

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA



TESIS

MODELO INNOVADOR DE ENFERMERÍA:
**“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LA PERSONA
A LA CONDICIÓN HUMANA DE DIABETES MELLITUS TIPO II”**

POR:

L.E. ALEJANDRO HUMBERTO CARRASCO OROPEZA

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAestrÍA EN ENFERMERÍA**

CHIHUAHUA, CHIH., AGOSTO 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA



TESIS

**MODELO INNOVADOR DE ENFERMERÍA:
“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LA PERSONA
A LA CONDICIÓN HUMANA DE DIABETES MELLITUS TIPO II”**

POR:

L.E. ALEJANDRO HUMBERTO CARRASCO OROPEZA

Director (a):

DRA. ANGÉLICA MARÍA ARMENDÁRIZ ORTEGA

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**


CHIHUAHUA, CHIH., AGOSTO 2023




Modelo innovador de enfermería “Cuidado de Enfermería en el Proceso de Adaptación de la Persona a la Condición Humana de Diabetes Mellitus tipo II”, Tesis presentada por L.E. Alejandro Humberto Carrasco Oropeza como requisito parcial, para obtener el grado de Maestría en Enfermería, ha sido aprobada y aceptada por:



Dra. Angélica María Armendáriz Ortega
Director




Dra. María de Jesús Carrasco Cervantes
Co-asesor



Dra. Fátima Montes Solís
Asesor



M.E. Italia Rivera Baylón
Revisor



Dra. Claudia Yanet Fierro Herrera

Secretaría de Investigación y Posgrado

Agradecimientos

Agradezco al gran arquitecto de todas las cosas, por acompañarme en este ciclo, por darme y mantenerme en esta vida con todo aquello visible e invisible que lo rodea.

Agradezco a todas aquellas personas que de manera directa e indirecta guardan relación con el desarrollo de la presente tesis. Abordo aquí a familia, docentes, amigos, compañeros, instituciones y personas de cuidado. Para todos ustedes que me permitieron crear abundantes espacios de análisis y comprensión, por su ayuda y por su apoyo, gracias Infinitas.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento de mis estudios de posgrado, así como a la Facultad de Enfermería y Nutriología por brindarme el espacio y las oportunidades para desarrollar mis competencias en la elaboración del Modelo de Cuidado.

Dedicatoria

“Para todos aquellos que creyeron y creen en mí, me motivaron y me invitaron a no rendirme, primordialmente mi familia”

Resumen

La Diabetes Mellitus tipo II (DMII) es la variante más frecuente de diabetes abarcando el 90% de todos los casos en el mundo. En el año 2021, México se encontró en el ranking 7 dentro del top 10, con una cantidad de 14.1 millones de personas con diabetes y se proyecta que para el 2045 aumente a 22.3 millones, Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021).

El proceso de adaptación implica la integración de la persona con su entorno a conciencia para lograr cambios que se verán reflejados en su salud; en dicho proceso y resultado, las personas en condición humana de diabetes mellitus tipo II necesitan del cuidado de enfermería y no solo de una atención fomentando la búsqueda y análisis de la información para el desarrollo de un modelo de cuidado de enfermería. Objetivo: cuidar a las personas en su proceso de adaptación a la condición humana de Diabetes Mellitus tipo II. Metodología: Se desarrollaron tres fases; la primera se realizó bajo un enfoque deductivo identificando un modelo de cuidado prevalente en instituciones de salud; en la segunda fase se desarrolló una investigación documental de forma heurística y hermenéutica para la elaboración del estado del arte que complementó un acercamiento a la realidad; la tercera fase consistió en la elaboración de un modelo innovador de cuidado en enfermería como resultado de la problemática encontrada y analizada en el acercamiento a la realidad.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, Proceso de Adaptación, Diabetes Mellitus, Modelo Innovador.

Abstract

Diabetes Mellitus type II (DMII) is the most frequent type of diabetes, covering 90% of all cases in the world. In 2021, Mexico was ranked number 7 within the top 10 with a few 14.1 million people with diabetes and it is projected that by 2045 it will increase to 22.3 million (Federation International of Diabetes [FID], 2021).

The adaptation process involves consciously integrating the person with their environment to achieve changes that will be reflected in their health; In this process and result, people in the human condition DM2 need nursing care and not only attention, promoting the search and analysis of information for the development of a nursing care model. The objective: to care for people in their process of adaptation to the human condition of DMII. Methodology: Three phases were developed; the first was carried out using a deductive approach, identifying a prevalent care model in health institutions; In the second phase, a documentary investigation was carried out in a heuristic and hermeneutical way for the elaboration of the state of the art that complemented an approach to reality; The third phase consisted in the elaboration of an innovative model of nursing care as a result of the problems found and analyzed in the approach to reality.

