un tema, aclaración de conceptos teóricos, espacio para alimentación, espacio libre para necesidades urgente – personales, la sesión grupal y el cierre (ver anexo 1).

**Reglas del grupo:** Fue necesario establecer ciertas reglas que debían ser compartidas por todas. Estas reglas fueron sugeridas desde la coordinación y también desde el grupo mismo. La aplicación de estas reglas permitió que se trabajara en un ambiente de respeto mutuo, de seguridad y de libertad de expresión que privó durante todas las sesiones.

Se rescatan las principales reglas que fueron vitales para el cumplimiento de la tarea grupal: sin interrupciones ajenas a la sesión (retiro de medicamentos y otros), libre temática y libre participación, ley del secreto grupal: “confidencialidad”, trabajar sin burlarse y sin interrumpir a las compañeras, escucha atenta y guardando silencio cuando una compañera o la coordinadora esté hablando. Además, el involucramiento de las mujeres con relación a su participación activa en las sesiones y al seguimiento de las recomendaciones a realizar en su vida diaria. Recomendaciones que, en última instancia son sugeridas a partir “de lo grupal”. Otra regla, que “alivió” en mucho a las mujeres, fue, que cuando alguna se iba a atrasar (llegar tarde a la sesión) lo manifestara previamente al grupo.

**Nivel pedagógico:** Lo teórico de las sesiones se sustentó en las siguientes áreas temáticas: Diabetes mellitus, Alimentación, Ejercicio físico y Violencia. Los tres primeros temas surgen de la coordinación y el último es propuesto por el grupo, que surge como emergente grupal.

En todas las sesiones, el componente alimentario se reforzó con el consumo de refrigerios dirigido a este grupo de mujeres diabéticas y obesas y el componente de ejercicio físico se apoyó en sesiones de ejercicios que se dieron en todas las sesiones grupales.

**Etapas:** Las etapas se sustentan en un teórico que surge de la coordinación y de lo grupal, tienen una duración de dos semanas. Las etapas trabajadas fueron las siguientes:

## **Etapa 1**

### Ejes temáticos:

- *El auto cuidado en la diabetes mellitus.*
- *El síntoma físico como lenguaje*
- *Componentes básicos del auto cuidado: buena alimentación y buen ejercicio físico*

### Objetivos:

1. Describir los factores psicológicos que obstaculizan la conducta de autocuidado.
2. Reconocer en el cuerpo el síntoma físico como lenguaje
3. Lograr una mayor aceptación y protagonismo en el cuidado de la enfermedad
4. Dar una guía de alimentación y de ejercicio físico para el auto cuidado

## **Etapa 2**

### Ejes temáticos:

- *La enfermedad como oportunidad de auto conocimiento*
- *La violencia infantil y su relación con la enfermedad en la vida adulta*

### Objetivos

1. Avanzar en el conocimiento de los factores psicológicos que obstaculizan la conducta de auto cuidado.
2. Identificar las medidas de auto cuidado en el tratamiento de la enfermedad
3. Analizar los cambios individuales con respecto a hábitos alimentarios y ejercicio físico
4. Lograr una mayor aceptación y protagonismo en el cuidado de la enfermedad
5. Identificar los mecanismos adaptativos y la estrategias de sobrevivencia ocasionados por la violencia infantil en las diferentes etapas de la vida
6. Relacionar la conducta de subordinación, sustentada en el sistema patriarcal; con las conductas transgresoras en el cuidado de la enfermedad.

### **Etapa 3**

#### Ejes temáticos:

- *Estar enfermo en familia*
- *La violencia y el impacto psicológico en la autoestima de las mujeres*

#### Objetivos

1. Descubrir nuevos recursos que favorezcan el cambio de hábitos
2. Expresar los sentimientos de impotencia ante la Enfermedad
3. Abordar la Enfermedad en el contexto familiar
4. Utilizar los alimentos y el ejercicio físico como elementos identificatorios de resistencia ante el cambio.
5. Rescatar las conductas de autocuidado que favorecen la puesta de límites en el contexto familiar y social

### **Etapa 4**

#### Eje temático:

- *El porqué de los grupos*
- *La tarea grupal*

#### Objetivos

1. Favorecer la integración y cohesión grupal identificando los elementos de la conducta humana que buscan y encuentran refuerzo a partir de "lo grupal".
2. Contener y analizar las ansiedades, angustias, fantasías y defensas que frente a la enfermedad, el tratamiento, el deterioro y la muerte, están implicados en la tarea específica del grupo

### **Etapa 5**

#### Eje temático:

- *Reconectándome con las emociones y sentimientos*
- *El duelo ante el cierre del grupo*

#### Objetivos

1. Identificar los recursos que dan soporte a los cambios de hábitos realizados o

por realizar

2. Describir el abordaje de la enfermedad en el contexto social
3. Mencionar propósitos y metas individuales y grupales a futuro
4. Describir acciones concretas a tomar ante la modificación de hábitos y de la actividad física
5. Expresar los sentimiento que sobre el auto cuidado se han propiciado a través de las sesiones
6. Analizar en forma grupal qué me llevo y qué le dejo al grupo como parte de la sesión de "cierre grupal".

### **Variables dependientes**

**Índice de masa corporal (IMC):** Determinó el nivel de sobrepeso y obesidad de las mujeres en estudios, antes y después de la intervención y su asociación con la diabetes mellitus II.

**Relación cintura cadera (RCC) y cintura (C):** Midió el riesgo de enfermedad coronaria y de complicaciones de la diabetes mellitus II ocasionado por la acumulación de grasa abdominal.

**Hábito de fumado:** Midió el riesgo de enfermedad coronaria y de complicaciones de la diabetes mellitus II asociado al uso del tabaco.

**Hábito de consumo de bebidas alcohólicas:** Midió el riesgo de enfermedad coronario y de complicaciones de la diabetes mellitus II asociado al consumo de alcohol

**Hábitos alimentarios:** Midió la frecuencia, gustos y preferencias y forma de preparación de algunos alimentos, que se seleccionaron según los hábitos

costarricenses y su relación con el favorecimiento o no de las complicaciones en la diabetes mellitas II.

**Estados de cambio:** Midió el estado de cambio frente a la alimentación y al ejercicio físico según las diferentes etapa que son la pre- contemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento.

**Nivel de ejercicio físico:** Midió el ejercicio que realizaron en el tiempo libre, diariamente o por semana con el fin de valorar los beneficios asociados al ejercicio físico en cada una de las mujeres diabéticas II.

**Niveles de glicemia en ayunas:** Midió el control metabólico al inicio y al final de la intervención y contribuyó con mostrar el auto- cuidado que realizaron las mujeres con diabetes mellitus II.

**Hemoglobina glicosilada (HbA1c):** Estimó la regulación de la diabetes durante el periodo de tres meses inmediatamente anterior. Además, contribuyó con la predicción del riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes mellitas II y con mostrar el auto- cuidado que realizaron estas mujeres.

**Colesterol total:** Midió el control metabólico al inicio y al final de la intervención y contribuyó con mostrar el auto- cuidado que realizaron las mujeres con diabetes mellitus II y con la predicción del riesgo ante la enfermedad coronaria.

**Colesterol HDL:** Midió el control metabólico al inicio y al final de la intervención y contribuyó con mostrar el auto- cuidado que realizaron las mujeres con diabetes mellitus II y con la predicción del riesgo ante la enfermedad coronaria.

**Colesterol LDL:** Midió el control metabólico al inicio y al final de la intervención y contribuyó con mostrar el auto- cuidado que realizaron las mujeres con diabetes mellitus II y con la predicción del riesgo ante la enfermedad coronaria.

**Triglicéridos:** Midió el control metabólico al inicio y al final de la intervención y contribuyó con mostrar el auto- cuidado que realizaron las mujeres con diabetes mellitus II.

## **Instrumentos y materiales**

### **Educación grupal:**

Con el grupo conformado por las mujeres diabéticas, la investigadora desarrolló diferentes temas en cada una de las diez sesiones de acuerdo a un cronograma establecido, con dos horas de duración por sesión. Además, las sesiones contaron con una estructura y un encuadre previamente definido

Para valorar el cambio, antes y después de la intervención se siguieron los siguientes procedimientos, según las mediciones respectivas:

### **Índice de masa corporal**

**Medición:** Peso/ talla 2

**Criterio de evaluación:**

<b>Normal:</b>	<b>20 a 24.9</b>
<b>Obesidad I:</b>	<b>25 a 29.9</b>
<b>Obesidad II:</b>	<b>30 a 40</b>
<b>Obesidad III:</b>	<b>&gt; 40</b>

**Referencia:** Se utilizó la clasificación del Manual de la American College of Sport Medicine (1999) para la Valoración y Prescripción del Ejercicio. Las medidas se tomaron según protocolo establecido (Castro 1992) (ver anexo 2).

## Relación cintura - cadera y cintura

**Medición:**  $\frac{\text{Cintura (cm)}}{\text{Cadera (cm)}}$  y Cintura (cm)

La medición se realizó utilizando cinta métrica no extensible

**Criterio de evaluación:** Se clasifica según se encuentre o no dentro de las zonas de riesgo:

<b>Bajo Riesgo:</b>	<80cm de cintura <0,75 RCC
<b>Riesgo moderado:</b>	80 a 88cm de cintura 0,75 a 0,85 RCC
<b>Riesgo alto:</b>	>88 cm de cintura >0,85 RCC

**Referencia:** Recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de Salud (Saavedra, 1999). Las medidas se tomaron según protocolo establecido (Castro 1992) (ver anexo 3).

## Entrevista motivacional

Es una técnica que se aplicó durante la entrevista donde, no solo se obtuvo información, sino que se le devolvió a las mujeres entrevistadas, en forma verbal, y en el mismo momento, una guía para mejorar o porque se dio respuesta a las dudas que fueron surgiendo a partir de la entrevista misma.

La entrevista motivacional es una estrategia clínica que se aplicó a ambos grupos: experimental y control al inicio y al final, para aumentar la motivación de las mujeres hacia el cambio.

## Datos generales y Hábitos alimentarios

**Medición:** se determinó el nivel de frecuencia de algunos alimentos, en el tiempo y se describieron las conductas alimentarias entre ambos grupos, para ello, se realizó una entrevista antes y después de la intervención y se llenó un formulario previamente probado por la investigadora (ver anexo 4).

**Criterio de evaluación:** se realizaron comparaciones entre ambos grupos, antes y después y se describieron las conductas alimentarias. El grupo experimental recibió una guía alimentaria verbal y escrita, basada en las recomendaciones nutricionales para diabéticos de la Asociación Americana de Diabetes (A.D.A., 1999) y de la Caja Costarricense del Seguro Social (2002) (ver anexo 5).

## Hábitos de ejercicio físico

**Medición:** se aplicó un formulario donde el componente de la actividad a evaluar fue el tiempo libre. Se hizo referencia a las actividades usuales sin el componente del tiempo. Midió el número de veces por semana que las mujeres diabéticas realizaron actividad física y con estos datos se realizaron las comparaciones entre los grupos. Para recoger la información se utilizó la entrevista antes y después de la intervención

**Criterio de evaluación:** intenso, moderado y suave

**Referencia:** se utilizara el *"Formulario de ejercicio en el tiempo libre de Godin"*. (*Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1997), (ver anexo 6).

El grupo experimental recibió una guía para la realización de ejercicio físico basada en recomendaciones internacionales (American College of Sport Medicine, 2000), (American Diabetes Association, 2001) y nacionales (CCSS, 2002),

iniciando con 15 a 20 minutos, 3 a 4 veces por semana hasta llegar a 45 a 50 minutos al final de las sesiones, y utilizando como intensidad la escala de esfuerzo percibido de Borg (EEP) (ver anexo8), iniciando con 3, y llegando a 4 ó 5 al final de las sesiones (ver anexo 7 ).

**Niveles bioquímicos: glicemia, Hemoglobina glicosilada (HbA1c), Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL y Triglicéridos.**

En todos los casos fueron mediciones sanguíneas de cada una de las mujeres diabéticas, las pruebas se realizaron en el laboratorio del Hospital San Vicente de Paúl al inicio y una vez finalizada la intervención. La hemoglobina glicosilada se analizó en el Hospital México.

**Criterios de evaluación:** bueno, aceptable y malo (ver tabla 3 y anexo 9).

**Referencia:** Se utilizará los valores de la American Diabetes Association (999) y de la National Cholesterol Education Program (2001)

**Estados de cambio**

**Medición:** se determinó el estado de cambio de la dieta y del ejercicio físico, antes y después de la intervención en ambos grupos: experimental y control. Los datos se recogieron en un formulario (ver anexo 10).

**Criterios de evaluación:** Estados de cambio favorables porque se están ejecutando en el momento de la entrevista son la acción y el mantenimiento; y desfavorables porque no se están ejecutando son los siguientes: pre-contemplación, contemplación y preparación.

**Referencia:** Modelo de cambio por etapas, también conocido como modelo transteorético de cambio del comportamiento, desarrollado por Prochaska y DiClemente (Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe, 2000) (Beato, 2002).

**Materiales y Recursos:** El Hospital San Vicente de Paúl, en Heredia facilitó el aula, la balanza, el tallímetro y la realización de los exámenes bioquímicos. Y por no contar con el equipo necesario, la hemoglobina glicosilada se analizó en el laboratorio del Hospital México, gestión que realizó la dirección médica de este hospital.

Otros materiales fueron aportados por la investigadora como se detalla a continuación: cinta métrica no extensible, muestras de alimentos, refrigerios, equipo de sonido, grabadora, música, hojas de papel, cartulinas, lápices de colores, marcadores, cronómetro, bolsos, bolas, mecates, sombrillas, escobas, manteles, tijeras, chinches y todo el equipo para degustar: platos, vasos, tazas, tenedores, hieleras, termos y edulcorantes artificiales.

Se contó con los formularios desarrollados para la investigación: Formulario No.1: Datos generales, hábitos alimentarios y frecuencia de consumo de alimentos, Formulario No.2: Ejercicio en el tiempo libre y Formulario No.3: Estados de Cambio.

También se contó con la colaboración de una observadora del proceso grupal que estuvo en cinco de las diez sesiones. Esto debido a que inicialmente se contaba con dos observadoras, pero cuando ya la investigación había iniciado, una de ellas decidió no participar. En vista de esto, se tomó la decisión de que, en cinco de las diez sesiones, la coordinadora asumiría también el rol de observadora, proceso que sucedió sin mayores contratiempos. Esto ocasionó una modificación al trabajo en grupo operativo, que coincidió en parte, con el trabajo en grupos operativos en el aula universitaria, donde el profesor cumple a su vez el papel de coordinador y de observador (Chehaybar, 1995).

Tanto la observadora como la coordinadora cuentan con experiencia en el trabajo en grupos y con el grado académicos de maestría de “Estudios en Psicología Grupal”.

## **Procedimientos para la recolección de la información**

1. Autorización del Hospital San Vicente de Paúl
2. Recolección de los datos

Para recoger los datos, se procedió primeramente a seleccionar la muestra de la siguiente forma: la investigadora contó con cinco fuentes de datos de pacientes: a) la base de datos de consulta por enfermedades crónicas, en la unidad de emergencias médicas, durante el año 2002 del Hospital San Vicente de Paúl, b) la base de datos de la Sección de Nutrición de este hospital, durante el año 2002. Con estas dos fuentes se procedió a realizar una extensa revisión de expedientes clínicos en el centro de documentación, c) la base de datos de la Clínica Francisco Bolaños: Área Cubujuquí, del centro de la ciudad de Heredia, d) la base de datos de la Asociación Herediana de Hipertensos y Diabéticos y e) la captación en el momento de la consulta externa de los pacientes que asisten regularmente a la consulta en medicina interna del Hospital San Vicente de Paúl, previa selección de expedientes.

Luego de seleccionado un amplio número de mujeres se procedió a contactar con cada una de ellas, ya sea durante la cita médica o mediante visita domiciliar. En algunos casos el primer contacto fue mediante una llamada telefónica a sus casas.

Una vez conformado los dos grupos: 16 mujeres en el experimental y 16 en el control, se procedió a solicitarles su aceptación a participar y que firmaron el documento de compromiso para participar en la investigación (ver anexo 11).

Se coordinó una primera cita para llenar los formularios y seguidamente, otra cita para la realización de los exámenes bioquímicos en el laboratorio del Hospital San Vicente de Paúl.

Las mujeres del grupo control no recibieron ningún tratamiento, más que la entrevista motivacional, al inicio y al final de la investigación. El grupo experimental además de la entrevista motivacional, participó en diez sesiones semanales de dos horas de duración con el fin de dar educación y provocar un cambio en la alimentación y en la actividad física.

### **Análisis de los datos**

- a. **Análisis estadístico:** Las comparaciones entre los grupos, al inicio de la investigación, se realizaron mediante pruebas t de Student. Las comparaciones de las medias de frecuencia de consumo de los alimentos y de ejercicio físico se realizaron mediante la prueba de chi – cuadrado. Los resultados obtenidos de pruebas bioquímicas son expresados en términos de promedios  $\pm$  Desviaciones Estándar y las comparaciones para cada variable fueron realizadas por medio del análisis de varianza del paquete estadístico SPSS versión 8, con un 95% de confianza.
  
- b. **Proceso grupal:** Los resultados del proceso grupal se basaron en la investigación cualitativa. El acontecer grupal se registró en cada sesión y tomó en cuenta las palabras, los sentimientos y las conductas que manifestaron las mujeres. El diseño fue flexible de tal manera que, el escenario se vio influenciado por el deseo grupal, aún así, las sesiones contaron con una estructura, un encuadre y un desarrollo de temas previamente definido.

La investigadora trabajó y estudió a las mujeres desde una perspectiva holística, donde confluyó el contexto de su pasado con las vivencias

actuales. Todo este acontecer se vio afectado por las patologías que padecen y que operaron como emergentes dentro del proceso grupal.

La investigadora, como facilitadora del proceso, intentó conocer y entender lo que las mujeres sienten en sus luchas cotidianas frente a la enfermedad, para, posteriormente, mediante los señalamientos, contribuir con la búsqueda de soluciones que facilitaron el tratamiento y el autocuidado. En este sentido el aporte del grupo fue un pilar fundamental en los cambios que lograron cada una de las mujeres.

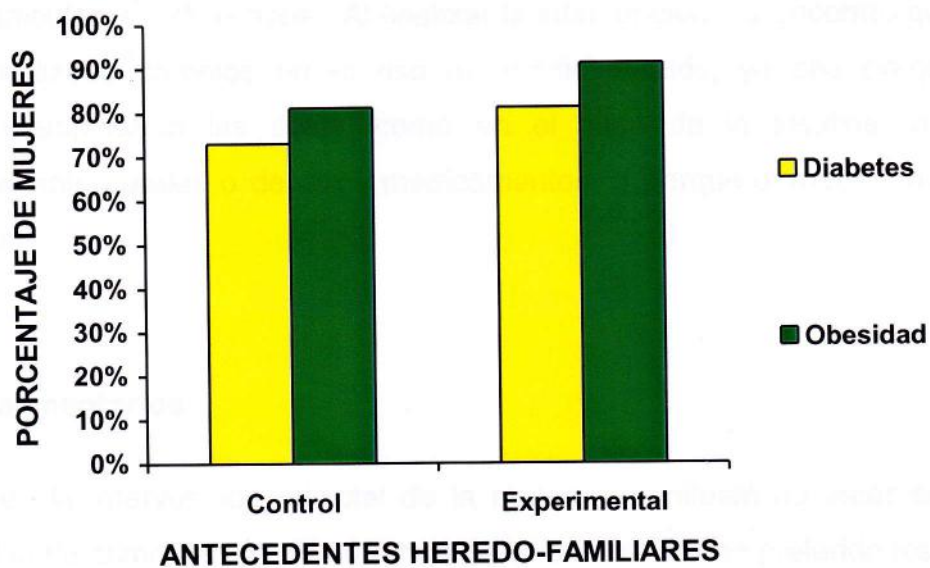
## Capítulo IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### Antecedentes heredofamiliares de diabetes y obesidad

El 81% de las mujeres del grupo experimental y el 73% del grupo control, mostraron tener antecedentes familiares de diabetes mellitus en la primera generación: padres y hermanos. En cuanto a obesidad, el porcentaje fue de 81% para el grupo control y de 91% para el grupo de los casos (Gráfico No.1).

**GRÁFICO 1. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES DE DIABETES MELLITUS Y DE OBESIDAD, EN LAS MUJERES DEL ESTUDIO (n=27)**



Los datos mostraron una gran influencia familiar en la aparición de la obesidad y de la diabetes mellitus, en estas mujeres. Estos datos concuerdan con lo mencionado por la American Diabetes Association (1998), donde los individuos

con antecedentes familiares en primer grado de diabetes, presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad.

Los antecedentes sobre obesidad son alarmantes tanto en los controles como en el grupo experimental, ya que más del 80% presentan antecedentes familiares de obesidad, en primer grado, y esta enfermedad por sí misma está asociada, además de la diabetes, con otras enfermedades como son los padecimientos cardiovasculares y la hipertensión arterial (American Diabetes Associatio, 1998).

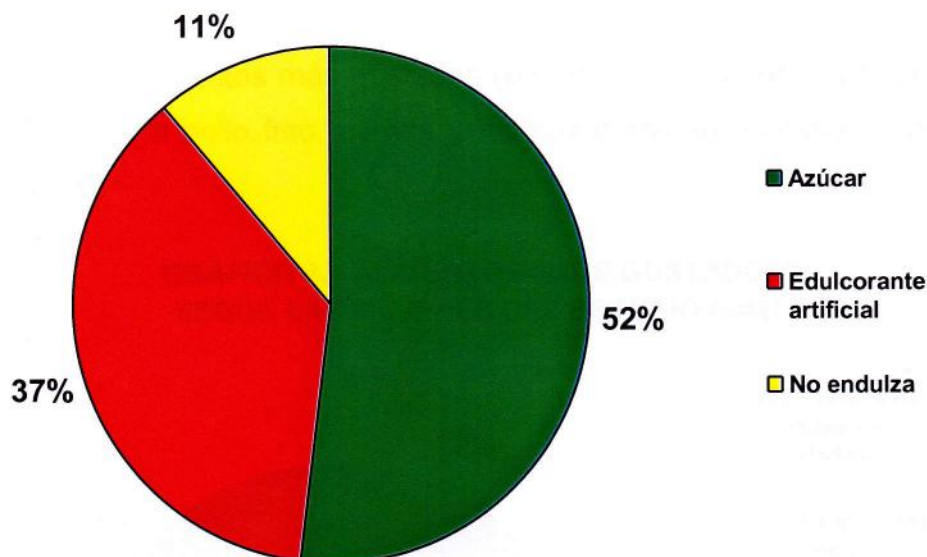
### **Utilización de medicamentos para el control de la enfermedad**

Las mujeres, al inicio de la investigación manifestaron que utilizaban medicamentos para el control de la enfermedad y otras patologías asociadas y que en algunas ocasiones recurrían a “remedios caseros”, principalmente para dolores articulares o digestivos. Al finalizar la intervención, se encontró que todas habían realizado cambios en el uso de medicamentos, ya sea porque ellas mismas manipulaban las dosis, como en el caso de la insulina, o de los hipoglicemiantes orales o de otros medicamentos, o porque el médico prescribía los cambios.

### **Hábitos alimentarios**

Al inicio de la intervención, el total de la mujeres manifestó no estar siguiendo ningún plan de alimentación. El 60% manifestó como bebidas preferida los frescos azucarados y el 48% menciona que no le gusta tomar agua. Es importante resaltar que cuando se les pregunta a las mujeres ¿con qué le da el sabor dulce a las bebidas? el 52% contesta que con azúcar, el 37%, con edulcorantes artificiales y un 11% no usa nada (Gráfico No.2).

**GRÁFICO 2. FORMAS DE ENDULZAR LAS BEBIDAS,  
SEGÚN LAS MUJERES DEL ESTUDIO (n=27)**



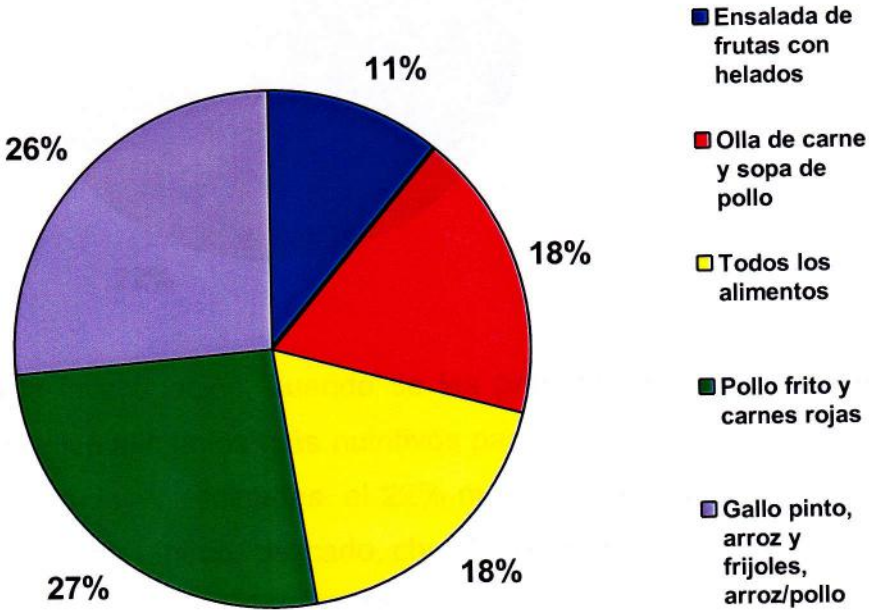
El azúcar (sacarosa), por sí mismo, tiene un índice glicémico alto (de 87) y aunque, en investigaciones recientes, la sacarosa de mesa tiene respuestas glicémicas semejantes a otras harinas como el arroz, el pan y la papa, este hábito va a contribuir con la hiperglicemia como respuesta al total de carbohidratos presentes en la dieta. Además, la respuesta de la glicemia a un consumo exagerado de carbohidratos simples puede conducir a elevaciones en los niveles de triglicéridos y a una mayor dificultad en la pérdida de peso de las pacientes (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000)

Otros hábitos manifestados por ambos grupos son los siguientes: el 56% del total de las mujeres manifestó como postres preferidos el queque con helados y la repostería, seguido de (18%) tres leches y el arroz con leche. El 59% menciona que los alimentos que "pican" durante el día son, en primer lugar las galletas, queques, pan dulce y repostería y, en segundo lugar (18%) confites, tapa de dulce y chocolates.

Los horarios de alimentación y el consumo de platos con mayor densidad energética, muestran que ( $p>0.05$ ) el 41% come 4 veces al día, el 33% come de 5 a 6 veces al día y el 26% come de 2 a 3 veces al día.

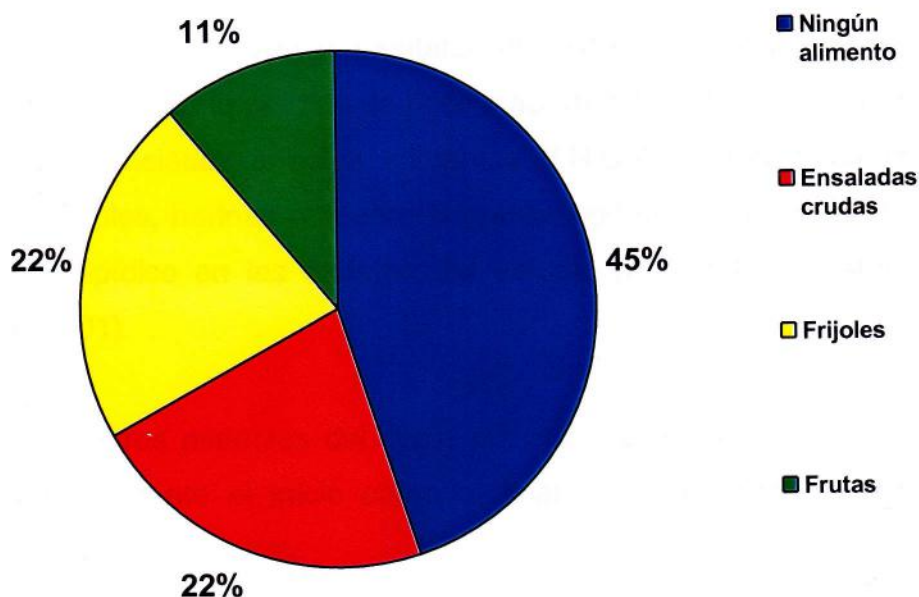
Referente a los alimentos más gustados ( $p>0.05$ ), vemos que las mujeres tienen preferencias por el pollo frito, carnes y harinas como se muestra a continuación (Gráfico No.3).

**GRÁFICO 3. ALIMENTOS "MÁS GUSTADOS", SEGÚN LAS MUJERES DEL ESTUDIO (n=27)**



Los alimentos que más disgustan, a las mujeres del estudios, son precisamente los que podrían estar relacionados con un mejor control en la diabetes y en el peso corporal: frutas, ensaladas crudas y frijoles. Claro está, en concordancia con su obesidad, el 45% mencionan que les gusta comer de todo (ver gráfico 4)

**GRÁFICO 4. ALIMENTOS QUE "MÁS DISGUSTAN"  
SEGÚN LAS MUJERES DEL ESTUDIO (n=27)**



Al inicio de la investigación, cuando se les pregunta a las mujeres del estudio ( $p>0.05$ ) sobre los alimentos más nutritivos para ellas, el 48% manifiesta que son los vegetales crudos y cocinados, el 22% menciona al grupo de las "proteína de alto valor biológico": hígado, pescado, chuleta, huevos y leche. Un 15% manifiesta que son las sopas y el caldo de frijol, un 7% menciona a las frutas, un 4% menciona que "ningún alimentos" y un 4% menciona que "todos los alimentos".

En cuanto a los alimentos más dañinos ( $p>0.05$ , entre grupos), el 41% manifestaron que son los dulces y la repostería, un 32% las carnes, seguida de las harinas(7%). Otros alimentos considerados como dañinos, con un porcentaje igual al 4% son: las grasas, el banano, los frijoles y el licor. Un 4% menciona que ningún alimento es perjudicial para su salud.

Al final de la intervención, todos los controles y un 36% de los casos manifestó seguir un plan de alimentación que consistía fundamentalmente en una reducción del consumo bebidas gaseosas con azúcar, mermeladas, miel de abeja, postres y bebidas azucaradas en general, una disminución en el consumo de pan y repostería y un aumento en el consumo diario de frutas, ensaladas y agua.

El hecho de que las mujeres aumentaron el consumo de leguminosas, vegetales y frutas podría facilitar la pérdida de peso y además beneficiarse de la fibra y de los fitoquímicos asociados a estos alimentos (I.N.C.A.P., 1996). La reducción en azúcares simples, harinas refinadas y grasas podría contribuir con la normalidad en el perfil lipídico en las mujeres del estudio (National Cholesterol Education Program, 2001).

En cuanto a otros aspectos del estilo de vida, se encontró que las mujeres de ambos grupos, tanto al inicio como al final de la intervención, no consumen alcohol y no son fumadoras.

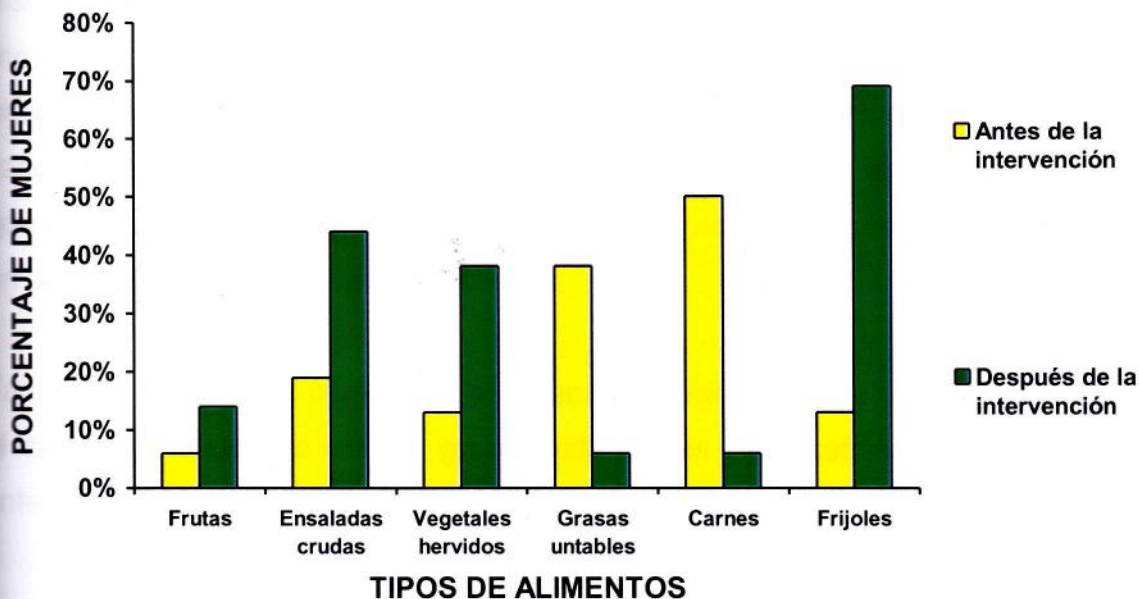
### **Frecuencia de consumo de alimentos**

Para la investigación se eligieron solamente algunos alimentos, que se asume podrían estar relacionados con los trastornos metabólicos en la diabetes mellitus tipo II.

Comparando ambos grupos, al inicio de la intervención y al final, los datos sobre frecuencia de consumo de alimentos muestran que el consumo diario de frutas ( $p=0,041$ ), de ensalada ( $p=0,005$ ), de vegetales cocinados ( $p=0,027$ ) y de frijoles ( $p=0,029$ ), aumentaron significativamente en el grupo experimental. La mantequilla o margarinas ( $p=0,003$ ), al igual que las carnes de res y de pollo ( $p=0,000$ ) disminuyeron significativamente en este mismo grupo (ver gráfico No.5).

El grupo control no mostró diferencias de frecuencias de consumo en los alimentos mencionados, antes y después de la investigación.

**GRÁFICO 5. FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN (n=16)**



Las mujeres que asisten a las sesiones presentan una mayor facilidad para modificar la frecuencia de consumo de aquellos alimentos que podrían contribuir con el control metabólico de su enfermedad, de tal manera que se aumenta el consumo de vegetales hervidos, alimentos crudos: frutas y ensaladas; y se disminuye el consumo de grasas untables (UNICEF, 1988) American Diabetes Association, 2001).

En cuanto a la preferencia por grasas para cocinar, no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos, mostrando el siguiente comportamiento: 63% usan aceite poliinsaturado y un 47% usan manteca vegetal. El consumo de huevos, de queso, de embutidos y de carne de cerdo, pese a que tuvo un

comportamiento parecido en ambos grupos, mostraron diferencias significativas al disminuir su consumo. El consumo de pescado en ambos grupos no mostró frecuencias de consumo importantes al inicio y esta conducta no se modificó al finalizar la investigación.

El consumo de frescos naturales y de agua no mostró diferencias significativas al inicio, entre los dos grupos, al finalizar la investigación el grupo experimental disminuyó notablemente el consumo diario de frescos, pasando de un 19% que “no tomaba fresco” a un 56%, al final de la investigación. Efecto contrario presentó el agua, el grupo experimental aumentó el consumo de un 69% que toma de “1 a 3 vasos de agua/ día”, a un 63% que toma de “7 a 9 vasos de agua/ día” y un 31% que toma de “4 a 6 vasos/ día”. En grupo control no mostró cambios significativos en cuanto al consumo de agua.

Tanto el grupo control como el experimental menciona que la bebida preferida es el café, no mostrando ambos grupos diferencias significativas de su consumo antes y al finalizar la investigación.

La leche fluida tuvo comportamientos semejante en ambos grupos: aumentaron su consumo. El grupo control pasó de un 18% que toma de 1 a 2 vasos de leche por día, a un 36%; y el grupo experimental pasó de un 56% que tomaba esta cantidad a un 81%, al final de la investigación. Ambos grupos se beneficiaron de un mayor aporte de calcio en la dieta, lo que va a contribuir con su salud en general (I.N.C.A.P., 1996).

### **Evaluación nutricional antropométrica**

Si consideramos que estas mujeres en la actualidad son obesas ( $IMC > 30$ ), es alarmante saber que el 81 % manifestó que eran más obesas cuando se diagnosticó la enfermedad, y que en un 11% estaban tan obesas como ahora, lo

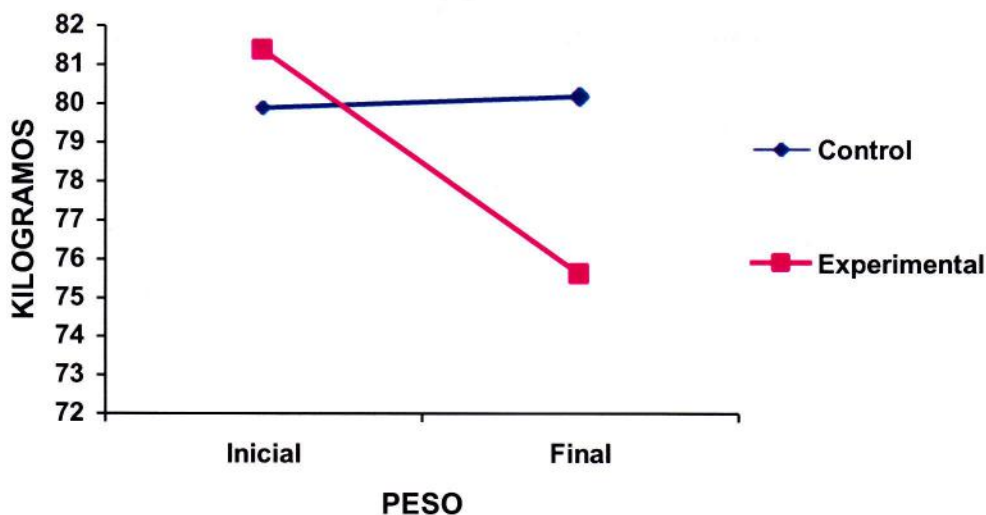
cual coincide con la literatura científica que relaciona el alto riesgo de diabetes mellitus en personas obesas (American Diabetes Association, 2002) (Saavedra, 2000).

La obesidad central (abdominal, tipo “manzana”) se ha implicado con alto riesgo de enfermedad cardiovascular y con el síndrome metabólico. En esta investigación tenemos que todas las mujeres tienen una cintura mayor a 88cm, punto de cohorte señalado como de alto riesgo. Los promedios muestran valores en el grupo experimental de  $102.1 \pm 6,57$  cm de cintura y de  $106,09 \pm 9,37$  cm en el grupo control.

La relación cintura / cadera es otro indicador relacionado con grasa visceral, donde el mayor riesgo se presenta cuando las mujeres tiene valores superiores a 85 cm. Con relación a este indicador tenemos que un 81% de las mujeres de los grupos control y experimental tienen valores superiores a 85 cm y el 18% tiene valores cercanos a 85cm, considerados como de “riesgo moderado”. Este indicador muestra altos riesgos para su salud, en ambos grupos (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000) (Alberti, 1998).

Con relación al peso, el grupo experimental tuvo pérdidas de peso-no significativas con respecto al grupo control ( $p > 0.05$ ), donde el promedio de pérdida de peso semanal fue de 455 gramos, valor que es considerado adecuado y exitoso para la mujeres que participaron del proceso grupal (Gráfico No.6).

**GRÁFICO 6. COMPARACIÓN DE PESO, AL INICIO Y AL FINAL DE LA INTERVENCIÓN, SEGÚN LOS GRUPOS DE MUJERES (N=27)**

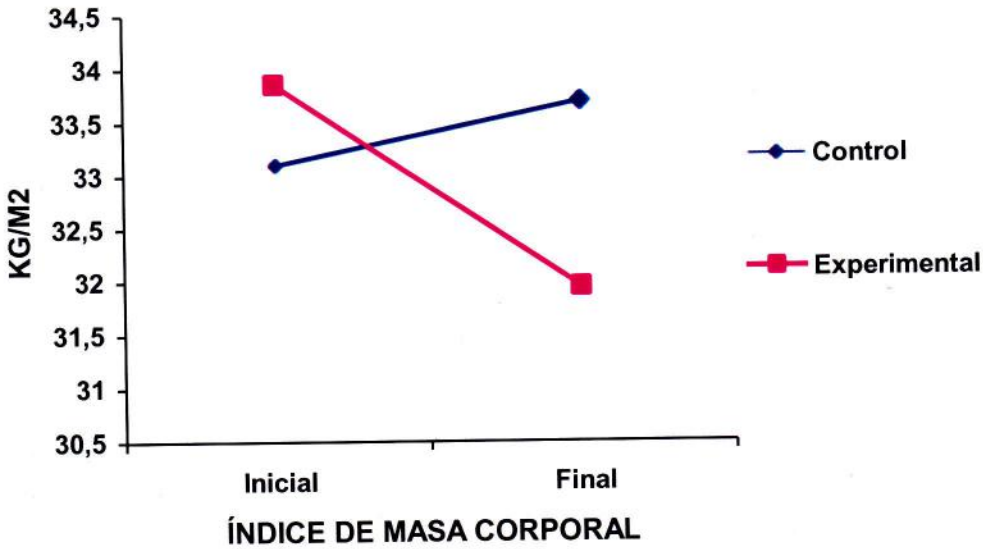


El índice de masa corporal, que se calcula tomando el peso y relacionándolo con la estatura individual ( $\text{peso} / \text{talla}^2$ ), muestra una disminución importante, pero que no es significativamente diferente entre los grupos ( $p > 0.05$ ) (Gráfico No.7).

Cabe la aclaración de que tanto el peso, como el índice de masa corporal, no mostró diferencias significativas entre los grupos, pero el grupo experimental, si muestra diferencia significativa dentro de su grupo, antes y después de la intervención.

La pérdida de peso en el grupo experimental puede ser considerada como exitosa y adecuada ya que, en promedio, corresponde a menos de medio kilo semanal. Esta pérdida de peso, junto a las modificaciones mencionadas en los hábitos alimentarios va a contribuir, a cierto plazo, con un mejor control metabólico de la enfermedad (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000) (Alberti, 1998) (Barbany, 1999) (Mahan, 1996).