Keywords: Nursing care, Adaptation Process, Diabetes Mellitus, Innovative Model.



ÍNDICE

Agradecimientos	IV
Dedicatoria.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
1. INTRODUCCIÓN	10
2. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO	11
3. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD.....	16
Esquema 1. Categorías y Subcategorías que Integran el Acercamiento a la Realidad.....	17
4. MODELO INNOVADOR DE CUIDADO	37
4.1. Soporte Teórico Referencial	37
4.1.1 La Condición Humana de Diabetes Mellitus tipo II	37
4.1.2 La Adaptación y el Cambio de Comportamiento en Salud	41
4.1.3 El Cuidado de Enfermería como Soporte del Modelo Innovador.....	45
4.2 Justificación	49
4.3 Objetivos.....	53
4.3.1 Objetivo General.....	53
4.3.2 Objetivos Específicos	53
4.4 Esquema del Modelo Innovador de Enfermería: “Cuidado de Enfermería en el Proceso de Adaptación de la Persona a la Condición Humana de Diabetes Mellitus Tipo II”	54
4.5 Descripción del Esquema del Modelo.....	55
4.6 Conceptualización de los Elementos y Atributos del Modelo.....	58
4.6.1 Profesional de Enfermería	58
4.6.2 Persona en Condición Humana de Diabetes Mellitus Tipo II.....	58



4.6.3 Cuidado de Enfermería.....	59
4.6.4 Procesos Cáritas	59
4.6.5 Entorno de Cuidado.....	60
4.7 Estrategias de Implementación del Modelo	60
4.7.1. Promoción y Difusión del Modelo	62
4.7.2. Organización y Adecuación Según el Nivel de Atención en Salud y Servicio.....	63
4.7.3. Implementación del Modelo	65
5. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL MODELO	67
5.1. Evaluación	67
5.2. Restructuraciones para Mejorar las Áreas de Oportunidad.	69
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	71
7. CONSIDERACIONES FINALES	74
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
9. ANEXOS.....	86

1. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo II (DMII) es la variante más frecuente de diabetes abarcando el 90% de todos los casos en el mundo. En el año 2021, México se encontró en el ranking 7 dentro del top 10 con una cantidad de 14.1 millones de personas con diabetes y se proyecta que para el 2045 aumente a 22.3 millones, Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021). La necesidad de abordaje y sensibilización y no solo una atención a quienes padecen dicha desarmonía hace indispensable la realización e implementación de un modelo de cuidado en el proceso de adaptación de la persona a la condición humana de DMII. Los modelos de cuidado, dentro de su complejidad conceptual y grado de abstracción “nos remiten a la construcción de un conocimiento que favorece a un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la Enfermería” (Kuerten & Prado, 2008).

El presente modelo Innovador de cuidado pretende una serie de comportamientos por parte del profesional de enfermería con una visión cercana a la unitaria transformativa, se invita a más que un ¿cómo cuidar?, a “un estilo del cómo hacerlo”, una identidad con valores y sentido auténtico de la actitud de cuidar, en la cual, muestra una fundamentación, una base deontológica y epistemológica para la comprensión de la fortaleza del cuidado en las relaciones humanas, en la salud- enfermedad, en la educación y crecimiento, y aún más sorprendente, la sencillez de vivirlo. A continuación se describe la metodología, desarrollo y producto final.

2. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO

Para la construcción del modelo innovador de enfermería se desarrollaron tres fases que a continuación se describen:

La primera fase consiste en la realización de dos acercamientos. El primero fue bajo un enfoque deductivo y con la técnica de la observación no participante en una unidad especializada para el abordaje de las personas en condición humana de Diabetes Mellitus (DM) en la ciudad de Chihuahua.

También, se realizó una revisión de la literatura, misma que permaneció durante el tiempo del primer acercamiento. Se tomó como base referencial el modelo de adaptación de Callista Roy (RAM) identificando elementos conceptuales de cuidado que intervienen en la adaptación de la persona a la condición humana de diabetes mellitus.

Se llevó diario de campo para el registro de las observaciones, elementos contextuales y acciones desarrolladas durante el primer acercamiento, ya sean propias de la institución, del profesional de enfermería, y de la persona, que favorezcan o limiten la adaptación hacia la condición de DMII.

Se aplicó una guía de observación enfocada a las acciones del profesional de enfermería en relación con la identificación, desarrollo, intervenciones y evaluación de los estímulos que afectan a la persona y su respuesta de adaptación a la condición humana de DMII.

La observación del personal de enfermería fue en su propio consultorio, en la sala de espera de la institución y dentro de un aula de usos múltiples. Cada acción observada fue enlistada y posteriormente clasificada en alguno de los modos de adaptación.