**GRÁFICO 7. COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AL INICIO Y AL FINAL DE LA INTERVENCIÓN, SEGÚN LOS GRUPOS DE MUJERES**



En vista de que las pérdidas de peso, desde el punto de vista metabólico, son adecuadas, es que se recurre a presentar los porcentajes de variación en cada una de las mediciones (Tabla No.1).

Estos datos muestran una influencia positiva sobre la reducción de peso de las mujeres que participan del proceso grupal (Saragossi, 2001) (UNICEF, 1988) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000) (Pichón, 1966).

**TABLA No.7 Comparación de Peso e Índice de masa corporal en el grupo experimental y en los controles, al inicio y al final de la intervención**

	Experimental			Control		
	Promedio ± Desviación estándar			Promedio ± Desviación estándar		
	Inicio	Final	%var	Inicio	Final	%var
Peso (kg)	80,17 ±10,69	75,62 ±10,12	-5,68	79,89±7,37	81,40±8,59	1,89
I.M.C. (kg/m <sup>2</sup> )	33,86±2,72	31,95±2,75	-5,64	33,10±2,26	33,69±2,35	1,78

[ (valor final / valor inicial \*100) -100]

### Determinaciones bioquímicas

Tanto el grupo experimental como el grupo control mostraron valores normales de hemoglobina y de hematocrito, sin que se encontraran diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0.05$ ). El grupo experimental mostró un valor promedio de hemoglobina de  $13,80 \pm 0.96$  y de hematocrito de  $42,08 \pm 2,70$  y el grupo control de  $14,04 \pm 0,56$  de hemoglobina y  $42,66 \pm 1,64$  de hematocrito. La determinación de la hemoglobina fue importante porque las sensaciones de cansancio, de sueño y de pereza, que manifestaban las mujeres, lo justificaba pensando que tenían anemia y los resultados, en todos los casos, mostraron hemogramas normales.

Los valores de colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia y hemoglobina glicosilada al inicio y al final de la investigación no mostraron diferencias significativas entre grupos ( $p > 0.05$ ). Cuando los grupos se analizan en forma independiente, sí muestran variaciones importantes al inicio y al final, disminuyendo significativamente ( $p < 0.05$ ). Estos resultados sustentan que la

entrevista motivacional tuvo efectos positivos en ambos grupos ya que hay una tendencia a mejorar tanto en el grupo control como en el experimental.

Para visualizar este cambio es que se presenta el porcentaje de variación de cada una de las mediciones (Tabla No.2). Es preciso acotar, que la intervención fue de 10 semanas, tiempo corto para encontrar grandes variaciones bioquímicas, sobre todo, si las mujeres, pese a su pérdida adecuada de peso, continúan siendo obesas.

**TABLA No.8 Comparación de los valores bioquímicos en el grupo experimental y en los controles, al inicio y al final de la intervención**

Variable bioquímica	Experimental			Control		
	Promedio ± Desviación estándar			Promedio ± Desviación estándar		
	Inicio	Final	%var*	Inicio	Final	%var*
<b>Glicemia (mg/dl)</b>	153,56±53,06	162,19±61,42	5,62	217,45±86,09	197,81±86,09	-9,03
<b>Colesterol (mg/dl)</b>	218,86±46,27	208,94±54,24	-4,40	196,73±26,62	191,36±33,61	-2,73
<b>HDL (mg/dl)</b>	50,50±11,68	48,81±12,03	-3,34	47,91±11,05	50,18±11,31	-4,73
<b>LDL (mg/dl)</b>	130,46±39,43	126,60±49,26	-2,96	109,36±29,93	108,14±31,51	-1,11
<b>Triglicéridos (mg/dl)</b>	189,56±67,05	167,63±64,90	-11,57	207,73±82,86	171,09±59,90	-17,64
<b>Hb1Ac (%)</b>	7,19±1,70	6,83±1,69	-5,0	8,56±2,39	7,85±1,68	-8,29

[ (valor final / valor inicial \*100) -100]

De los datos presentados, cabe destacar que, aunque el grupo experimental presenta valores de glicemia menores, ambos grupos muestran valores mayores a 140 mg/dl, que es un valor considerado como "malo". Valores altos de glicemia están relacionados con un mayor riesgo de deterioro orgánico, como es el caso de daños renales, hepáticos y circulatorios (Foster, 1998) (American Diabetes Association, 2001) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000).

En cuanto al colesterol total, ambos grupos logran una disminución importante, observándose una mayor disminución en el grupo experimental. Claro está, hay beneficios iniciales en los valores del colesterol del grupo control ya que los resultados del laboratorio indican que este grupo se encuentra dentro de valores "ideales" (menores a 200 mg/dl), al inicio de la intervención (National Cholesterol Education Program, 2001) (American Diabetes Association, 2001) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000).

El HDL en ambos grupos, al inicio y al final, no muestran valores superiores a 60 mg/dl, valores que son deseables en este tipo de población como factor protector del riesgo cardiovascular (National Cholesterol Education Program, 2001) (American Diabetes Association, 2001) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000).

El LDL presenta una mayor disminución de sus valores al inicio y al final en el grupo experimental, pero en ambos grupos, los valores se encuentran por encima del valor óptimo que es de 100 mg/dl. Estos valores aumentados se comportan como un factor de riesgo cardiovascular tanto en el grupo control como en el experimental (National Cholesterol Education Program, 2001)

La literatura muestra que los valores de triglicéridos en pacientes diabéticos considerados como buenos deben ser menores a 150mg/dl y ambos grupos, muestran datos superiores a esa cifra aunque, durante la investigación, ambos grupos presentan una disminución (National Cholesterol Education Program,

2001) (American Diabetes Association, 2001) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000) (Foster, 1998).

En el grupo experimental, la Hb1Ac logra disminuir los valores, lo que indica que este grupo de mujeres están mejorando su control metabólico. En el grupo de los casos, también hay una disminución de este valor, pero todavía se encuentra en valores no aceptables.

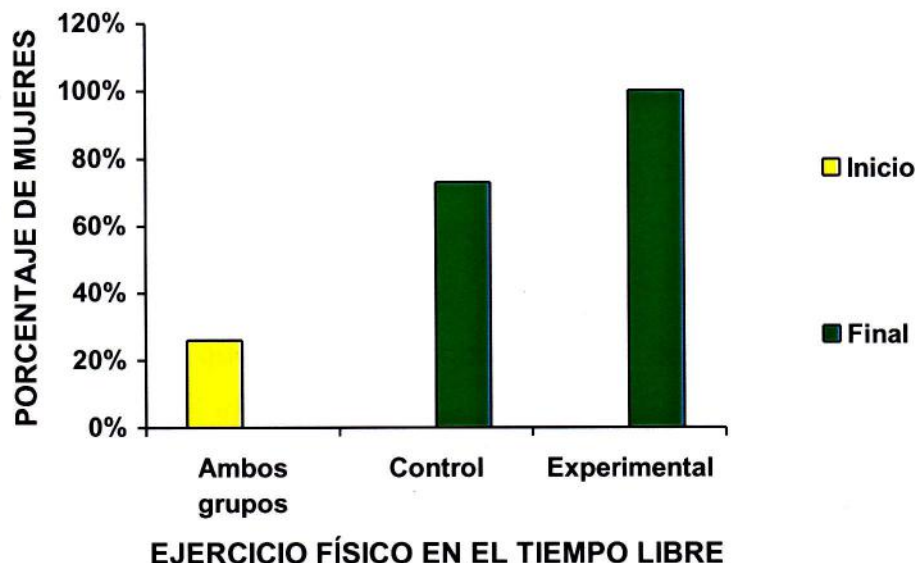
### **Ejercicio físico**

En cuanto al ejercicio físico en el tiempo libre, al inicio, ambos grupos no presentan diferencias significativas: el 74% del total de la muestra no realiza ejercicio y el 26% realiza ejercicio suave de 1 a 2 veces/ semana.

Al final de la intervención se da un cambio importante, el 100% de las mujeres del grupo experimental realizan ejercicio con una frecuencia que va de 3 a 5 veces/ semana. En este grupo el 69% de las mujeres mencionan que "frecuentemente" por semana, realizan ejercicio físico en el tiempo libre que les causa gran sudoración, contra un 82% del grupo de los controles, donde contrariamente mencionan que por semana casi nunca realizan actividades de larga duración que produzcan gran sudoración, aunque el 73% de las mujeres del grupo control realizan ejercicio, con una frecuencia de 1 a 2 veces/ semana (ver gráfico 8).

Las mujeres del grupo experimental son motivadas para la realización del ejercicio ya que las sesiones grupales asignan un tiempo para ejecutar actividades y reforzar hábitos saludables para que las mujeres salgan del sedentarismo. Aún así, la entrevista motivacional también estimuló a algunas de las mujeres del grupo de los controles, a realizar ejercicio, aunque su impacto fue significativamente menor ( $p > 0.05$ ).

**GRÁFICO 8. EJERCICIO FÍSICO EN EL TIEMPO LIBRE, QUE REALIZAN LOS GRUPOS DE MUJERES, AL INICIO Y AL FINAL DE LA INTERVENCIÓN (n=27)**



Las mujeres del grupo experimental fueron instruidas en la aplicación de la escala de esfuerzo percibido, modificada de 10 puntos de Borg, con intensidades que oscilaron entre 3 a 5, con el fin de garantizar que estas mujeres realizaran ejercicio aeróbico (Wilmore, 1998). El ejercicio realizado a estas intensidades, que oscilan entre el 60 y el 75% de la frecuencia cardiaca máxima, puede contribuir favorablemente en la prevención de la enfermedad cardiovascular en estas mujeres siendo los mayores beneficios aquellos relacionados con la disminución del peso corporal, con una mejor respuesta a la insulina y con una disminución en el estrés (American Diabetes Association, 1999) (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999), (C.C.S.S, 2002).

Cabe destacar que al inicio de la investigación, tanto las mujeres del grupo experimental como de los controles, manifestaron una disminución generalizada de todas sus actividades físicas relacionadas con la vida cotidiana. Luego de la

intervención, el grupo control mejoró poco, pero el grupo experimental sí mostró cambios significativos ( $p > 0.05$ ). Por esta razón, se podría decir, que en las mujeres del grupo experimental, la actividad física, en primera instancia, mejoró la inserción de estas mujeres en las actividades de la vida familiar, generando en ellas un mayor sentido de independencia, y también logró, la realización de actividades físicas programadas o ejercicio físico, principalmente por medio de caminatas, natación y el baile, con una frecuencia de 3 a 5 veces/ semana.

### **Estados de cambio**

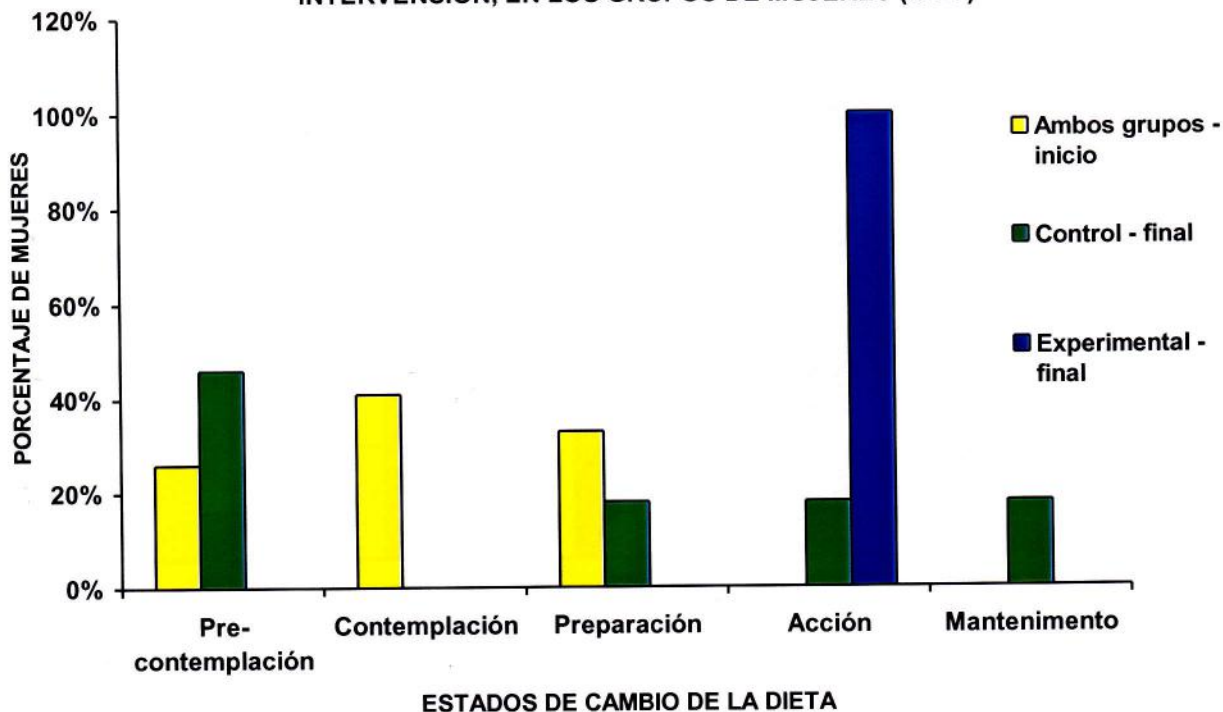
La investigación que se realiza sobre estados de cambio abarca dos áreas: la alimentaria y la de ejercicio físico.

En el área alimentaria se encontró, que al inicio de la investigación ambos grupos tenían conductas similares ( $p > 0.05$ ) ya que contestaron negativamente ante la pregunta ¿sigue usted una dieta?, de la siguiente forma: un 33% se encontraba en el estado de “preparación” (en el siguiente mes), un 41% en “contemplación” (en los próximos 6 meses) y un 26% en “pre-contemplación” (nunca).

Luego de la intervención, los grupos muestras diferencias significativas en cuanto a los cambios que realizan en su alimentación, de tal manera que el grupo experimental, en un 100% mencionan que sí están siguiendo una dieta, encontrándose en el estado de “acción” (menos de 6 meses), a diferencia del grupo control donde solamente el 36% está siguiendo la dieta contra un 64% que menciona que “no” está siguiendo la dieta.

Las comparaciones entre los grupos y los diferentes estados de cambio en cuanto a la alimentación, antes y después de la intervención se muestra en el gráfico No.9

**GRÁFICO 9. ESTADOS DE CAMBIO DE LA DIETA, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, EN LOS GRUPOS DE MUJERES (n=27)**

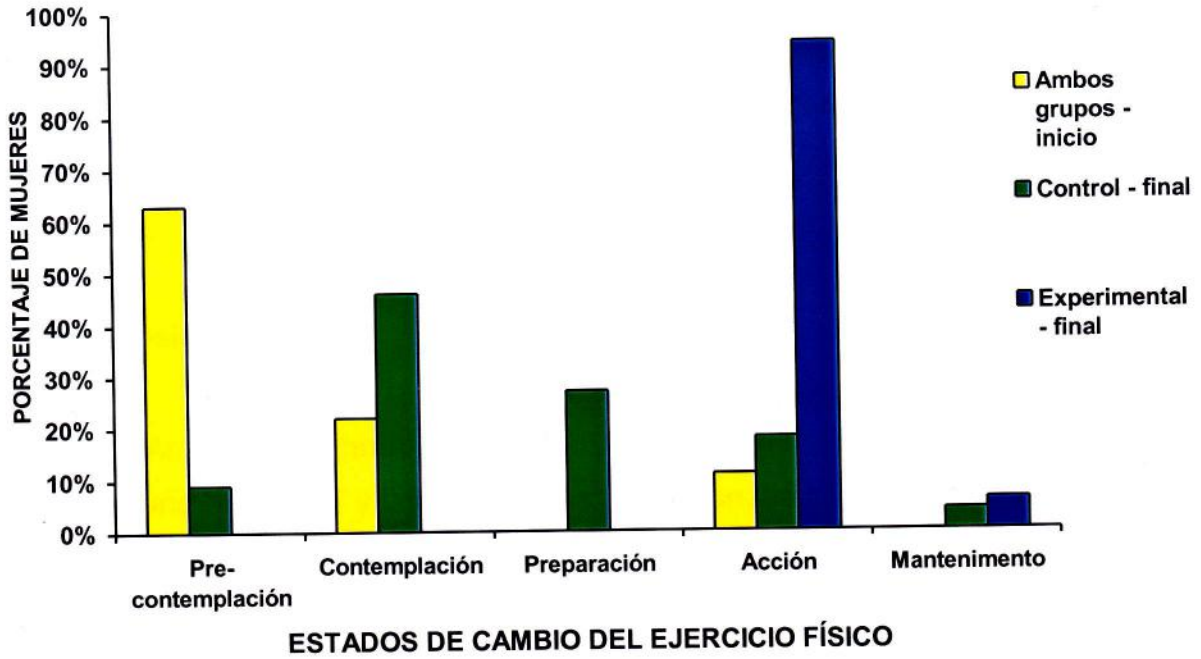


En cuanto a la pregunta sobre ejercicio: ¿Usted siempre hace ejercicio, al menos 30 minutos en 3 o más días a la semana?, al inicio de la intervención, ambos grupos tuvieron comportamientos semejantes, lo que indica que el 85% no realiza ejercicio y que solamente un 15% lo realiza.

Después de la intervención, ambos grupos muestran diferencias significativas ante la realización del ejercicio, encontrando que el grupo experimental realiza ejercicio en un 100%, donde todas están en la etapa de "acción" (menos de 6 meses).

Al finalizar, vemos que en el grupo control, la mayoría de las mujeres (82%), no realizan ejercicio ya que un 9% se encuentra en la etapa de precontemplación, un 46% en contemplación y un 27% en preparación). En este grupo, un 18% sí realiza ejercicio estando en la etapa de acción (menos de 6 meses) (ver gráfico No.10).

**GRÁFICO 10. ESTADOS DE CAMBIO DEL EJERCICIO, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, EN LOS GRUPOS DE MUJERES (n=27)**



La entrevista motivacional, no fue suficiente para garantizar que la mayoría de las mujeres del grupo control realicen ejercicio, aunque sí muestra un ligero impacto. En este sentido, el proceso grupal en el grupo experimental, tuvo mayor efecto en lograr estos cambios.

### Proceso grupal

La estructura de las sesiones y el encuadre son aspectos fundamentales del proceso grupal que permitieron el establecimiento de límites y fronteras y además de que tomó en cuenta los imprevistos, considerando el alto riesgo de salud de las mujeres que integraron el grupo experimental. De ahí la importancia de sesionar dentro del centro de salud y de insistir en el reconocimiento de las sensaciones corporales como parte del autocuidado.

Las mujeres, en esas dos horas de sesión semanal pudieron “trabajar y trabajarse” dentro del proceso grupal. Los temas principales y el acontecer, en su totalidad, no se describen como relato sino que se extraen aquellas experiencias y emergentes de mayor significado, dentro del hilo conductor que atraviesa cada una de las sesiones. Las sesiones se describen con un nombre significativo y simbólico de ese acontecer grupal.

## **Primera Sesión**

### **Nombre: “Aprender jugando”**

Se realiza una “apertura” y las mujeres se presentan, seguidamente se le entrega a cada una un fólter con información sobre la enfermedad, una guía alimentaria, dibujos con diferentes escenas: una huerta, vegetales, etc. Se les obsequian lápices de colores y servilletas decoradas. También, en esta sesión se habla de las reglas del grupo, de la investigación y del objetivo del grupo.

Esta primera sesión se desarrolla en un ambiente de mucha ansiedad . Esta situación podría verse influenciada por lo novedoso del grupo, las expectativas individuales y porque en la entrevista motivacional individual, que antecede a la integración grupal, habían hablado de sus situaciones personales centradas principalmente en la conflictiva familiar y personal y en el descuido de los tratamientos ante la enfermedad.

Acontecer grupal: Primeramente las mujeres se presentan, diciendo de sí lo que desean, algunas ríen al llamarse “yo soy la gorda”, otras dicen “gracias por tomarme en cuenta”, ... “yo nunca salgo de la casa y esto me ayuda”. En general, la presentación pareciera ser el primer elemento que “envuelve” al grupo en una situación común: rescatarse de la enfermedad, del dolor de sentirse diferente: “yo antes no era así...ahora soy diferente”, ...“todas nos parecemos porque somos diabéticas”,...”soy dulce...y trato de no enojarme porque me hace daño”.

Con relación a las tareas para realizar en la casa, una de ellas es pintar, entonces surgen expresiones en medio de risas y chistes: *“hay que sacar tiempo para pintar... aunque se me queme el arroz”, “ahora tengo mis propias tareas... no solo mis hijos estudian”, “hace mucho que no cojo un lápiz...talvez sea pintora”, “esto me gusta” y ...por favor no se rían de lo que voy a traer”.*

Para introducir la actividad física y mover el cuerpo Se realiza un viaje imaginario a un bosque y cada mujer se identifica con un objeto y lo representa en forma corporal: el viento, una piedra, animales, la lluvia, etc. Este viaje les permite, por asociación libre, relacionar su vida con los objetos que seleccionaron. Al finalizar la actividad, las mujeres relatan muy animosamente la experiencia. Algunas expresiones son: *“yo era viento y votaba los platos con la comida de las personas que estaban almorzando”, “yo era mariposa y andaba de flor en flor”, “yo era mariposa pero me daba miedo la altura”, “yo era roca a la orilla del río y sentía escalofríos”, “yo era un salmón que nadaba contra corriente”.*

Continuando con la sesión grupal, se realiza una sesión de ejercicios cuyo objetivo fundamental es el acercamiento a lo corporal. Algunas de las presentes dan recomendaciones sobre el ejercicio, pero en general, se aprecian cuerpos con exceso de grasa corporal, con poca flexibilidad y con dificultad para realizar movimiento corporales.

Como parte de la sesión, se invita a las mujeres a realizar un dibujo de sí misma, lo cual genera risas. Mediante expresiones verbales, las mujeres se acercan a *“como se ven ellas”*. Lo interesante de muchos de los dibujos es que sus cuerpos son estilizados y proporcionados, con figura femenina de mujer delgada. Este dibujo se guarda y se da al final de las sesiones para que mediante otro dibujo, ellas mismas realicen las comparaciones.

Dentro del proceso grupal, el consumo de los refrigerios, parece que es una de las etapas más difíciles, ya que sus rostros y sus expresiones verbales reflejan

angustia, incertidumbre, alegría, gratitud. Las mujeres se muestran ambivalente, *“quiero comer pero a la vez no quiero”, “con solo ver la comida ... siento que me voy a engordar”*.

Durante la sesión grupal, las mujeres manifiestan su compulsión a comer dulce. Entre ellas hacen “pactos”, para hablar sin mentir: *“bueno...en verdad yo hago dulces, y si ustedes vieran mi delantal, siempre hay papelitos donde envuelvo las cajetas y los confites...eso no me puede faltar”, “el fin de semana comí queque y helados en la fiesta de mi hija, claro le quité el lustre”*.

## **Segunda Sesión**

### **Nombre: “Por dicha me escogieron”**

Se les entregó un bolsito de manta para que cada una pueda guardar sus objetos personales.

Se analizan las reglas del grupo (encuadre), que van surgiendo de ellas mismas y de la facilitadora del proceso, con el fin de dar seguridad antes lo que se cuenta dentro del grupo.

Se realizan ejercicios físicos con el sonido de las palmas. Se hace un juego con los nombre de las mujeres y se procede a buscar a la persona con ese nombre. El juego se realiza varias veces. Se hace baile con movimiento de las manos y cantando canciones infantiles o escolares. El grupo pide que les lleven música en la próxima sesión.

Cuando se aborda el tema del autocuidado, las mujeres mencionan en repetidas ocasiones *“es que no sé comer” “es que todavía no he aprendido a comer”*. Contrariamente dicen que “cuidan” muy bien a los otros: *“a mi compañero le gusta mucho como yo cocino”, “yo no puedo preparar comidas diferentes para ellos y*

*para mí”, “a veces parece que toda la comida es mala”, “por más que quiera no puedo dejar de comer pan”.*

Las resistencias al cambio emergen no solamente ante la alimentación, ya que cuando se trabaja el tema del ejercicio físico, las mujeres dan una lista grande de razones por las cuales no hacen ejercicios: *“el médico me lo prohibió porque tengo desgaste”, “si camino los pies se me hinchan”, “yo no salgo a caminar porque necesito que alguien me acompañe porque me da miedo andar sola”, “salir a caminar parece vagabundería”, “soy operada de la columna”, “a veces yo voy a la piscina a hacer ejercicios, me relaja, aunque creo que eso me aumenta de peso”.*

El grupo pasa por momentos donde todas hablan entre sí, luego viene un silencio y emergen propuestas de cambio: *“a mí ya me dio un infarto, y desde ahí yo camino aunque sea poco...claro mi cuerpo es diferente porque no pierdo peso”, “yo les recomiendo bailar o jugar con los nietos”, “¿puedo usar la bicicleta estacionaria de mi esposo?”, “Salados...hay que cocinar diferente”, “hasta dejaría de vender repostería con tal de no comérmela”, “para eso estamos aquí...para aprender”, “que dicha que cuando me llamaron para el grupo yo estaba en la casa...a veces no dan recados”, “por dicha me escogieron... muchas gracias”.*

El grupo parece que “atraviesa” por un miedo al cambio, por un temor a romper esquemas establecidos y que han dado seguridad en el manejo de su conflictiva personal ya que el sedentarismo y la compulsión a comer podrían ser vistas como estructuras que proporcionan “estabilidad emocional” aunque ello vaya en detrimento de su seguridad física: *“he intentado tantas cosas para que no se me suba el azúcar”, “... aunque la verdad es que nunca he hecho dieta....después uno se enferma si deja de comer”.*

### Tercera sesión

#### Nombre: "Nacimos para morir"

Se abordó el tema de los beneficios del ejercicio sobre las mujeres diabéticas. Se practica la escala de Borg, donde las mujeres hacen asociaciones libres con sus actividades cotidianas.

Se colocan 3 láminas grandes de papel periódico en las paredes. En ella se escriben lo que las mujeres dicen sobre: ¿Cómo me veo yo? ¿Cómo me ven los demás? ¿Lista de soluciones o comentarios?

Durante la sesión grupal, las mujeres manifiestan el temor ante la enfermedad pero que ese temor no es tan grande como el miedo a lo que vivieron en otra época. Surge un elemento que había estado "oculto" en las sesiones anteriores: la violencia. Las mujeres, entre ellas, "se piden permiso" para hablar de lo "prohibido".

El grupo "se recrea" en lo que sienten al estar unidas y lo que significa poder hablar y contar secretos que tal vez a nadie le habían contado: *"me violaron de pequeña...mi papá...mi padrastro", "a mí de chiquilla me manoseaban", "a mí me tocó cuidar a mis hermanos... a los 5 años ya cocinaba", "me violó un amigo de la casa...mi mamá no le creyó y me dijo que no lo contara...luego me casé con otro que también me había violado, ahora me quiero morir", "me regalaron desde pequeña y no conozco a todos mis hermanos", "yo intenté hacerme daño tomando cosas y Dios me salvó", "mi madrastra me quemaba las manos", "yo creo que soy diabética porque de niña pasé muchas hambre, imagínense que me puse zapatos hasta que me casé", "yo a veces escucho mi cuerpo y sé que está mal, pero la depresión no me deja cambiar", "a veces creo que nacimos para morir, no sé como me he salvado".*

La contención grupal, con el lenguaje, se vuelve poco ante las expresiones dolorosa de las mujeres. Se recurre al abrazo grupal, donde se observan cambios positivos en los rostros de esta mujeres.

Durante la reflexión final surge el mensaje *“creo que nos parecemos en que sufrimos de violencia y esto nos ha hecho débiles para enfrentar esta “cochina” enfermedad”*.

Las mujeres, levantando la mano, empiezan a hacer un orden para contar sus cosas en la próxima sesión ya que todas quieren hablar y ser escuchadas. Parece que las mujeres se apropian del tema, del grupo y de la sesión. El empoderamiento y la toma de decisiones por parte del grupo se realiza dentro de un clima tranquilo, con muchos afectos y emociones circulando.

Fuera del contexto del grupo, la coordinación, en conjunto con la especialista en el proceso grupal comentan del rumbo que está tomando el grupo y la ruptura del encuadre en cuanto al teórico de la sesión. Se acuerda dar flexibilidad ya que la violencia podría estar operando como obstáculo en el autocuidado de estas mujeres.

#### **Cuarta sesión**

##### **Nombre: “Mucho dulce empalaga”**

Se aborda el tema de la presión alta, las grasas alimentarias, ejemplos de meriendas para diabéticas. El grupo trae otro tema y es el de “límites”.

Dentro de las actividades de la sesión está una exposición de pinturas, se rescatan la utilización de colores, la creatividad y otros aspectos. Las mujeres muestran gran interés porque su pintura sea vista por el grupo, pero, pareciera que no es el mismo interés por observar las pinturas que realizan las otras. Los

rostros de las mujeres son de risas, alegría y de gran emoción por el trabajo que realizaron.

Movimiento humano: Se hacen ejercicios dirigidos, luego baile con música, surge del grupo “el baile con la escoba”.

Se realiza un juego con el fin de mejorar la unión grupal y la escucha del otro, por medio de un juego donde las mujeres emiten sonidos de algunos animales y se agrupan según los animales que eligieron al azar. El juego requiere que las mujeres se miren al rostro para ayudarse a descubrir los gestos y adivinar el animal que están imitando.

El grupo reconoce que está modificando sus hábitos alimentarios y experimentan sensaciones positivas: reducción de peso, reducción de glicemias en ayunas, más contentas en sus casa, los médicos que las atienden las felicitan, etc. También manifiestan que están motivadas para buscar un espacio diferente y con ello han logrado salir a caminar. Las mujeres pareciera que aprenden a conocer su cuerpo y a poner límites donde realmente lo necesitan: *“hay que sacar el tiempo para ir a caminar”, “comer menos... bueno...ahí voy”, “hay que pararse: no consumir azúcar ni dulces, además...mucho dulce empalaga”.*

Como elemento para el cambio recurren “al otro”, que son los miembros del grupo familiar que también están a riesgo de padecer lo mismo: *“cocinar pensando primero en nosotras ya que esto también beneficia a los demás”, “nuestros hijos van a padecer de los mismo si una no cambia”.* Aunque “los límites”, es la palabra que eligen para describir la conducta que deben tener, a través de sus expresiones vemos que la “mujer subordinada” está muy interiorizada, ya que, primero se complace a los demás y luego a ellas.

Las mujeres cuentan de las estrategias que han seguido para convencer a la familia de comer diferente, lo que hace sugerir que las familias contribuyen fuertemente en el proceso de invisibilización de estas mujeres.

Las mujeres buscan un nombre para el grupo y eligen el siguiente: "Grupo de apoyo" (se elige por mayoría), otros nombres que se proponen son los siguientes: "mujeres en acción", "vida saludable", "unidas por su salud", "grupo solidario". Se proponen otros nombres, los cuales, al final, nadie vota por ellos: "punto de apoyo", "mujeres unidas y dinámicas", "vida en abundancia", "las chicas del clan", "chicas dinámicas" y "llenas de vida".

En el cierre el grupo reflexiona mencionando que la vida para ellas no ha sido fácil en el área de los afectos y las emociones. Algunas mencionan que *"es mejor estar sola que mal acompañada"*, *"lo que pasó...aunque ya pasó...no se olvida y por eso es que a veces me coge un dolor de cabeza que voy a dar al hospital"*, *"si mis hijas supieran lo que yo pasé...imagínese que yo creo que a mi hermana también le pasó pero nunca me he atrevido a hablar con ella"*.

Esta mujeres mencionan que en la actualidad tratan de protegerse pero que se han dado cuenta que muchas de las parejas que han elegido han dando continuidad a los diferentes tipos de violencia que ya habían vivido.

## **Quinta sesión**

### **Nombre: "¡Nos llamamos!"**

Se aborda el tema de las conductas transgresoras: el olvido de la toma de medicamentos, comer dulces en exceso, comer compulsivamente, entre otros. Se retoma el "dolor no "trabajado" relacionado con la violencia vivida y con la que viven actualmente. Se aborda el tema del abuso sexual y la ambivalencia que genera cuando el perpetrador es un ser querido como el padre, el padrastro o un amigo de la familia.

La actividad de ejercicio físico se realiza con música, al finalizar ellas piden que les ponga una pieza "más movida" para bailar, hacen parejas que se intercambian, inventan pasos y utilizan las sombrillas para el baile. Luego de ello se realiza una caminata de vuelta a la calma, dentro del aula y la sesión grupal inicia con las historias de abuso de las mujeres de una manera libre y espontánea.

Nuevamente las mujeres manifiestan sus emociones con lágrimas y quejas ante situaciones de impotencia que no pueden resolver: *"ustedes no saben lo que me duele a mí lo que me hicieron"* *"saber que todavía saludo a mi papá y hasta me da lástima"*, *"mi esposo me maltrató toda la vida...haces unos meses se murió y yo no le pude reclamar nada"*, *"yo no puedo salir a caminar porque cuido a mis nietas...y ¿si salgo y les pasa algo como a mí?"*, *"mi esposo, no es que sea malo, porque me da todo, solo que dice que no sirvo para nada, y nunca me dejó estudiar"*, *"... no necesito que me pegue, a veces creo que el daño me lo hago yo, no haciendo caso"*.

El grupo ofrece un espacio cálido, donde las mujeres pueden manifestar sus sentimientos libremente. Sorpresivamente, dentro de la sesión, una de las mujeres saca una lista con los teléfonos de todas y las reparte: *"es para que nos llamemos y nos ayudemos... ustedes son mis amigas"*, esto hace surgir otros comentarios: *"yo ofrezco mi humilde casa para que vayan a tomar café"*, *"cuando el grupo termine, no nos olvidemos...sigámonos viendo"*.

En la sesión de cierre, las mujeres retoman, la necesidad de mantenerse comunicadas entre ellas, se recuerdan los teléfonos y se repite la frase *"nos llamamos"*.

La coordinación hace una reflexión acerca de lo que ha acontecido en el grupo en las cuatro sesiones anteriores, con esto se trata de "devolverle al grupos" lo que en él se ha vivido, destacando el protagonismo que han tenido durante el proceso.

## Sexta sesión

### Nombre: “Las cadena hay que romperlas”

En esta sexta sesión, las mujeres manifiestan una actitud diferente: más seguras y pareciera que se apropian del grupo: algunas llegan más temprano, acomodan sillas, una de las integrantes trae unos bocadillos, donde previamente la receta fue revisada por el grupo.

Otro aspecto que llama la atención, es la apertura que tienen entre ellas para la manifestación de afectos: el saludo es más emotivo, los abrazos no son tan rígidos, fácilmente dan continuidad a los temas tratados en la sesión anterior.

En esta sesión se realizan juegos de palabras y asociaciones, por ejemplo: abrigo - frió, lluvia – sombrilla, etc. Este entrenamiento se realiza con el fin de hacer asociaciones con la diabetes. De este juego surge una lista muy amplia de palabras, que por asociación libre, son relacionadas con la diabetes: dolor de cabeza, dolor de pies, adormecimiento, visión borrosa, mareos, temblores, vómitos, alergia, cansancio, ansiedad, sed, ceguera, azúcar, sordera, sudor frío, agotamiento, comer, sueño, sequedad, amputación, infección, enfermedad, medicamentos, dormir, heridas que no sanan, orinadera, pereza, depresión, mal carácter, angustia, dieta, ejercicio, control, temor y estrés.

Durante la sesión, las mujeres reflexionan sobre los cambios que están realizando y el grupo refuerza estos cambios: *“Miren, yo, como siempre... a la salida de la sesión, pasé a la pulpería y no me van a creer no compré el pan dulce casero, sino que me compré una naranja... hasta el muchacho que atiende se asustó”, “todas estamos haciendo algo...aunque no se note”, “como mi esposo es tan celoso, antes salía a escondidas de la casa, ahora me dicen que me volví loca... todas las mañanas camino 1 hora y hasta me puse pantalones y tenis”, “mi esposo se preocupa mucho por mí, a cada rato me llama por teléfono, antes porque padecía mucho, ahora porque seguro le da miedo que me busque otro”* (risas), *“hoy me pesé y vi que había perdido un kilo, pero siento como si hubiera perdido*

*veinte”, “antes sufría mucho porque supe que mi esposo una vez tuvo otra mujer, siempre se lo oculté a mis hijos, ahora ni me importa”, “el doctorcito me felicitó porque salí como nunca del azúcar”, “las cadenas hay que romperlas...no quiero que me digan que todo me lo como”.*

## **Sétima sesión**

### **Nombre: “Hay que quitarse la máscara”**

El grupo centra la discusión en dos temas muy concretos: la alimentación en la diabetes y una evaluación del ejercicio que están realizando. El grupo pide, nuevamente, que se explique a detalle lo que se debe comer y la importancia de los horarios. Este tema que se había tratado en las primeras sesiones, vuelve a la mesa de discusión, pero esta vez, a solicitud del grupo. Las dudas versan sobre la diferencia entre harinas refinadas e integrales, la cantidad de carne que deben consumir, los riesgos al comer postres, la forma de tomar el agua y técnicas para el lavado de vegetales y frutas. También se aclaran dudas sobre el colesterol, los triglicéridos, la hemoglobina glicosilada y la presión alta.

Conforme continúa la sesión, las mujeres van pidiendo la palabra para describir el ejercicio que realizan y contar la experiencia. En esta sesión el grupo se vuelve “muy demandante de información” y pareciera que busca apoyo para realizar los cambios: *“cuando voy a comer me acuerdo de ustedes..”, “...con razón nunca bajo el colesterol”, “me gustó mucho que me llamara por teléfono ya que ese día sí me cuidé”* (se dirige a una compañera), *“me cuidé toda la semana, pero el domingo no aguanté, me fui al parque y me senté a comerme un cono, yo sé que no está bien pero hay que quitarse la máscara y ser como uno es”.*

Al finalizar la sesión surge el tema de los afectos y emerge el recuerdo de una mamá que ya falleció y que fue agresora. *“aunque no fue buena conmigo...quisiera decirle que la quiero”.* Como la sesión está finalizando y este relato podría movilizar sentimiento en el grupo, se les pide retomar esta situación en la sesión

siguiente pero, mientras tanto, podrían realizar la siguiente actividad en sus casas: escribir una carta a un ser querido y decirle muchas cosas que quisiéramos manifestarle pero que por alguna razón no lo podemos hacer. Y si llegan a sentir miedo de que este relato pueda ser leído por otra persona, entonces lo pueden romper para que nadie lo vea. Se les explica que es una técnica que a muchas personas les ha servido y se les invita a que intenten vivir esa experiencia.

## **Octava sesión**

### **Nombre: “Quiero tener amigas”**

Esta sesión se “ve atravesada por el tema de la muerte” ya que falleció el papá de una de las mujeres del grupo. Esta situación se ve reforzada por la lectura de las cartas, que en algunos casos van dirigidas a familiares que ya fallecieron: madre, padre y esposo. Otras cartas van dirigidas a amigas imaginarias o familiares.

El teórico hace referencia a los beneficios del ejercicio y de una alimentación saludable. También se menciona la importancia de la consulta médica para el ajuste del medicamento porque algunas mujeres tienen sensaciones de hipoglicemia y no tienen glucómetro en sus casas. Algunas dicen que son expertas en la manipulación de la insulina y que la consulta médica no es tan necesaria, además *“hay médicos que son un atraso...no le dicen a uno nada y más bien lo regañan”, “...cuando me siento mal...para qué voy a ir a la clínica...yo misma me inyecto más insulina y me curo”*

Como apertura a la sesión se planea hacer una obra de teatro donde todas deciden actuar. Se les pide que se organicen y que traten de hacer una escena familiar. Como todas quieren participar, una es mamá, otra es papá y el resto son hijas, deciden que todos en la casa son diabéticos. La escena se desarrolla un día común en la mañana donde el papá tiene que ir a trabajar. La obra toma como eje central la figura masculina: el padre. A este personaje lo “llenan de cuidados”: lo despiertan para que vaya a trabajar y que no llegue tarde, le alistan la ropa, le

preparan el desayuno, le alistan la comida para que lleve al trabajo, le inyectan la insulina, le dicen palabras cariñosas, lo abrazan cuando se va a trabajar y le desean que pase un buen día.

Otro aspecto importante es que todas están haciendo oficios domésticos, ninguna trabaja fuera de la casa, ninguna describe el uso de tecnología, sino que las tortillas son “a mano”, se lava “a mano”, se barre con escoba, se agachan a limpiar el piso y cocinan con leña.

Esta obra es un material muy rico para que el grupo reflexione. Se aprovecha para preguntarle al grupo que ¿si todas son diabéticas, que les faltó dentro de los cuidados cotidianos que deberían tener? Y por más que trataron de averiguar la respuesta, no notaron que olvidaron ponerse la insulina, tomar el medicamento y desayunar, actividades que sí le “hicieron” al papá.

Antes de finalizar la sesión, se toma un tiempo para la lectura de las cartas que hicieron a alguna persona para contar libremente sus cosas. Este es otro material muy valioso donde las mujeres se permiten un “reencuentro” con los afectos y rescatan aspectos positivos y negativos de las relaciones. Parece que logran separar lo “bueno” y lo “malo”, sentimientos que en las primeras sesiones era muy confuso.

Durante el cierre de la sesión las mujeres se ven muy relajadas y sonrientes: *“de veraz que pude decirle a mi mamá muchas cosas.. lo que me dolía... y ahora me siento más tranquila”, “como me gustó la obra de teatro...ustedes no lo notaron, pero dejé el piso bien limpio”* (risas), *“yo les quiero decir que agradezco, primero a Dios, y después a todas ustedes, que son mis amigas, lo que me han ayudado”, “yo quiero tener amigas, por eso les digo que siempre pueden contar conmigo”*

## **Novena sesión**

### **Nombre: “No se maltrata a quien se ama”**

En la apertura se hace una reflexión ya que es la antepenúltima sesión. El grupo decide organizarse para hacer la despedida como un festejo. Se planea tener una sesión diferente, donde la coordinación le contará al grupo del “proceso que ha tenido”. Se rescatarán los cambios que ya se ha realizado y se hablarán de aquellos aspectos, en que cada una, debe continuar esforzándose.

El duelo, el grupo, no lo niega, sino que trata de elaborarlo: *“me duele que tengamos que separarnos, pero desde el inicio nos dijeron que eran diez sesiones”, “en el grupo dejo los problemas... en el corazón me llevaré los buenos recuerdos”, “...por más que quiera sí me duele mucho que el grupo se termine”.*

Se planea realizar un intercambio de “algo” que nos gustaría que otra tuviera: *“yo tengo unos pañitos de cocina muy bonitos”, “...si no tienen plata, no se preocupen, en la casa siempre hay algo que a otra le gustaría tener”, “yo se que cualquier cosita que les regale les va a gustar, tengan la seguridad de que nunca va a ser algo feo ya que no se maltrata a quien se ama, como dice la palabra de Dios”, “sin que ustedes se den cuenta...ya me han regalado mucho...su amistad”.*

La coordinación sugiere obsequiar un mensaje o pensamiento hecho por ellas, que servirá de gran ayuda en momentos difíciles. El grupo lo retoma, y se planea que cada una traiga varias tarjetas o papelitos que serán colocados en la “caja de los deseos”. Así, cada una tomará varios pensamientos y el beneficio será mayor.

## **Décima sesión**

### **Nombre: “El grupo me ayudó a perdonarme”**

En esta última sesión el aula “se viste de colores”. Las mujeres llegan con ropa diferente, y lo hacen notar. Entre ellas se felicitan por las pérdidas de peso y por “lo bonitas que se ven”. Las miradas y los saludos están cargados de afectos. Hay intercambio de regalos. Hay abrazos y también hay lágrimas.

Durante la sesión, las mujeres reflexionan sobre lo que el grupo significó para ellas: *“el grupo me ayudó a perdonarme...siempre creí que tenía la culpa de todo”, “aunque no he contado ni la mitad de lo que me ha pasado, me siento mejor”, “nunca creí perder peso..ahora debo continuar”, “y saber que todas somos diabéticas y que podemos realizar cosas juntas”, “durante la semana pensé que en la sala de mi casa nos podemos reunir...no quisiera perder la amistad de ustedes”, “...a mí me gustaría que me llamen cuando cumplo años, el otro mes,...ojalá no se les olvide”, “vean ustedes...hasta salgo a caminar... y el solcito de la mañana me está cayendo tan bien”*

El grupo se organiza para dar un obsequio a la coordinación, acompañado de tarjetas con mensajes afectivos. Estas tarjetas son iguales para todas, pero contienen mensajes y adornos diferentes, y el hecho de estar tan bien elaboradas causa sorpresa en la coordinación, ya que las mujeres realizaron trabajos muy bellos con sus manos, las tarjetas tenían adornos muy creativos y naturales: hojas, ramas, semillas, papeles de colores, cintas de tela y recortes de periódico. También realizaron arreglos de flores secas, flores de papel, unas tarjetas tenían cintas, encajes y adornos muy elaborados, que reflejaba que habían pasado muchas horas realizando estos trabajos.

Observando el material que ellas estaban presentando, surge en la coordinación, la posibilidad de que pudieran desarrollar una pequeña empresa. Es posible que ni siquiera visualicen el potencial que generaron en esa última actividad.

La experiencia, deja en la coordinación la esperanza de que, pese a las dos enfermedades que las aqueja: obesidad y diabetes, tienen grandes habilidades por desarrollar y que con motivación y apoyo, podrían generar un recurso económico que les daría enormes satisfacciones, no solo al aumentar los ingresos, sino por la posibilidad de romper otras barreras sociales y culturales que han sido acrecentadas por la situación de violencia que vivieron en la infancia. Podría, también decir, que el duelo de la coordinación es elaborado con la fantasía

de la esperanza de que estas mujeres puedan buscar alternativas para estructurar nuevas relaciones.

Para finalizar, queda por mencionar, que aunque esta es la última sesión grupal, habrán otros espacios de convivio, debido a que en la semana siguiente, las mujeres se realizarían los exámenes bioquímicos, la evaluación antropométrica y nuevamente se tendría la entrevista motivacional y el llenado de los formularios.

### **Factores subjetivos que podrían obstaculizar las conductas de autocuidado.**

El proceso grupal permite rescatar algunos factores que podrían operar como obstáculos en el cuidado que estas mujeres deben tener ante la enfermedad. Lo rico y valioso de las sesiones es que las mujeres movilizaron sentimientos que afloraron como iceberg dejando entrever sensaciones, molestias, inquietudes, angustias y temores ante la enfermedad.

Se podría mencionar como uno de estos factores la **falta de educación**, lo que las hace más susceptibles a un bajo estatus social, a menores oportunidades en el mercado laboral y a una baja autoestima (Langer, 2002).

En cuanto al número de hijos de estas mujeres (4,27 controles y 3,75 experimental) vemos que ambos grupos están por encima del valor promedio de hijos para América Latina que es de 3,6%. Esto podría reflejar un menor acceso a las tecnologías anticonceptivas que requieren para su aplicación un componente educativo (Langer, 2002).

La **visión de género** en las que estas mujeres están inmersas podría operar no solamente como un elemento desfavorable del autocuidado sino que también, es un fuerte mantenedor de las conductas negativas ya que por el hecho de ser

mujer podría tener menos posibilidades de acceso a servicios que han sido asignado a los hombres.

Como lo respaldan estudios en otros países latinoamericanos, se ha demostrado que la condición de género va en detrimento de la atención que deban recibir las mujeres por padecimientos cardiovasculares. Se ha encontrado que estos padecimientos son reconocidos y tratados más tardíamente en las mujeres que en los hombres debido a que, a pesar de su alta frecuencia en mujeres, una elevada proporción de los servicios de salud consideran estos problemas como propios del sexo masculino, ofreciendo a ellos, una mayor posibilidad de tratamiento (Langer, 2002).

Con relación al deporte y a las actividades recreativas, estas han sido consideradas como propias del sexo masculino, encontrándose a la fecha muchas barreras para que la mujer puedan participar y tener acceso a estas actividades, pese a los grande esfuerzos por cambiar este paradigma (Volker, 1995) (Gili-Planas, 1994)

Estas mujeres describen que sus trabajos domésticos los aprendieron en la infancia y estas tareas domésticas desde temprana edad, las ven como algo “natural” ya que se identifican como “mujeres que no trabajan”. Condición aprendida desde el concepto mismo de género imperante.

El **concepto de salud**, en estas mujeres está condicionado por el nivel de discapacidad, por lo tanto, al saber que otras están en peores condiciones que ellas: amputaciones, ceguera, etc, se sustenta la fantasía de una salud parcial y que las complicaciones no están en el corto plazo. Es preciso que las mujeres sean generadoras de salud en sus propias vidas con el fin de lograr cambios duraderos y saludables (Palma, 2001).

Estas mujeres, al tener más de 5 años de ser diabéticas y muchos más de ser obesas, ya manifiestan alguna invalidez real o subjetiva que les dificulta realizar las actividades cotidianas, pero no lo analizan de esta manera, sino que el hecho de no poder comer lo que quisieran y las dificultades que tienen para caminar es lo que refieren como “pérdida de la salud”, sin ahondar en otros aspectos de mayor peso como son las complicaciones cardiovasculares y el riesgo de vida asociado a las dislipidemias, hiperglicemias o hipertensión.

Otro factor que podría operar fuertemente como obstáculos es **la violencia** que esta mujeres han sufrido y que emerge en el grupo en muchos momentos. Estas mujeres manifestaron haber recibido algún tipo de violencia: abuso sexual por parte de un familiar o amigo cercano, abandono de sus padres: *“me regalaron”*, falta de oportunidades para estudiar, violencia física: *“me quemaban las manos con cigarros o con la plancha”*.

Muchas eligieron parejas que le dieron continuidad a esa violencia lo que puso en evidencia una maternidad, en muchos casos, no deseada, *“si quedaba embarazada me golpeaba” ...“cuando el bebé nació, me violó y me mandó al hospital, ahí lloré mucho pero nunca dije la verdad... hasta hoy”, : “aunque ya no están los golpes...sí dejaron una marca enorme en mi vida”*.

Las mujeres separan el incesto de la violación, calificando lo primero como *“me faltaban al respeto”, “me manoseaban”* y lo segundo como el abuso realmente perpetrado. Las mujeres ponen de manifiesto una fuerte culpa a la “madre- mujer” porque no la protegieron ante el abuso sexual, ante la violencia o por el abandono, ya sea porque se murió o porque “la regalaron” a otra familia o porque no le dio los cuidados que necesitaban. Por otro lado, se desvincula “al padre” de este proceso o de otra culpa.

La transgresión, vista como un descontrol metabólico en la diabetes: olvido de toma de medicamentos, comer inadecuadamente, etc, podría simbolizar la

“fantasía” de dar muerte al dolor vivido y “castigarse” por la culpa ante el abuso sexual, ya que en ninguno de los casos de violencia las mujeres habían recibido tratamiento y en la mayoría, es la primera vez que cuentan el abuso sexual (Saragossi, 2001) (Serrano, 1998).

Es importante recalcar que la investigación plantea como ejes temáticos de la sesiones, la diabetes, la alimentación y el ejercicio, pero el grupo propone un tema diferente que es la violencia intrafamiliar y social que vivieron en la infancia. Este tema se aborda y se trabaja, tratando de que el espacio y la intimidad del grupo les permita elaborar la angustia y el dolor, que en última instancia, podrían estar operando como resistencia al autocuidado ante la diabetes mellitus.

En la actualidad se encontró que esas mujeres no recibieron tratamiento ante las diferentes formas de violencia, sino que, como escudo o protección recurrieron al silencio. Por otro lado manifiestan que pasan frecuentemente por depresiones y dolores de cabeza y que recurren a la toma de “calmantes” cuando aparecen esos recuerdos no deseados.

El *género* podría operar como obstáculo ya que algunas de las mujeres manifestaron su malestar porque no tuvieron la misma suerte de los hermanos varones, ya que ellas, aunque eran niñas, tenían que desarrollar trabajos domésticos para asistirlos a ellos, a sus padres y a otros hermanos (as) menores. También los varones comían mejor y tenían otros privilegios.

Esta posición, de mujeres responsables de la reproducción de la vida cotidiana en el hogar, culturalmente, no suele considerarse como trabajo, no se le reconoce su obvio valor económico y esto, unido a la pobreza en la infancia, a una deficiente nutrición y a un acceso tardío a los servicios de salud, tendrían, inevitablemente, una fuerte repercusión en la salud de la mujer adulta (Langer, 2002)

La construcción social y cultural de ser mujer, en este grupo, parece que tiene un eje transversal que es común en ellas, un miedo “a todo” y una negación de sus deseos antes los deseo de otros: *“a véces vendo tortillas, todo lo hago por mi hijo... es mi razón de vivir.. aunque a mí no me quede plata o me sienta mal... ¡si me muero no importa!”*. La *baja autoestima* podría operar como obstáculo, tanto, que no reconocen en ellas la posibilidad de cuidar de sus cuerpos. Conforme avanza el proceso grupal, hay expresiones que hacen pensar que las mujeres depositan en el grupo la fantasía de una autoestima “mejorada”, un deseo de solidaridad, compañía, seguridad o algo más... *“los tesoros que me dio la vida... conocer a otras que son como yo”*.

En su mayoría, estas mujeres no se lamentan abiertamente de su falta de dinero, más bien pareciera que esta condición, de alguna manera la ven como una respuesta a “no ser todo lo buenas que debieron haber sido”: *“una nació así.... pobre., sin que lo quisieran y es muy difícil cambiar”*.

### **Sistematización del proceso grupal**

La sistematización del proceso grupal se elabora con el fin de que la experiencia pueda ser reproducible, lo cual no indica que los resultados ni serán iguales, ni serán diferentes ya que cada grupo tiene su propia historia, acontecer, desarrollo y cierre.

La sistematización se presenta en forma esquemática y en algunos casos se ofrecen ejemplos. Esta sistematización es una producción que se genera a partir de la investigación, pero que toma como base las investigaciones y el fundamento teórico de reconocidos expositores del trabajo en grupo, a saber Pichón Riviere (1966), Anzieu (1986), Mústieles (1993), Cazau (2002), Bauleo (1990) y Bricchetto (1982).

**1.Contexto local (institucional):** es el lugar donde se desarrolló la experiencia: Hospital San Vicente de Paúl, en la ciudad de Heredia.

**2.Conformación del grupo:** mujeres con diabetes mellitus II y obesidad, elegidas según criterios de selección previamente definidos en la investigación.

### **3.Encuadre**

**Grupo etéreo:** mujeres diabéticas II y obesas entre 45 y 59 años de edad.

**Tiempo:** 10 sesiones semanales consecutivas, de 2 horas de duración por sesión

**Espacio:** aula situada en el edificio educativo que pertenece al Hospital San Vicente de Paúl , en la ciudad de Heredia

**Equipo de coordinación:** compuesto por una coordinadora, función que realizó la investigadora y una observadora, que asistió a 5 de las 10 sesiones. La observadora no participó del proceso grupal ya que únicamente escribió lo que aconteció durante las sesiones. Fuera de las mismas, fungió como apoyo ante la coordinación. El coordinador contó con preparación académica y experiencia en el trabajo grupal y con habilidades para observar lo que aconteció. Requisito indispensable para el trabajo grupal ejecutado en la presente investigación.

La función más importante del coordinador fue la de operar como facilitador del proceso grupal, para ello recurrió a técnicas de movilización, de señalamiento y otros.

El coordinador intentó ser creativo, entendiendo esto como “la capacidad para desrutinizar el proceso grupal y generar respuestas que provocaron rupturas en la vida cotidiana grupal ante situaciones existente”. Se trató de que el coordinador no predijera lo que sucedería en las próximas sesiones ya que esto limitaría el crecimiento del grupo.

**Rol profesional:** por encima de los roles coordinador- observador y de sus implicaciones y atribuciones, el coordinador se comportó como un educador social en el sentido de que animó intencionadamente el proceso con el fin de llevar a las mujeres del grupo a reflexionar acerca de sus situaciones, problemas, y a asumir su propia resolución frente a ellos.

**Teoría:** Tomó como base la teoría Pichoniana

## **Objetivos**

**1)De la intervención:** Fueron los objetivos de la investigación, que se lograron por medio del proceso grupal, contribuyendo de esta manera, con la salud de las mujeres diabéticas en las áreas alimentarias, de actividad física y de violencia.

**2)Psicoafectivos:** Generó un espacio de contención afectiva y de reflexión. Se aumentó el grado de autoconciencia y de autocuidado.

**Técnicas:** Debe entenderse aquí la técnica como aquellas cosas que el coordinador dijo, hizo o propició en el grupo. Tomó elementos teóricos de muchas disciplinas respondiendo a la intuición y a la creatividad del coordinador (Vargas, 1992). La técnica de base correspondió al grupo operativo “modificado”, donde el observador asistió a la mitad de las sesiones y donde el coordinador, en su ausencia asumió el rol de observador. Fue una técnica centrada en la tarea.

Se utilizaron otras técnicas como la paradoja, el sociodrama, paseos imaginarios, las adivinanzas, juegos de roles, técnicas escritas, técnicas gráficas, el baile, la animación, etc. Estas técnicas se utilizaron como instrumentos dentro del proceso grupal y se ubicaron dentro del encuadre. Siempre fueron dirigidas hacia el logro de los objetivos propuestos, cumpliendo una función muy importante como técnica de movilización y de puesta en escena de temores, miedos, angustias y fantasía ante la diabetes mellitus II.

## Momentos o etapas del proceso grupal

Los momentos o etapas que atravesaron el grupo como consecuencia de la aplicación de la técnica operativa son:

1) Desde el punto de vista dialéctico se dieron tres momentos: *tesis*, *antítesis* y *síntesis*, buscando con ello poner de relieve que la técnica operativa implicó el enfrentamiento y resolución de contradicciones.

2) Desde el punto de vista de la unidad de trabajo que permitió la tarea y el esclarecimiento, podemos reconocer tres etapas: *el existente*, *la interpretación* y *el emergente*. El existente fue el material aportado por el grupo a través de un miembro cualquiera que actuó como portavoz. Ese material fue interpretado por el coordinador del grupo y, como respuesta a esa interpretación, surgió un nuevo emergente, conducta que nació de la organización de distintos elementos como acontecimiento sintético y creador.

3) Desde el punto de vista de lo que sucedió en cada sesión grupal, se dieron tres etapas cronológicas: *apertura*, *desarrollo* y *cierre*. Los emergentes de apertura fueron cuidadosamente registrados por la observadora y la coordinadora, ya que todo ese material fue retrabajado durante la sesión, y es dable observar cómo reapareció, ya modificado, en el momento de cierre.

4) Desde el punto de vista del trabajo grupal, se distinguieron tres instancias: *pretarea*, *tarea* y *proyecto*. La pretarea fue, una primera etapa, eminentemente defensiva, donde el grupo se resistió al cambio y postergó la elaboración de las ansiedades básicas que lo paralizaban. La tarea, eminentemente productiva, implicó un abordaje de la situación anterior mediante una elaboración que rompió la pauta estereotipada que estancaba el aprendizaje y redujo las ansiedades básicas a un nivel no solo tolerable, sino también óptimo para el pleno funcionamiento productivo del grupo. Se trató de una tarea implícita pero que, en

ese momento, se hacía explícita. El proyecto, finalmente, surgió cuando los miembros lograron una pertenencia al grupo, pudiendo éste plantearse objetivos que van más allá del aquí y ahora, y trazando una estrategia para alcanzarlos.

Tanto los objetivos de la intervención como los psicofectivos se entrelazaron en el proceso. El trabajo grupal, propició un ambiente “no rígido”, de tolerancia y de aceptación a la diferencia, una rotación de liderazgos, una libertad de expresión, dando de esta manera más posibilidades al cambio. El grupo cumplió “la tarea grupal”, fomentando la toma de decisión por consenso y liderazgo democrático.

Durante el proceso grupal, vemos como las mujeres, conforme avanzaban las sesiones, tienden a recuperar o a consolidar sus funciones físicas, psíquicas y sociales. Son capaces de expresar sentimientos antes la enfermedad, de realizar ejercicio físico y de iniciar cambios en su alimentación. Se reconoce la enfermedad como “algo que no le es ajeno”, y se incorporan nuevas prácticas para prevenir complicaciones y estimular el autocuidado.

La historia “del grupo” y su acontecer, en los diferentes momentos por los que pasó fue analizado, a partir de los registros y de las vivencias del grupo, esto permitió seguir el curso y abordar las diferentes áreas de la conducta que podrían operar como obstáculos: el miedo, la falta de límites y la culpa.

### **Evolución del grupo aplicando la técnica operativa**

El proceso comenzó cuando nació el grupo a partir de un mero agregado y de dos organizadores grupales básicos: una tarea explícita para cumplir, y una mutua representación interna de sus integrantes. Las mujeres cuando iniciaron el proceso, no se conocían entre sí. Cada una tenía sus propias expectativas, inquietudes y temores.

La situación así configurada generó ansiedades depresivas y paranoides, frente a las cuales el grupo montó defensas (pretarea). Se inició aquí la técnica operativa propiamente dicha, es decir, se abordó una tarea implícita que, al tomarse explícita, redujo las ansiedades a un nivel óptimo y pudo entonces, a partir de allí, iniciarse la tarea explícita propiamente dicha para la cual el grupo se había formado originalmente.

La tarea se abordó cuando las mujeres se apropiaron del tema, se estableció un hilo conductor y fueron capaces de analizar lo que estaba ocurriendo en el propio grupo.

Cumplida esta tarea, el grupo elaboró un proyecto, en el nivel explícito, y la pérdida de la situación anterior en el nivel implícito. A partir de aquí el grupo pudo seguir adelante como tal, con una nueva tarea por delante, o de otra manera, se disolvería formando un agregado. Los exmiembros del agregado se incorporaron a nuevos grupos y el proceso vuelve a comenzar. Conviene aclarar que pretarea, tarea y proyecto no son momentos unidireccionales sino dialécticos: en la historia del grupo, varias veces fueron recorridas esas etapas, en un ir y venir permanente. Aplicando la técnica operativa, se dio una evolución del grupo que se esquematiza de la siguiente forma:

**Agregado ⇒ Grupo ⇒ Ansiedades intolerables ⇒ Pretarea (defensas) ⇒  
Tarea implícita ⇒ Ansiedades tolerables ⇒ Tarea explícita ⇒ Proyecto**

El proceso descrito pudo suceder en forma espontánea, sin necesidad de aplicarse deliberadamente la técnica del grupo operativo. Claro está, la técnica se aplicó para que la interacción pudiera ser regulada con el fin de potencializar y

hacerla eficaz con relación a los objetivos planteados, naciendo así la técnica operativa que apuntó a la planificación e instrumentación de la acción grupal.

### **Evaluación final de la intervención**

La evaluación se menciona como parte del proceso de sistematización y se caracteriza por un análisis con respecto al cumplimiento o no, de los objetivos. En este sentido, se puede decir que se analizó, reflexionó y profundizó en lo producido por el grupo durante el proceso. Esto incluyó, las movilizaciones y significados vivenciales, tanto del grupo de mujeres, como del equipo de coordinación.

Las mujeres lograron avanzar en el proceso de autocuidado que las llevan a mejorar la salud, principalmente, en las áreas de la alimentación, la actividad física y la violencia. Tema no acabado, en vista de la cronicidad de la patología y del reforzamiento social que necesitan.

Un acercamiento a la evaluación, fue vivido por el grupo en dos momentos importante: a mitad de las sesiones y en la última sesión. Esta evaluación se refiere a las devoluciones que consistió en “devolverle al grupo lo que éste produjo”. Nunca debe entenderse la evaluación, como la evaluación tradicional académica de puntuación de cada una de las mujeres participantes, lo cual es una antítesis del trabajo grupal. Se debe tener presente que el grupo no es la suma de sus miembros sino una instancia diferente que surge y es creada por la interacción y el trabajo grupal; donde los emergentes, el señalamiento y toda la vivencia del proceso grupal le corresponde al grupo como tal y no a alguno de sus miembros.

## Capítulo V

### CONCLUSIONES

La educación grupal desarrollada, aunque no puede llamarse “grupo operativo” en forma estricta porque el observador participó en la mitad de las sesiones, sí es una metodología que permitió trabajar la tarea grupal. Esto sugiere que contar con un observador en la mitad del número de sesiones a realizar, fue acertado y por otro lado, esta técnica así modificada, es más fácil de reproducir, en vista de que en el país hay muy pocos profesionales especialistas en grupo operativo.

El número de sesiones planteadas favoreció que las mujeres asistieran regularmente y que ninguna se retirara. También favoreció la pérdida de peso, la disminución del índice de masa corporal, el aumento en el ejercicio físico, en la frecuencia de consumo de agua, frutas, ensaladas crudas, vegetales hervidos y frijoles, junto a una disminución en la utilización de grasas untables y en el consumo de carnes. Pero aunque mostró una mejoría importante en algunos valores bioquímicos como el colesterol, el HDL, el LDL, los triglicéridos y la hemoglobina glicosilada, las diferencias no fueron significativas entre grupos.

Se podría especular que si se aumenta el tiempo de intervención, se obtendrían mejores resultados en la bioquímica sanguínea, pero, por otro lado, otros factores podrían afectar favorablemente los resultados y es el hecho de que tanto el grupo control como el experimental recibieron la entrevista motivacional. Esto sugiere que ambos grupos se beneficiaron, lo cual no permitió que las diferencias en los valores bioquímicos fueran significativas, ya que los controles también disminuyeron estos valores, aunque en menor medida.

Estos hallazgos sugieren que la entrevista motivacional tiene un efecto positivo sobre el entrevistado y debería implementarse en las investigaciones en salud ya

que se retribuye al grupo control un beneficio a cambio de información valiosa que va a suministrar.

Fue sorpresivo el abordaje que sobre el abuso sexual hizo el grupo. Favorablemente, la investigadora cuenta con formación académica y experiencia en el trabajo con mujeres víctimas de incesto y en los temas de violencia.

La culpa y la baja autoestima que asume la mujer diabética desde niña hasta mujer adulta, la hace "arrastrar" el abuso en cada una de sus relaciones. Esto se puso de manifiesto en las sesiones y fue lo que más movilizó sentimientos. Esta situación unida al avance de la enfermedad y a los trastornos que ocasiona la obesidad, muestran que son grupos de alto riesgo, tanto en su salud física como emocional.

Un aspecto que favoreció el proceso grupal fue que la investigadora no pertenecía a la institución. Esto permitió no compartir el devenir de las sesiones con otros personeros del centro de salud, lo cual podría afectar la concentración en el grupo y la fuga de información. Esta situación, además, propició que ellas libremente, pudieran hacer los comentarios acerca de la atención médica que estaban recibiendo, aumentándose de esta manera, la confianza y la seguridad ante el "secreto grupal". Es pertinente considerar que ellas frecuentan el centro de salud y han desarrollado amistad con algunos empleados.

La investigación dio resultados favorables en cuanto a las modificaciones en el peso corporal, en la alimentación y en la actividad física. Esto motiva a recomendar a las instituciones de salud, desarrollar programas de atención grupal a pacientes diabéticos, donde la atención tome como ejes la alimentación y el ejercicio físico y se apoye en técnicas grupales que permitan el movimiento de emociones, la puesta en escenas de la resistencias y los miedos ante la enfermedad.

Los y las profesionales y las instituciones de salud, no le están dando al ejercicio físico el valor que realmente tiene, ya que no lo apoyan desde su posición profesional. El ejercicio físico, además de los beneficios fisiológicos, debería introducirse abiertamente como una técnica no tradicional para tratar los problemas de salud mental, y específicamente los trastornos emocionales. En este caso, las depresiones y el estrés de las mujeres, habían sido tratados con psicotrópico, sin resultados positivos, como esta mujeres lo mencionaron. Por otro lado, las secuelas ante el abuso sexual y ante la violencia podría estar operando como disparados de las complicaciones en las dos enfermedades: la diabetes y la obesidad y tampoco encontraron contención en la institución de salud donde reciben la consulta médica.

En Costa Rica, es totalmente justificable desarrollar metodologías diferentes e innovadoras ya que los datos sobre obesidad y diabetes mellitus tipo II, son muy preocupantes. Específicamente en este grupo de mujeres, las hiperglicemias, las dislipidemias, el hecho de que todas tienen más de 5 años de diagnóstico de la enfermedad y que son obesas, indican un alto riesgo de enfermedad cardiovascular y de deterioro en su calidad de vida en general.

## BIBLIOGRAFÍA

- American College of Sport Medicine (1999). **Manual de la American College of Sport Medicine para la valoración y prescripción del ejercicio**. Barcelona: Paidotribo.
- American College of Sport Medicine (2000). **Manual de consulta para el control y la prescripción del ejercicio**. Barcelona: Paidotribo.
- American Diabetes Association (1999). **Clinical Practice Recommendations 1999. Test of glycemia in diabetes**. American Diabetes Association <http://www.diabetes.org/diabetescare/supplement199/s77.htm> (25 April 2002)
- American Diabetes Association (1998). **Clinical Practice Recommendations 1998. Insulin administration**. American Diabetes Association <http://www.diabetes.org/diabetescare/supplement198/s72.htm> (25 April 2002)
- American Diabetes Association (2001). **Clinical Practice Recommendations 2001**. In: American Diabetes Association. *Diabetes care*, 24 (1), 549 – 553
- Adamson, G. (2000). **El ECRO de Enrique Pichón Riviere**. <http://www.antroposmoderno.com/biografia/pichonriviere/html> (1 abril 2002)
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2000). **Guías para el diagnóstico y manejo de la diabetes tipo II con medicina basada en evidencia**. Asociación Latinoamericana de Diabetes. <http://www.alad.org/guiasalad/guiacap3.html> (31 mayo 2002)
- Alberti, K. G. (1998). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part I. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of WHO consultation. *Diabetec Med* 115, 539 - 553
- Amigo, V. I.; Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid: Ediciones Pirámide
- Anzieu, D. (1986). **El grupo y el inconsciente**. Biblioteca Nueva: Madrid
- Arce, L. A. y Retana, M. I. (1997). **Situación diagnóstica de la educación alimentaria nutricional para pacientes con diabetes mellitus en las Clínicas tipo IV de la Caja Costarricense del Seguro Social**. Tesis de licenciatura en Nutrición. Universidad de Costa Rica, San José. Costa Rica.
- Barbany M. Y Carrilo M. (1999). **Tratamiento dietético de la obesidad**. *Nutrición y obesidad*, 5, 226-236. España: Doyma
- Basaglia, F. (1988). **Mujer, locura y sociedad**. Universidad Autónoma de Puebla. México.

- Bauleo, A. (1990). **La concepción operativa de grupo**. Madrid.: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2002). **Aplicación de la técnica de entrevista motivacional en pacientes con un tratamiento del comportamiento alimentario**. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 1(2), 42- 49.
- Becker, B. (1998). **El efecto del ejercicio y el deporte en el área emocional**. Revista digital. Año 3 (12) Buenos Aires. [http:// www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com) (24 abril 2001)
- Bleger, J. (1972). **Grupos operativos en la enseñanza**. Temas de Psicología, Argentina: Nueva Visión
- Bricchetto, O. (1982). **Encuadre**. (Mimeografiado), Buenos Aires: Ediciones Cinco
- Caballero, L. A. (2001). **Salud mental y nutrición: La obesidad como campo de estudio**. Subjetividad y cultura, 17, 65-78.
- Cabillón, C. M. (2001). **El uso de la actividad física como prevención en salud**. Revista digital Año 7, (41). <http://www.efedeportes.com> (27 marzo 2002)
- Caja Costarricense de Seguro Social (2002). **Manual para atención Integral de la Diabetes Tipo II en el Primer Nivel de Atención**. Costa Rica: CCSS.
- Cantillano, A. V., Cordero, J. Rodríguez, J. Y Sánchez, A., (2001). **Evaluación del impacto metabólico de una metodología de consulta nutricional grupal en pacientes con diabetes mellitus tipo II**. Tesis de licenciatura en Nutrición. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Castro, Q. M. (1992). **Evaluación del estado nutricional del adulto**. Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica.
- Cauas, E. R. (2002). **La técnica de grupos operativos en el fútbol**. Revista Digital Año 8, (52). <http://www.efedeportes.com> (20 julio 2003)
- Cazau, P. (2002). **Diccionario de Psicología Social**. <http://galeon.hispavista.com/pcazau/dipi.htm> (15 marzo 2002)
- Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe (2000). **Análisis por género del comportamiento alimentario y el ejercicio físico en el caribe**. Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe. Jamaica: OPS
- Clarke S, D. (2000). **Análisis de la situación actual de la educación del adulto mayor diabético en la Clínica Doctor Clorito Picado y diseño de una guía didáctica**. Estudio de Postgrado en Gerontología. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica
- Charmaine S. (1990). **Las mujeres y el stress**. Buenos Aires: Atlántida.

- Chaves, B. L. (1997). **Programa de atención de enfermería con énfasis en salud mental a la población diabética de la Clínica Marcial Fallas.** Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Chehaybar, Y., y Kuri, E. (1995). **Elementos para una fundamentación teórica - práctica del proceso de aprendizaje grupal.** México.  
[www.cesu.unam.mx/iresie/revista/perfiles/prefiles\\_ant/63-06.htm](http://www.cesu.unam.mx/iresie/revista/perfiles/prefiles_ant/63-06.htm) (29 julio 2003)
- Concha, I. (1997). **Depresión enmascarada.** Cuadernos de Neurología. Universidad de Chile. [http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/neurologia/cuadernos/1997/pub\\_03\\_97.html](http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/neurologia/cuadernos/1997/pub_03_97.html) (23 junio 2002)
- Dunquin, M. E. (1986). **Recreación: mujeres que se mueven.** IV Congreso Interamericano de la Joven y la Mujer en el Deporte y la Recreación "Prof. Cristina Lizano Quirós" Ministerio de Juventud Cultura y Deporte. San José. Costa Rica.
- Escuela Andaluza de Salud Pública (1999). **Diabetes Mellitus tipo II: tratamiento.** Boletín terapéutico Andaluz. (15), Escuela Andaluza de Salud Pública. [www.cadime/easp.es/com](http://www.cadime/easp.es/com) (1 marzo 2002)
- Estado de la Nación (1998) **Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.** Proyecto Estado de la Nación. Costa Rica.
- Fernández, K., Jiménez, K y Vargas, G. (2000). **Modificaciones para mejorar la alimentación mediante una metodología participativa en familias urbano-marginales de San José.** Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad de Costa Rica.
- Fernández, L. (2000). **Roles de género, mujeres académicas...¿conflictos?.** Facultad de Psicología y Cátedra de la Mujer. Universidad de La Habana [www.campus\\_oei.org/salactsi/lourdes.htm](http://www.campus_oei.org/salactsi/lourdes.htm) (23 abril 2003)
- Fielhouse, P (1995). **Food and Nutrition.** 2da ed.. U.S.A.: Champan & Hall
- Francés, A. et al. (2002.). **Trastornos del estado de ánimo: Transcripción de DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** [http:// www.PsiquiatriaLatina.com/drfofia/trastornos\\_animo.html](http://www.PsiquiatriaLatina.com/drfofia/trastornos_animo.html) (23 junio 2002)
- Foladori, A. H. Y Hidalgo, M. R. (1997). **Intervención en un Hospital Geriátrico.** Chile.[http://www.rehue.csociales.uchile.cl/psicologia/publica/hospital\\_geriatrico.pdf](http://www.rehue.csociales.uchile.cl/psicologia/publica/hospital_geriatrico.pdf) (18 agosto 02)
- Foster, D. W. (1998). **Diabetes mellitus.** Harrinson, Principios de Medicina Interna. 14 ed. Vol. II. McGraw- Hill /Interamericana. Madrid. 2341 – 2365

Fuscaldo, C., Calzada, L., Estrada, Y., Salazar, S., Monge, S., Artavia, E., Figueroa, V., Urroz y Arguedas, C. (2002). **La calidad de control del paciente diabético en Costa Rica**. Servicio de Endocrinología Hospital Nacional de Niños, Servicio de Medicina Interna Hospital México. I Seminario Internacional de Ejercicio y Patologías, del 21 al 23 de Mayo. San José. Costa Rica: Universidad Nacional.

Gallardo, H. (1994). **Elementos de Investigación Académica**. Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica.

García, B. (1990). **Fundamentos de nutrición**. EUNED. Costa Rica.

García, M. J., Navarro, V. M. y R, C. J. (1996). **Bases teóricas del entrenamiento deportivo**. España: Gymmos

George, J. D.; Fisher, A. G. y Vehrs, P. R., (1999). **Test y pruebas físicas**. España: Paidotribo

Gili-Planas, M y Ferre-Pérez, V. A. (1994). **Práctica deportiva y estereotipos de género: un estudio en la comunidad autónoma de las Islas Baleares**. Revista de Psicología del Deporte 5, 81 – 88.

Guzmán, T. C y Lizano, M. M. (1997). **Evaluación del impacto de una intervención educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo II**. Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica.

Habiger, J.E. (1986). **El rol de los medios de comunicación en la promoción de la participación femenina en deportes de recreación**. IV Congreso Interamericano de la Joven y la Mujer en el Deporte y la Recreación “Prof. Cristina Lizano Quirós” Ministerio de Juventud Cultura y Deporte. San José. Costa Rica.

Halle, F (1999). **Influencia de una intervención de 4 semanas con dieta y ejercicio en las fracciones de las LDL en hombres obesos con diabetes Mellitus tipo II**. Metabolism. 48(5), 641-644.

Hamm, M. (1996). **La correcta nutrición del deportista**. España: Hispano Europea

Hernández, S. R., Fernández, C. C. Y Baptista, L. P. (1998). **Metodología de la investigación**. Segunda edición. México: Mc Graw Hill.

Herrera, P. J. (1999). **Mortalidad de causa cardiaca y diabetes mellitus**. Nutrición y Obesidad. 2(6) Nov- dic.. España: Publicaciones Médicas Periódicas.

I.L.S.I. (1998). **Los estilos de vida saludable: Nutrición y Actividad Física**. Serie de monografías concisas de ILSI Europa. Bélgica: International Life Sciences Institute

INAMU. (2000). **Plataforma de Acción de Beijing. Balance del estado de Costa Rica. Logros y Desafíos**. Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer 3 al 15 septiembre 1995. Cota Rica.

- INAMU (2003). **Estudio exploratorio sobre el acceso de las mujeres a los beneficios de los seguros sociales en Costa Rica.** [www.inamu.go.cr/noticias/docs/20030701.0202.html](http://www.inamu.go.cr/noticias/docs/20030701.0202.html) (29 julio 2003)
- I.N.C.A.P. (1996). **Recomendaciones Dietéticas diarias del INCAP.** Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guatemala.
- Lagarde, M. (1992). **Objetividad y subjetividad femenina.** Consejo Nacional de Población. México.
- Lagarde, M. (1998). **La salud desde la perspectiva de género.** Memoria del Taller. INCIENSA. Tres Ríos. Costa Rica.
- Lampman F. Y Schteingarat.(1996). **Effects of exercise training on glucose control, lipid metabolism, and insulin sensitivity in hypertriglyceridemia and nominsulin dependent diabetes mellitus.** Michigan: Medicine & Science in Sport & Exercise.
- Langer A y Solano R. (2002). **Condición de la Mujer y Salud.** <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet> (23 mayo 2003)
- 94377 Ticos son diabéticos.** (1999, 13 Agosto). La Nación, sección El país, página 5 A. San José, Costa Rica.
- Lizarraga, M. A., (1998). **Actividad física y salud: recomendaciones dietéticas básicas.** Nutrición y Obesidad,.1(4) Julio – Agosto 1998. España: Publicaciones Médicas Periódicas. Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietética.
- López, S. Y Caparrós, N., (1975). **Teoría y Práctica de Grupos Operativos.** Psicología y Sociología del Grupo.Madrid: Editorial fundamentos.
- Lorenzo, G., J. (1997). **Psicología del deporte.** España: Biblioteca Nueva.
- Llano, J, Sosa, V. y Lozano, J. A. (1999). **Resultados psicológicos de la rehabilitación cardiaca.** Instituto de Cardiología de Madrid. <http://www.secpyr.org/paginag82.htm> (20 marzo 2002)
- Mahan, L. K. Y Escott- Stump, S. (1996). **Krause's food, nutrition and diet therapy.** 9a.ed. W. B. Saunders Co. Pennsylvania, 489 – 508
- McArdle, W. D., Katch, F. I. y Katch V. L. (1990). **Fisiología del ejercicio: energía, nutrición y rendimiento humano.** España: Alianza
- Marín, Z. (1997). **Elementos de nutrición Humana.** EUNED. Costa Rica.
- Medicine & Science in Sports & Exercise (1997). **A collection of Physical Activity Questionnaires for Health – Related Research.** 29(6) William & Williams.

- Ministerio de Juventud Cultura y Deporte (1986). **Breve reseña histórica de la participación femenina en el deporte y la recreación.** IV Congreso Interamericano de la Joven y la Mujer en el Deporte y la Recreación "Prof. Cristina Lizano Quirós" Ministerio de Juventud Cultura y Deporte. San José. Costa Rica
- Miller, W. (2000). **Motivación e intervención.** Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.  
[www.cbattc.uccaribe.edu/products/tip%2035/cap02.htm](http://www.cbattc.uccaribe.edu/products/tip%2035/cap02.htm) (9 junio 2003)
- Ministerio de Salud. (1997). **Resultados de la encuesta de hogares.** MINSA, INCIENSA OPS: Costa Rica.
- Molina N. (2001). **El enfoque de género como sustento teórico de la demanda de igualdad de los movimientos de mujeres y del feminismo.** Mujeres y sustentabilidad. Chile: LOM ediciones
- Monge, L. (1983). **Cooperativas escolares: reorientación de los hábitos alimentarios.** Cuadernos de Nutrición. 6(7), 36-37.
- Morice, T.A. (1998). **Análisis de la situación de las enfermedades no transmisibles en Costa Rica.** 1 ed. Inciensa. Tres Ríos.
- Morice, T. A., Roselló, M., Aráuz, A. G., Sánchez, G. y Padilla, G. (1999). **Diabetes mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario.** San José, Costa Rica: Serie de Documentos Técnicos: Inciensa.
- Muls, E. (1998). **Recomendaciones nutricionales para la persona con diabetes.** Lecturas Sobre Nutrición. 5(4) Colombia: Felanpe.
- Mústieles, M. D. (1993). **Intervención grupal con adolescentes de un barrio marginal argentino.** <http://campogrupal.combarrio.html>. (18 agosto 2002)
- Mústieles, M. D. (1994). **Nueva guía para la sistematización de procesos grupales.** [www.hipernet.ufsc.br/foruns/grupal/documentos/guiapara.htm](http://www.hipernet.ufsc.br/foruns/grupal/documentos/guiapara.htm) (25 abril 2003)
- Mústieles, M. D. (1996). **Las técnicas en el trabajo con grupos.** Clínica y Análisis grupal. 141 Madrid. Grupo Quipú de Psicoterapia, 419 – 432.
- National Cholesterol Education Program (2001). **Resumen del Tercer Informe del Grupo de Expertos del Programa Nacional de Educación sobre el colesterol y sobre detección, evaluación y tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos.** JAMA, may 16 , 285(19) 2486- 2497.
- Neira. M. (2000). **Grupo operativo con enfermeras con hemodiálisis.** Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Privado de Córdoba, Argentina. <http://www.renal.org.ar/revista/52/5213.htm> (25 mayo 2002).

Nelson, J. K., Moxness, K. E., Jensen, M. D. y Gatineau, C. F. (1997). **Dietética y Nutrición: Manual de la Clínica Mayo**. España : Harcourt Brace.

Organización Mundial de la Salud. (2001). **Los trastornos depresivos**. Salud Mental y Trabajo. Organización Mundial de la Salud. [http://www.sas.junta\\_andalucia.es/sisma/documento2\\_oms.pdf](http://www.sas.junta_andalucia.es/sisma/documento2_oms.pdf) (22 junio 2002)

Padilla, V. G. (1995). **Impacto de un proceso educativo en pacientes con diabetes mellitus tipo II, sobre la evolución del consumo de alimentos**. Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica.

Palma, C. C. (2001). **Concepciones de salud en un grupo de mujeres con dos enfermedades crónicas, Diabetes e Hipertensión, y la relación con su autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina**. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica.

Parchman, M. (2001). **Continuity, Stages of Change for Self – care Behaviors and glucosa control in type 2 diabetes**. Dept of Family & Community Medicine, UTHSC- San Antonio, USA. [www.napcorg.org\\_2001presentation\\_prchman.ppt](http://www.napcorg.org_2001presentation_prchman.ppt) (20 setiembre 2002)

Pascoe, D. D. y Lab, T. (2002). **Role of exercise and diet in the treatment of type 2 diabetes mellitus**. Department of Health and Human Performance; Auburn University, Alabama. U.S.A. I Seminario Internacional de Ejercicio y Patologías. 21 al 23 de Mayo. San José. Costa Rica.

Pasquetti, C. A. (1998). **Evaluación nutricional del paciente diabético: pruebas de laboratorio y gabinete**. Medicina Interna de México. 14, S13- 22.

Patel, A. (1999). **Diabetes Focus**. London: Pharmaceutical Press.

Pichón, R. E. (1966). **Juego y deporte**. Psicología de la vida cotidiana <http://www.espiraldialectica.com.ar/psicsoc.htm>. (19 agosto 2002).

Ramírez, O. J. (1996). **Efectos del Ejercicio Físico en la funcionalidad de las mujeres mayores**. Tesis de licenciatura en Educación Física y Deporte. Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica.

Rosales, W. (1998). **Escala de Percepción Subjetiva de Cansancio de Borg en Hipertensos**. Hospital el Carmen. Mendoza. Argentina. [www.sobreentrenamiento.com](http://www.sobreentrenamiento.com) (9 setiembre 2002)

Ruiz, E. M. (1997). **Conocimientos actitudes y prácticas reales sobre alimentación y diabetes mellitus de pacientes no insulino dependientes que asisten a consulta externa del Hospital de San Vito**. Tesis de licenciatura en Nutrición. Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica.

- Saavedra, C. (2000). **Ejercicio Físico Adecuado y Diabetes tipo 2 no insulino dependiente**. Universidad de Chile. Publicaciones sobre Ciencias del Ejercicio. [www.sobreentrenamiento.com](http://www.sobreentrenamiento.com) (04 abril 2003)
- Saavedra, S., Waitman, J. y Cuneo C. (1999). **Obesidad**. Rev Fed Arg Cardiol 28:529-529 <http://www.fac.org.ar/faces/publica/revista/99v28n4/saave2.htm>
- Salazar, W. (1999). **La relación entre el ejercicio físico y la salud emocional**. Memorias de sesión GSSI: "Avances científicos en el ejercicio y la salud". Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Saragossi C. (2001). **Una estrategia para el cambio**. Hospital de Clínicas, José de San Martín, Argentina. <http://www.healthing.com/dmd/psico.html> (18 agosto 2002)
- Serrano, V. E. y Moreno, J. E. (1998). **Agresividad y enfermedad cardiovascular. Evaluación y abordaje terapéutico**. Revista Clínica Neuropsiquiátrica. Año IX, 7 (1), Junio. Argentina
- Simón, M. A. (1999). **Manual de Psicología de la Salud, Fundamentos, Metodología y Aplicaciones**. España: Biblioteca Nueva.
- Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria. (1999). **Guía de diabetes para Atención Primaria**. Grupo de trabajo sobre diabetes. <http://cica.es/aliens/samfyc/htm> (25 mayo 2002)
- Sosa, M.B. (2000). **Diabetes y manifestaciones ginecológicas**. <http://www.Healthing.com/dmd/sosa.html> (31 mayo 2002)
- Soto, C. M. A. (2002). **Comportamiento de parámetros de control para la diabetes mellitus, dos años después de que una población de diabéticos recibiera un curso de educación grupal para la salud en diabetes mellitus**. Tesis de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Soto, O. G. (1999). **Efecto de una intervención educativa sobre la composición de la dieta de jóvenes con niveles de LDL-colesterol elevado**. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). **Introducción a los métodos cualitativos de Investigación**. Primera edición 1984. España: Piados Básica
- Trigwell, P., Grant, P. y House, A. (1997). **Motivation and glycemic control in diabetes mellitus**. Journal of Psychosomatic Research 43: 307 -315
- UNICEF (1988). **Fundamentos de la metodología participativa y de la Investigación participativa**. Guatemala: UNICEF.
- Valderrama, G. D. (2001). **Diseño y evaluación de un programa de consulta nutricional para pacientes con diabetes mellitus tipo II**. Tesis de licenciatura en Nutrición. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

- Vargas, V. L. (1992). **Técnicas participativas para la educación popular**. 8 ed. San José: Alforja
- Volker, R. (1995). **Cuerpo, salud, deporte y estilo de vida como puntos de Referencia del desarrollo social**. Educación Física y Deporte. 17, enero - dic.
- Werner, G. (1976). **Selección y aceptabilidad de alimentos**. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 26(4), 381-399.
- World Forum on Physical Activity and Sport, (1995). **Declaración consensual de Québec**. World Forum on Physical Activity and Sport. 66(4)
- Wilmore, J. H. y Costill, D. L. (1998). **Fisiología del Esfuerzo y del Deporte**. Barcelona: Paidotribo
- Yoke, M. (1995). **Evaluación y pruebas de condición física**. USA: Editorial. Aerobics and Fitness Association of American Sherman Oaks.
- Zeledón, C. E. (s. f.) **Deportivo Femenino Costa Rica F. C.: primer equipo de fútbol femenino del mundo (1949- 1999)**. Reseña histórica. I ed. Ministerio de Cultura Juventud y Deportes. San José: Dirección de Publicaciones.

## **ANEXOS**

- Anexo 1: Guía de las sesiones grupales**
- Anexo 2: Índice de Masa Corporal**
- Anexo 3: Cadera y Relación cintura cadera**
- Anexo 4: Cuestionario de datos generales, hábitos alimentarios y frecuencia de consumo de alimentos**
- Anexo 5: Guía de alimentación**
- Anexo 6: Cuestionario de ejercicio en el tiempo libre**
- Anexo 7: Guía de actividad física**
- Anexo 8: Escala de Borg e Intensidad del ejercicio**
- Anexo 9: Valores de glicemia en ayunas**
- Anexo 10: Estado de cambio**
- Anexo 11: Hoja de consentimiento para participar en la investigación**

## GUÍA DE SESIONES GRUPALES

### **Presentación:**

Se desarrolla la presente guía con el fin de documentar el trabajo grupal.

El trabajo grupal, en sí, tiene dos objetivos fundamentales que son *brindar un ámbito de continencia y aumentar el grado de autoconciencia*. El cumplimiento de estos objetivos, es fundamental, porque sobre estas bases se sustentará el trabajo grupal para la modificación de conductas.

El trabajo grupal, utilizando la técnica de grupo operativo, permite trabajar en un ambiente “no rígido” dando mayor posibilidades al cambio, es más tolerante, permite la rotación de los liderazgos, estimula la libre expresión de sentimiento e ideas, toma como experiencia de aprendizaje todo lo que sucede, incluyendo los conflictos. Además, las acciones del grupo se ordenan cuando los objetivos están claros, permitiendo el cumplimiento de la “tarea grupal”, y el grupo fomenta la toma de decisión por consenso y liderazgo democrático.

El grupo, para su funcionamiento, va a necesitar de una **coordinadora**, puesto que será desempeñado por la investigadora y una **observadora**, especialista en el trabajo con grupos, quien estará presente, en las sesiones grupales, preferiblemente, en forma alterna.

Luego de la intervención grupal, lo que se espera, es que las mujeres tiendan a recuperar o a consolidar sus funciones físicas, psíquicas y sociales, para ello se debe respetar, en todo momento la condición de salud existente y particular en cada una de las mujeres diabéticas; y prevenir complicaciones y/o la progresión de la enfermedad.

La historia “del grupo” y su acontecer, en los diferentes momentos será escrito en un documento, lo cual va a permitir abordar la enfermedad a partir de las mujeres diabéticas tipo II.

## Aspectos metodológicos

### 1. Organización del grupo

- Las integrantes debe ser todas mujeres diabéticas tipo II entre de 45 y 59 años de edad
- Las mujeres se incorporan libremente al grupo, previa explicación de los objetivos y las características del mismo.
- Las mujeres que decidan participar deben garantizar su deseo de participación en un documento escrito
- El grupo tiene un inicio, donde el total de las mujeres se incorporan (todas comienzan al mismo tiempo), y un cierre o final.
- Las mujeres no debe tener impedimento físico o psíquico para trabajar en grupos
- Al grupo no se pueden incorporar familiares, amigos, o personal de salud ya que el protagonismo le compete exclusivamente a las mujeres diabéticas tipo II
- El tamaño máximo del grupo será de 16 mujeres diabéticas tipo II
- El grupo debe funcionar durante diez sesiones consecutivas.
- Se realizará una sesión por semana con una duración de dos horas
- Las sesiones deben realizarse en una sala grande y comfortable que cuente con los materiales adecuados para el trabajo de las integrantes del grupo
- Se debe dejar un tiempo de refrigerio por sesión

### 2. Reglas del grupo

Es necesario que el grupo comparte ciertas reglas que favorezcan la seguridad, confidencialidad y respeto entre todas las participantes. Las reglas establecen un sistema y crean un ambiente privado de respeto mutuo. Ellas proporcionan límites y fronteras, dentro de las cuales puede efectuarse el trabajo grupal. Esta reglas surgen desde la coordinación y también desde el grupo.

## ANEXO 1: continuación...

---

Algunas sugerencias de creación de reglas son las siguientes:

- Respeto mutuo: entre las mujeres diabéticas, la coordinadora, la observadora y entre las mismas mujeres
- La temática es libre
- La participación es libre
- Ley del secreto grupal: “confidencialidad”
- En cada sesión se trabajará sin burlarse y sin interrumpir a las compañeras
- Se debe escuchar con atención y guardando silencio cuando una compañera o la coordinadora esté hablando
- Las mujeres diabéticas deben cumplir con su trabajo: participar en las sesiones y seguir las recomendaciones a realizar en su vida diaria
- Las mujeres deben prepararse y dedicar el espacio de dos horas para “trabajar y trabajarse” dentro del proceso grupal, por esa razón no se permiten las interrupciones. Ejemplo: no uso de celulares, no ausentarse temporalmente para retirar medicamentos u otra gestión pertinente o no a su enfermedad. Claro está, salvo situaciones mayores que afecten su seguridad.
- Anunciar previamente al grupo si alguna va a faltar o va a llegar tarde a la sesión.

### 3. Nivel pedagógico

Formado por las siguientes áreas temáticas:

Diabetes mellitus

Alimentación

Ejercicio físico

Violencia

### 4. Procedimiento

Para realizar la sesión grupal se necesita una coordinadora, función que asume la investigadora, y una observadora, que asistirá a la mitad de las sesiones. Ambas con conocimiento y experiencia en grupo operativo.

La intervención grupal consta de cinco etapas y cada etapa consta de varias sesiones.

### **4.1 Sesiones**

Cada sesión se realiza a partir de diferentes escenarios que son los siguientes: espacio para la realización del movimiento humano, un espacio para desarrollar la teoría, un espacio para socializar y un espacio para desarrollar el trabajo grupal.

Cada espacio se suscribe en un tiempo previamente definido, donde se realizan diferentes actividades. Esta estructura, que se mantiene a través de toda la intervención grupal, se muestra a continuación:

## ESTRUCTURA DE LA SESIÓN CON LOS DIFERENTES ESCENARIOS

Escenarios	Estructura de la sesión	Tiempo	Actividades
<b>Movimiento Humano</b>	<b>Apertura y Ejercicio físico dirigido</b>	15 minutos	Saludos Realizar ejercicio físico
<b>Teórico</b>	<b>Desarrollo de un tema</b>	15 minutos	Exposición teórica y práctica
<b>Teórico</b>	<b>Aclaración de conceptos teóricos</b>	5 minutos	Discusión y aclaración de dudas "teóricas"
<b>Social</b>	<b>Espacio para alimentación</b>	15 minutos	Degustación de una merienda saludable
<b>Social</b>	<b>Espacio libre para necesidades urgente</b>	5 minutos	Actividades de corta duración y de tipo personal como son: Ir al servicio sanitario, tomarse un medicamento o tomar agua.
<b>Grupal</b>	<b>Sesión grupal</b>	45 minutos	Proceso grupal utilizando la técnica de grupo operativo
		5 minutos	Coordinadora y observadora intercambian aspectos relevantes de la sesión y mujeres preparan sus comentarios de cierre
		15 minutos	Comentarios individuales de cierre por parte de las mujeres y de la coordinación

## **4.2 Etapas**

Las etapas marcan los diferentes temas que se abordaron en las sesiones donde los ejes temáticos guiarán el desarrollo de la sesión. Los planteado se muestra a continuación.

### **Etapa 1**

Ejes temáticos: a) El auto cuidado en la diabetes mellitus, b) El síntoma físico como lenguaje y c) componentes básicos del auto cuidado: buena alimentación y buen ejercicio físico

Objetivos:

- 1.Describir los factores psicológicos que obstaculizan la conducta de auto cuidado.
- 2.Reconocer en el cuerpo el síntoma físico como lenguaje
- 3.Lograr una mayor aceptación y protagonismo en el cuidado de la enfermedad
- 4.Dar una guía de alimentación y de ejercicio físico para el auto cuidado

### **Etapa 2**

Ejes temáticos: a) La enfermedad como oportunidad de auto conocimiento y b) La violencia infantil y su relación con la enfermedad en la vida adulta

Objetivos

- 1.Avanzar en el conocimiento de los factores psicológicos que obstaculizan la conducta de auto cuidado.
- 2.Identificar las medidas de auto cuidado en el tratamiento de la enfermedad
- 3.Analizar los cambios individuales con respecto a hábitos alimentarios y ejercicio físico
- 4.Lograr una mayor aceptación y protagonismo en el cuidado de la enfermedad
- 5.Identificar los mecanismos adaptativos y la estrategias de sobrevivencia ocasionados por la violencia infantil en las diferentes etapas de la vida
- 6.Relacionar la conducta de subordinación, sustentada en el sistema patriarcal; con las conductas transgresoras en el cuidado de la enfermedad.

### **Etapa 3**

Ejes temáticos: a) Estar enfermo en familia y b) La violencia y el impacto psicológico en la autoestima de las mujeres

## **ANEXO 1: continuación...**

---

### Objetivos

1. Descubrir nuevos recursos que favorezcan el cambio de hábitos
2. Expresar los sentimientos de impotencia ante la Enfermedad
3. Abordar la Enfermedad en el contexto familiar
4. Utilizar alimentos y el ejercicio físico como elementos identificatorios de resistencia ante el cambio
5. Rescatar conductas de autocuidado que favorecen la puesta de límites en el contexto familiar y social

### **Etapa 4**

Eje temático: a) El porqué de los grupos y b) La tarea grupal

### Objetivos

1. Favorecer la integración y cohesión grupal identificando los elementos de la conducta humana que buscan y encuentran refuerzo a partir de "lo grupal".
2. Contener y analizar las ansiedades, angustias, fantasías y defensas que frente a la enfermedad, el tratamiento, el deterioro y la muerte, están implicados en la tarea específica del grupo.

### **Etapa 5**

Eje temático: a) Reconectándome con las emociones y sentimientos y b) El duelo ante el cierre del grupo

### Objetivos

1. Identificar los recursos que dan soporte a los cambios de hábitos realizados o por realizar
2. Describir el abordaje de la enfermedad en el contexto social
3. Mencionar propósitos y metas individuales y grupales a futuro
4. Describir acciones concretas a tomar ante la modificación de hábitos y de la actividad física

## ANEXO 1: continuación...

---

5. Expresar los sentimientos que sobre el auto cuidado se han propiciado a través de las sesiones

6. Analizar en forma grupal qué me llevo y qué le dejo al grupo como parte de la sesión de "cierre grupal".



## INDICE DE MASA CORPORAL

**Pasos a seguir  
para determinar el  
índice de masa  
corporal**



### 1. Pese a la paciente y anote el dato.

Utilice la siguiente guía:

- a. Utilice una balanza
- b. Asegurarse que la balanza esté debidamente calibrada
- c. Subir a la paciente a balanza con el mínimo de ropa y sin zapatos
- d. Realizar la toma de peso en dos ocasiones y sin hay variación, realizar una tercera pesada y anotar el dato que más se repite.

### 2. Mida a la paciente (talla) y anote el dato

Utilice la siguiente guía:

- a. Coloque una cinta métrica en la pared en una superficie plana y sin rodapié
- b. Utilice una plomada para garantizar la perpendicularidad de la cinta métrica
- c. Indíquele a la mujer que se quite los zapatos y que no utilice abrigos o ropa voluminosa que interfiera con la medición
- d. Solicitarle a la mujer que se coloque en forma recta cerca de la pared, donde la línea media del cuerpo esté en dirección a la cinta métrica
- e. Garantizar que las manos estén hacia abajo, paralelas, lo tobillos semi abiertos al frente y rozando entre un talón y otro, formando un vértice, cerrado atrás y abierto al frente, el cuello recto, utilizando el plano de Frankfurt.
- f. Utilice un cartabón y colóquelo sobre la parte más prominente de la cabeza
- g. Tome la medida, hágalo dos o tres veces, hasta tener un mismo valor.
- h. Anote el valor que más se repite

### 3. Calcule el índice de masa corporal

Realice el siguiente cálculo matemático para determinar el I.M.C.

$$\text{I.M.C.} = \frac{\text{Peso}}{\text{talla} \times \text{talla}}$$

### 4. Clasifique el nivel de normalidad o de obesidad según los siguientes criterios:

I.M.C.	Clasificación
20 a 24.9	Normal
25 a 29.9	Obesidad I
30 a 39.9	Obesidad II
Mayor a 40	Obesidad III

### 5. Observaciones

Este indicador considera que el peso es proporcional a la talla al cuadrado. Este indicador tiene la ventaja de que puede ser fácilmente calculada pero su principal desventaja es que no distingue entre el sobrepeso debido a la obesidad y aquel que se presenta por un excesivo desarrollo muscular. Las compañías de seguros, que utilizan este indicador para valorar el riesgo en personas que compran seguros de vida, consideran que el rango entre 20 y 24.9 está asociado con un mínimo de mortalidad (Castro, 1992). El riesgo de mortalidad con relación a las complicaciones por diabetes mellitus se presenta cuando el IMC es mayor a 27 (Nelson, 1997)

## RELACION CINTURA CADERA (RCC)

Determinación de la relación cintura – cadera  
Siga los siguientes pasos (Castro, 1992):

### 1. Mida la cintura:

Utilizando una cinta métrica no extensible con 0.1 cm de precisión, tome la medida de la circunferencia de la cintura donde el diámetro sea menor.  
Aproximadamente en el punto medio entre el margen de la costilla inferior y la cresta iliaca.

### 2. Mida la cadera

Tome la medida de la circunferencia de la cadera, poniendo la cinta métrica donde el diámetro sea máximo (entre las caderas y los glúteos)

### 3. Calcule El RCC

Calcule la relación cintura cadera como el cociente de las dos mediciones anteriores de la siguiente forma:

$$RCC = \frac{\text{Circunferencia de la cintura}}{\text{Circunferencia de la cadera}}$$

### 4. Clasificación

Proceda a realizar la clasificación utilizando la siguiente tabla y considere las siguientes observaciones en la interpretación de los resultados:

El sitio de distribución de la grasa corporal, provee una útil herramienta de diagnóstico para predecir anomalías en el metabolismo de la glucosa y los lípidos. Se ha comprobado que es el tipo de obesidad más que el grado de la misma, el que determina la incidencia de alteraciones metabólicas y de enfermedades degenerativas.

Las personas con una distribución de grasa tipo androide (grasa centralizada en el abdomen, tipo “manzana”) tienen una relación cintura cadera más alta que las de tipo ginecoide (grasa acumulada especialmente en la cadera, tipo “pera”).

El tipo de obesidad androide está más estrechamente asociada con la Diabetes mellitus, la gota y la aterosclerosis, que el tipo de obesidad ginecoide

<b>Bajo Riesgo:</b>	<80cm de cintura <0,75 RCC
<b>Riesgo moderado:</b>	80 a 88cm de cintura 0,75 a 0,85 RCC
<b>Riesgo alto:</b>	>88 cm de cintura >0,85 RCC

## CUESTIONARIO

(entrevista individual)

## Parte A: Datos generales

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

Experimental  Control 

1. Nombre \_\_\_\_\_
2. Teléfono \_\_\_\_\_ 3. Dirección habitación \_\_\_\_\_
4. Edad \_\_\_\_\_ 5. Nacionalidad \_\_\_\_\_ 6. Religión \_\_\_\_\_
7. Estado civil \_\_\_\_\_ 8. ¿Tiene hijos Sí  No  9. Número hijos \_\_\_\_\_
10. No. personas que componen el núcleo familiar \_\_\_\_\_ 11. Escolaridad \_\_\_\_\_
12. Actividad laboral \_\_\_\_\_ 13. Años de diagnóstico Diabetes Mellitus (DM) \_\_\_\_\_
14. Antecedentes de DM \_\_\_\_\_ 15. Antecedentes de obesidad \_\_\_\_\_
16. ¿Utiliza medicamentos para el control de la diabetes u otra enfermedad? Si  No
17. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
18. Actualmente ha habido modificación en el tratamiento (uso de medicamentos) para el control de la diabetes y enfermedades asociadas Sí  No
19. Actualmente está siguiendo algún plan de alimentación o dieta: Si  No
20. Si está siguiendo una dieta, mencione en qué consiste: \_\_\_\_\_
21. Peso corporal cuando se diagnosticó la DM con relación al peso actual: Mayor   
Menor  Igual  No recuerda
22. Peso corporal actual: P1 \_\_\_\_\_ P2 \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_ kg.
23. Talla: T1 \_\_\_\_\_ T2 \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_ cm. 24. IMC \_\_\_\_\_
25. Cintura: C1 \_\_\_\_\_ C2 \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_ cm.
26. Cadera: Ca1 \_\_\_\_\_ Ca2 \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_ cm. 27. Relación Ci/ CA: \_\_\_\_\_
28. Mencione los trastornos digestivos que padece:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Colitis o síndrome de colon irritable |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides   | <input type="checkbox"/> Diverticulosis                        |
| <input type="checkbox"/> Gastritis     | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal                         |
| <input type="checkbox"/> Úlcera        | <input type="checkbox"/> Otra _____                            |
29. Diagnósticos médicos y/o complicaciones actuales asociadas a la DM \_\_\_\_\_

## ANEXO 4 : continuación...

---

### 30. Valores bioquímicos

_____ Hemoglobina	_____ Colesterol total
_____ Hematocrito	_____ HDL
_____ Glicemia en ayunas	_____ LDL
_____ Hemoglobina glicosilada	_____ Triglicéridos

### Parte B: Estilo de vida

1. ¿Fuma actualmente? Sí  No
2. Número de cigarrillos/ día \_\_\_\_ o por semana \_\_\_\_
3. ¿Fumaba antes? Sí  No
4. ¿Hace cuanto dejó de fumar? 5. Cuánto fumaba \_\_\_\_
6. ¿Consume bebidas alcohólicas actualmente? Si  No  7. Cantidad: \_\_\_\_\_
8. Frecuencia: \_\_\_\_\_ 9. Tipo (s) de bebida (s): \_\_\_\_\_
10. ¿Quién (es) prepara los alimentos en su casa? \_\_\_\_\_
11. ¿Quién (es) hace las compras de alimentos? \_\_\_\_\_
12. ¿Quién (es) aporta el dinero para la compra de alimentos? \_\_\_\_\_
13. El ingreso familiar es de
  - a) Menos de cien mil colones
  - b) De cien mil a menos de doscientos mil colones
  - c) De doscientos mil a menos de trescientos mil colones
  - d) De trescientos mil a menos de cuatrocientos mil colones
  - e) Más de cuatrocientos mil colones
  - f) No sabe / no responde
14. ¿Cuál es su bebida preferida para acompañar las comidas: agua\_\_leche\_\_frescos azucarados\_\_frescos sin azúcar\_\_ frescos con edulcorante artificial\_\_ninguna\_\_otra:\_\_\_\_\_
15. ¿Le gusta tomar agua? Sí  No
16. ¿Con qué le da el sabor dulce a sus bebidas?\_\_\_\_\_
17. ¿ Utiliza sal, del salero, para agregar a los alimentos cuando están servidos y listos para comer? Si  No
18. Mencione en orden de mayor a menor consumo las 3 principales grasas que usa para cocinar los alimentos: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
19. Mencione en orden de mayor a menor consumo los 3 principales alimentos que consume para "picar" 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

## ANEXO 4 : continuación....

---

20. Mencione en orden de mayor a menor consumo los 3 principales postres que usted consume comúnmente o en ocasiones especiales: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
21. ¿Sabe qué es la fibra? Sí  No  22. Consume alimentos con fibra Sí  No
23. Mencione los alimentos con fibra que consume comúnmente \_\_\_\_\_
24. Marque con x si realiza los siguientes tiempos de comida:
- Desayuno                       Media mañana                       Almuerzo                       Media tarde
- Cena                       Merienda noche                       Otra comida más
25. En promedio, usted considera que come \_\_\_\_\_ veces/ día
26. Mencione en orden de mayor a menor, 3 alimentos o comidas que más le gustan:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
27. Mencione en orden de mayor a menor, 3 alimentos o comidas que más le disgustas:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
28. Mencione en orden de mayor a menor, 3 alimentos o comidas que más nutritivas:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
29. Mencione en orden de mayor a menor, 3 alimentos o comidas que son más dañinos para su salud: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
30. ¿Sabe que son condimentos naturales y frescos (crudos) Si  No
31. Mencione en orden de mayor a menor, 3 condimentos naturales que más utiliza en sus comidas 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

### Parte C: Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas(entrevista)

**Instrucciones:** En esta lista aparecen una variedad de alimentos, por favor elija un número de frecuencia de consumo de los alimentos según corresponda a su dieta habitual. La escala numérica se interpreta así:

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. 3 o más veces/ día  | 6. 1 a 2 veces/ semana |
| 2. 2 veces/ día        | 7. 1 a 3 veces/ mes    |
| 3. 1 vez/ día          | 8. Rara vez/ nunca     |
| 4. 5 a 6 veces/ semana |                        |
| 5. 3 a 4 veces/ semana |                        |

**ANEXO 4**

1. ¿Cuántas veces consume frutas ?..... 1 2 3 4 5 6 7 8
2. Mencione la tres fruta que más consume \_\_\_\_\_
3. ¿Cuántas veces consume ensalada ?..... 1 2 3 4 5 6 7 8
4. Mencione la ensalada que más consume \_\_\_\_\_
5. ¿Cuántas veces consume vegetales cocidos?.... 1 2 3 4 5 6 7 8
6. Mencione los tres vegetales de consumo más frecuente \_\_\_\_\_
7. ¿Cuántas veces toma agua? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
8. ¿Cuántas veces toma fresco? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
9. ¿Cuántas veces toma café o té? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
10. ¿Cuántas veces toma leche? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
11. ¿Cuántas veces toma yogurt? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
12. ¿Cuántas veces come queso? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
13. ¿Cuántas veces come natilla? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
14. ¿Cuántas veces come mantequilla o margarina? .. 1 2 3 4 5 6 7 8
15. ¿Cuál tipo de mantequilla o margarina utiliza más frecuentemente? \_\_\_\_\_
16. ¿Cuántos huevos consume?..... 1 2 3 4 5 6 7 8
17. Los huevos los consume preferiblemente: fritos \_\_\_ revueltos \_\_\_ otra \_\_\_\_\_
18. ¿Cuántas veces consume carne? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
19. La principal forma de comer la carne es \_\_\_\_\_
20. ¿Cuántas veces come pescado..... 1 2 3 4 5 6 7 8
21. La principal forma de comer el pescado es: hervido \_\_ a la plancha \_\_ otra \_\_\_\_\_
22. ¿Cuántas veces come cerdo?..... 1 2 3 4 5 6 7 8
23. La principal forma de comer el cerdo es: frita \_\_\_ hervida \_\_\_ otra \_\_\_\_\_
24. ¿Cuántas veces come embutidos? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
25. ¿Cuántas veces come frijoles? ..... 1 2 3 4 5 6 7 8
26. ¿Cuántas veces como jalea, azúcar o miel de abeja 1 2 3 4 5 6 7 8



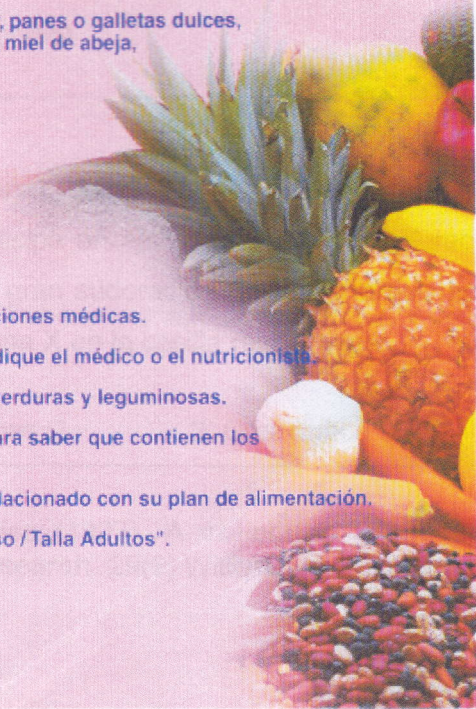
# LA BUENA ALIMENTACION Produce Salud

## RECOMENDACIONES PARA PACIENTES DIABETICOS

El plan de alimentación es parte fundamental en el tratamiento de la diabetes, tan importante como los medicamentos que está usando para el control de la enfermedad.

- Consuma el número de comidas que se le indique, éstas deben estar de acuerdo con el tratamiento de insulina o pastillas que le estén recetando.
- Prefiera alimentos como frutas y verduras frescas.
- Use condimentos naturales para preparar los alimentos: apio, ajos, culantro, clavo de olor, cebolla, chile dulce, otros...
- Prefiera la leche semidescremada (2% de grasa) o yogurt natural.
- Consuma productos integrales.
- Tome sus bebidas sin azúcar.
- Use aceite vegetal, margarina liviana - suave.
- **No consuma:** confites, jaleas, conservas, azúcar, panes o galletas dulces, siropes, miel de tapa, refrescos gaseosos, queques, miel de abeja, helados, cacao, postres y repostería.
- No tome bebidas alcohólicas.
- Aumente la actividad física.

## CONSEJOS IMPORTANTES

- 
- Haga ejercicio regularmente, siguiendo las indicaciones médicas.
  - Consuma la cantidad de líquidos diarios que le indique el médico o el nutricionista.
  - Consuma alimentos ricos en fibras como frutas, verduras y leguminosas.
  - Lea cuidadosamente las etiquetas de alimentos para saber que contienen los productos que está consumiendo.
  - Consulte con el nutricionista cualquier aspecto relacionado con su plan de alimentación.
  - Controle usted mismo su peso con la "Gráfica Peso / Talla Adultos".



Sección de Nutrición, 2000  
Dirección de Comunicación Organizacional

**CUESTIONARIO DE EJERCICIO EN EL TIEMPO LIBRE (Entrevista). No. \_\_\_\_\_**

**Parte A:**

Considerando un periodo de 7 días ( 1 semana), **cuántas veces**, en promedio, usted realiza algún tipo de ejercicio por más de 15 minutos durante su tiempo libre. Mencione o escriba el número de veces sobre la línea, en el siguiente formulario, según los siguientes tipos de ejercicio (conteste en todas las líneas; en el caso de no realizar ese ejercicio con alguna frecuencia, ponga el cero)

**Número veces/ semana**

**1. Ejercicio intenso (muy enérgico):** \_\_\_\_\_

(Ej: correr, trotar, fútbol, basketball, bicicleta o nadado fuerte y de gran distancia)

**2. Ejercicio moderado (no es tan enérgico como el anterior)** \_\_\_\_\_

(Ej: caminar rápido, nadar o bicicleta o baile suaves)

**3. Ejercicio suave (mínimo esfuerzo)** \_\_\_\_\_

(yoga, pescar en un río, caminata suave y despacio)

**Parte B**

Considerando un periodo de 7 días ( 1 semana), durante el tiempo libre, qué tan a menudo (o sea qué tan frecuente), usted participa en actividades de larga duración, donde el ejercicio que realiza le ocasione una gran sudoración (seleccione solamente una de las siguientes opciones y marque con una X en la casilla respectiva).

1. Frecuentemente

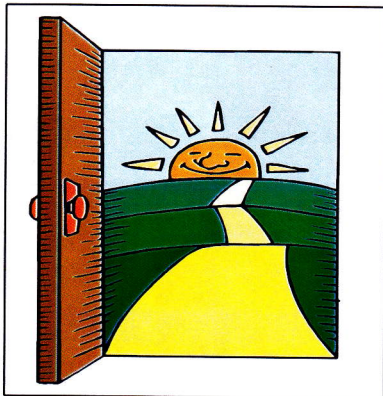
2. Algunas veces

3. Casi nunca

Fuente: Medicine & Science in Sports & Exercise (1997). **A collection of Physical Activity Questionnaires for Health – Related Research.** 29(6) William & Williams.

## GUÍA DE ACTIVIDAD FÍSICA

Esta guía se basa en la experiencia vivida con el grupo y es una producción del proceso grupal.



Se promueve la realización de ejercicio aeróbico donde se utilicen los grupos musculares grandes, se aumente el gasto energético y se mejore la sensación de bienestar. La guía propone la realización del ejercicio físico en diferentes ambientes: **la casa**, con sus actividades cotidianas y **la "calle"**, donde las actividades son programadas.



### Introducción

Se motiva a las mujeres a aumentar la actividad física en vista de que la mayoría casi no hace oficios domésticos argumentando problemas circulatorios, cansancio y tristeza. Hay una gran pasibilidad, no les gusta o no desean caminar dentro de la casa. Les gusta mucho ver televisión y comer o picar simultáneamente. Cada una debe buscar realizar actividades que no representen riesgos. Ejemplos sugeridos por las mujeres diabéticas son: arreglar las plantas que están en macetas, acomodar fotos familiares y gavetas, sacudir muebles, remendar, tejer, coser, dibujar, etc. En algunas sesiones las mujeres jugaron haciendo que barrían el piso, escuchando música y "bailando con la escoba".



**"Se pretende que las mujeres realicen estas actividades con una perspectiva diferente: aumentar el gasto energético, mejorar la condición física y propiciar la sensación de que recuperan sus funciones normales y que son capaces de cuidarse por sí mismas".**



Las actividades físicas “en la calle” están más orientadas al ejercicio físico planificado ya que pretende que las mujeres, realicen caminatas, mínimo 3 veces por semana. Para ello se da una guía simplificada en etapas:

### **Etapas 1: Calentamiento o preparación para el ejercicio**

Una vez que están vestida con la ropa y el calzado apropiado, deben dar pequeños pasos y proceder a realizar ejercicios de estiramiento y flexiones, estirando los músculos y las articulaciones.

Duración: 5 a 10 minutos

### **Etapas 2: Ejecución de la actividad**

Caminar en terreno plano. Mantenerse entre los valores de 3 y 5 en la escala de esfuerzo percibido (de moderado a fuerte). El ejercicio aunque puede ser fuerte, no debe experimentar sensaciones de falta de aire. Además, debe permitir mantener una conversación y sentirse confortable.

Se dio entrenamiento en percepción de esfuerzo entre “moderado” y fuerte”. Se rescatan a continuación dos ejemplos que surgen del grupo:

*(1) Lo máximo (esfuerzo máximo) es cuando uno tiene una hipoglicemia y “se le va la luz”, uno siente que se va a morir. Moderado y fuerte es sentirse bien ... pero luchando”.*

*(2) Lo máximo (esfuerzo máximo) es limpiar el piso de madera con una pipa (coco partido) y que se le pongan los cachetes rojos, uno suda mucho y cuesta respirar. Entre moderado y fuerte es hacerlo, tal vez oyendo música suave o conversando, que uno pueda respirar bien y que ... aún así el piso quede brillante... claro se puede durar un poco más”.*

Duración: mínimo 15 minutos y máximo 50 minutos. El aumento debe ser progresivo.

### **Etapa 3: Enfriamiento o vuelta a la calma**

Camine muy suavemente, relaje el cuerpo y realice ejercicios de estiramiento y flexiones. Puede repetir los ejercicios y estiramiento practicados al inicio.

Duración: 5 a 10 minutos

### ***Indicaciones obligatorias***

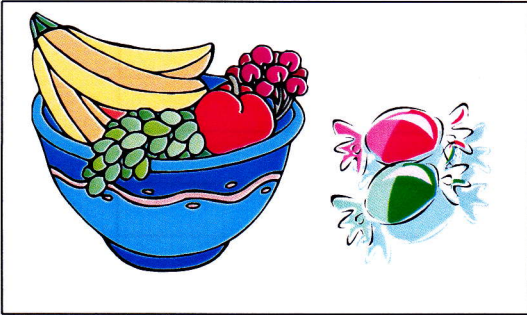
- 1) Lave diariamente los pies con agua a temperatura ambiente y jabón, preferiblemente, neutro. Trate de no durar más de 5 minutos para evitar el reblandecimiento de la piel. Séquelos con un paño suave. No utilice talco y aplicar una crema hidratante que evite la aparición de grietas.
- 2) Lime las uñas con una lima de cartón. Evite cortarlas con tijeras y manténgalas con un tamaño adecuado.
- 3) Evite la sequedad y la humedad excesiva en los pies, así como soluciones o materiales irritantes como el alcohol, el yodo, pomadas callicidas y esparadrapo de tela.
- 4) No aplique calor ni frío a los pies, no use manta eléctrica, bolsa o botella de agua caliente o hielo.
- 5) Elija un calzado flexible, blando, antideslizante y sin costuras interiores, con la puntera ancha y sin un tacón elevado. Que no oprima, sino que sujete el pie.
- 6) Nunca camine descalzo, ni siquiera en la casa.
- 7) Utilice siempre medias, que deben ser de tejido natural como el algodón, el hilo o la lana.



- 8) Observe diariamente los pies y si nota cualquier rozadura o lesión, actúe inmediatamente para que no se complique.

## ANEXO 7: continuación...

---

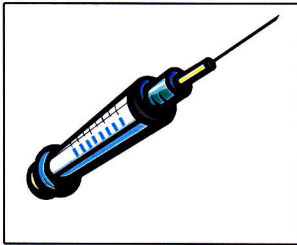


9) Acostúmbrese a verificar la glicemia antes de hacer ejercicio. Si está menos de 100mg/dl, coma una fruta o galletas antes de realizar el ejercicio. Si está entre 100 y 250mg/dl realice el ejercicio (no necesita comer), si tiene valores mayores a 250mg/dl no realice ejercicio.

10) No haga ejercicios si se siente descompensada.

11) No haga actividad física en ayunas.

12) Si utiliza insulina, evite inyectarse en la zona muscular que más va a utilizar, por ejemplo en las piernas, cuando realiza caminatas.



13) Se recomienda llevar agua para tomar, principalmente cuando el ejercicio dura 30 minutos o más. También puede llevar confites o bebidas azucaradas para comer en casos de hipoglicemia.

14) Al finalizar el ejercicio puede tomar líquidos sin azúcar. Si hay sensación de hipoglicemia, la bebida puede contener azúcar o puede comer galletas.

**ESCALA DE BORG DE ESFUERZO PERCIBIDO, MODIFICADA**

Clasificación	Escala de 10 puntos
0	Ningún esfuerzo en absoluto
0,5	Muy, muy débil
1	Muy débil
2	Débil (leve)
3	Moderado
4	Un poco fuerte
5	Fuerte (pesado)
6	-
7	Muy fuerte
8	-
9	-
10	Muy, muy fuerte
-	Máximo

Adaptado de Borg (1982), y Pollock y Wilmore (1990)

Fuente: Wilmore, J. H. y Costill, D. L. (1998). **Fisiología del Esfuerzo y del Deporte**. Barcelona: Paidotribo.

**CLASIFICACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL EJERCICIO  
MEDIANTE ACTIVIDADES QUE REQUIEREN CAPACIDAD  
DE RESISTENCIA DE 20 A 60 MINUTOS DE DURACIÓN**

Intensidad relativa FC máx	Intensidad relativa VO2 máximo ó Reserva de FC máxima	Escala de esfuerzo percibido	Clasificación de la intensidad
< 35%	<30%	< 2	Muy ligera
35 – 59%	30 – 49%	3 – 4%	Ligera
60 – 79%	50 – 74%	5 - 6	Moderada
80 – 89%	75 – 84%	7 - 9	Intensa
> = 90%	> = 85%	> 9	Muy intensa

Adaptado de Pollock y Wilmore (1990)

Fuente: Wilmore, J. H. y Costill, D. L. (1998). **Fisiología del Esfuerzo y del Deporte**. Barcelona: Paidotribo.

**VALORES DE GLICEMIA EN AYUNAS**  
(American Diabetes Association, 1999).

<b>Clasificación de los valores de glicemia en la DM tipo II</b>			
	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Malo</b>
Glucemia (mg/dl):			
-Ayunas basal	80 – 110	<140	>140
-Postprandial	80 - 145	<180	>180

**Estado de cambio**

**Dieta**

¿Usted siempre sigue su dieta?

**Sí**  ¿Hace cuánto?

\_\_\_\_\_ Más de seis meses: mantenimiento

\_\_\_\_\_ Menos de seis meses: acción

**No**  ¿Planea usted hacerlo próximamente?

\_\_\_\_\_ En el siguiente mes: preparación

\_\_\_\_\_ En los próximos 6 meses: contemplación

\_\_\_\_\_ Nunca: pre-contemplación

**Ejercicio**

¿Usted siempre hace ejercicio (al menos 30 minutos en 3 o más días a la semana)?

**Sí**  ¿Hace cuánto?

\_\_\_\_\_ Más de seis meses: mantenimiento

\_\_\_\_\_ Menos de seis meses: acción

**No**  ¿Planea usted hacerlo próximamente?

\_\_\_\_\_ En el siguiente mes: preparación

\_\_\_\_\_ En los próximos 6 meses: contemplación

\_\_\_\_\_ Nunca: pre-contemplación

Fuente: Parchman, M. (2001). **Continuity, Stages of Change for Self – care Behaviors and glucosa control in type 2 diabetes.** Dept of Family & Community Medicine, UTHSC- San Antonio, USA. [www.napcorg.org\\_2001presentation\\_prchman.ppt](http://www.napcorg.org_2001presentation_prchman.ppt) (20 setiembre 2002)

**HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, cédula número \_\_\_\_\_

Acepto voluntariamente participar en las sesiones grupales para aprender y compartir experiencias sobre la diabetes mellitus tipo II, comprometiéndome a asistir puntualmente y de guardar la confidencialidad referente a las experiencia y al acontecer grupal.

Además, eximo a la institución de cualquier riesgo por participar en dicha actividad y acepto que mis datos sean utilizados para publicaciones científicas, guardando en todo momento el anonimato en tales publicaciones.

Firmado en la ciudad de Heredia, el día \_\_\_\_\_ del año 2002