Se realizó una guía de observación para determinar la percepción de la propia persona sobre su situación al estar condicionada como persona con DMII. Para ello, se acudió al consultorio de enfermería, medicina y psicología; se observó a la persona mientras se le daba consulta por cada profesional de la salud y se redactó también lo que la persona refirió tras la entrevista. Cada observación de la guía fue analizada, clasificada y tomada en cuenta para la mejora o limitación de adaptación de la persona con DMII.

En cuanto al sistema institucional, se determinaron los objetivos que como organismo en salud se tiene sobre el cuidado de la persona. Para esto, fue posible acceder a los protocolos de la institución donde se identificó la misión, visión, objetivos, estructura de la unidad, los recursos humanos requeridos y su organización.

También, fue posible identificar el perfil del puesto del profesional de enfermería, así como la descripción de las acciones que debe desempeñar según los protocolos de la institución, su modelo de enfermería establecido y los instrumentos validados que puede utilizar para desarrollar su práctica.

El segundo acercamiento fue bajo un enfoque inductivo guiado por los resultados del primero. La recolección de los datos se realizó mediante la técnica de entrevista a profundidad dirigida a la persona que vive en condición humana de DMII, a su familia y al profesional de enfermería en un centro de salud especializado para personas con la desarmonía antes mencionada y aledañas a la Jurisdicción sanitaria número 1 en la ciudad de México.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para el análisis de los datos mediante técnicas de investigación cualitativa codificando y conceptualizando línea por línea los párrafos y utilizando el método fenomenológico descrito en Ciencia y arte en la metodología cualitativa por Martínez (2006) hasta llegar a una saturación de los datos.

En la segunda fase se realizó una investigación documental para la elaboración del estado del arte que complementó junto con las dos investigaciones previas, un acercamiento a la realidad. Dicho estado del arte permitió dimensionar lo que hasta el momento se ha realizado, entorno al cuidado de las personas en condición humana de DMII, resultados y perspectivas para futuros abordajes. El estado del arte también fue desarrollado en dos fases.

Fase Heurística: Se realizó una búsqueda de la literatura científica en diferentes bases de datos y fuentes integradoras como: Índex de enfermería, PubMed, Aquichan, Scielo, Redalyc obteniendo un total de 35 documentos que dieran respuesta al cuidado de enfermería que se brinda a las personas con diabetes mellitus.

El periodo de búsqueda comprendió del 2010 al 2018. Entre los documentos se encontraron boletines informativos, investigaciones cuantitativas, cualitativas y publicaciones de revistas. También, se añadieron algunos artículos para mostrar un contexto tanto de la disciplina como de la misma desarmonía. Entre los países de donde se obtuvo la información fueron: España, México, Colombia, Cuba, Estados Unidos, Brasil e Irán.

Fase Hermenéutica: Cada artículo fue leído, analizado y clasificado según su tipo de información, destacando los elementos importantes que por consiguiente permitieron identificar lo que hasta el momento el personal de enfermería ha desempeñado en torno al cuidado de las personas con DMII.

La tercera fase consistió en la elaboración de un modelo innovador de cuidado en enfermería como resultado de la problemática encontrada y analizada en el acercamiento a la realidad, en el cual, se utilizan las siguientes abreviaturas para identificar a cada uno de los participantes y la metodología en que surgen sus aportaciones:

Se describe P, representando a la persona de cuidado; F representando a un familiar de la persona de cuidado y E haciendo referencia a un profesional de enfermería, seguido de un guión y las iniciales de la persona que fue entrevistada, posterior a un trecho de entrevista. En base a esto, se cuenta con los siguientes ejemplos: un trecho de entrevista más P-MLMP; un trecho de entrevista más F-GOS; un trecho de entrevista más E-NRRL.



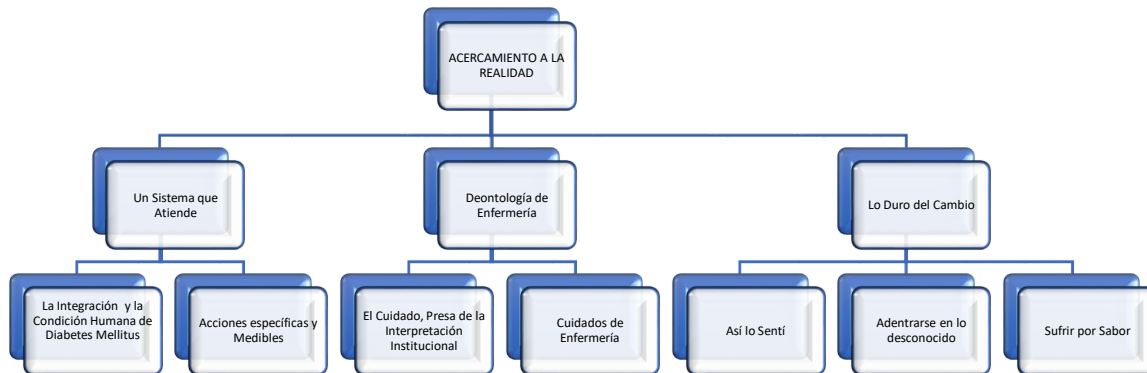
Del mismo, modo para hacer referencia a una observación no participante se presenta la siglas “ONP”, posterior a la observación o incluso el trecho de un diálogo que surge tras la observación.

3. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

El presente acercamiento a la realidad tiene como objetivo describir la problemática encontrada y las áreas de oportunidad para brindar un cuidado a la persona en condición humana DMII. Para ello, fue necesario observar, analizar, investigar y entrevistar no solo a las personas que padecen de esta desarmonía y a sus familiares, sino también a las instituciones con sus políticas, modelos de atención y el abordaje de profesionales con experiencia en el ámbito.

Como resultado se encuentra una amplia gama de información que se ha clasificado y categorizado de manera que surja un modelo de cuidado y que propiamente pueda abordarse desde la disciplina de enfermería. Las categorías resultantes se muestran primeramente a través de un esquema, luego una descripción simplificada y posteriormente se redacta a detalle cada una junto con las subcategorías resultantes que la componen

Esquema 1. Categorías y Subcategorías que Integran el Acercamiento a la Realidad



Un sistema que atiende. Se muestra una estructura organizacional por las instituciones destinadas a atender y poca o nula participación en el cuidar.

Deontología de enfermería. Hace referencia a las acciones de los profesionales de enfermería, en su mayoría, alejados de acciones que involucren el cuidado.

Lo duro del cambio. Hace referencia a una serie de modificaciones en la conducta y estilos de vida, en un proceso de difícil adaptación, siendo ésta necesaria para vivir en armonía con la enfermedad. Cada una de las categorías será mayormente explicada a continuación

3.1 Un Sistema que Atiende

La presente categoría describe la complejidad de la diabetes mellitus, donde a nivel mundial ha sido muestra de preocupación y necesaria la integración de un equipo multidisciplinario para abordar a las personas que la padecen. Las medidas tomadas por los gobiernos buscan la identificación temprana, ampliar la cobertura en salud y proporcionar servicios de calidad a través de modelos “integradores” los cuales, son evaluados mediante indicadores cuantitativos. Los objetivos están destinados a brindar una atención y cumplir con metas, pero no se expresa brindar cuidado en un sentido holístico. La presente categoría se encuentra representada a través de dos subcategorías que a continuación se desarrollan.

3.1.1 La Integración y la Condición Humana de Diabetes Mellitus

En México como en muchos otros países del mundo, la condición humana de Diabetes Mellitus (DM) la cual, se incluye dentro de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), ha obligado al Sistema Nacional de Salud a la creación de servicios públicos integradores, en el que la atención a dicha desarmonía contempla cambios en los modelos tradicionales, pasando de una atención guiada por la medicina y asistido por la enfermería, a un modelo en el que contempla un cuerpo multidisciplinario en el que cada uno de sus integrantes aborda a la persona y a su desarmonía desde cada ámbito profesional.

Tal es el caso, que además de las unidades de medicina familiar presentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), por mencionar algunas, se cuenta con unidades clínicas específicas para la atención y manejo de las personas en condición humana de Diabetes Mellitus. Del mismo modo, a nivel estatal, se cuenta con Unidades Médicas Especializadas (UNEMEs EC) para la atención y manejo de las enfermedades crónicas entre las que destacan la DM, la hipertensión arterial y el síndrome metabólico. A continuación se presentan algunas expresiones de los participantes y observaciones no participantes.

La institución se describe como una unidad con un nuevo modelo de atención, cuya misión consiste en contribuir a la desaceleración de las enfermedades crónicas, otorgando un manejo integral e interdisciplinario a las personas, basado en evidencia clínica, mejores prácticas, unidades y expectativas del paciente. ONP

“podemos preguntar... podemos hacer un análisis... ¿ya pasó con medicina del deporte? ¿ya pasó con psicología? ¿ya pasó por educación en diabetes?” E-NSG

“Se les explica a los pacientes los diferentes servicios que hay... podología, le habla de sus pies, nutrición, sobre alimentación y psicología, alguna cuestión de cómo se sienten, de por qué están enfermos” E-AGS

Las ECNT han ocupado la agenda en salud y se requiere el apoyo de sistemas gubernamentales, sistemas de salud, la sociedad y por supuesto las diversas disciplinas trabajando en conjunto para enfrentar su magnitud y coste social (Fredemir, 2015).

La transición epidemiológica en México muestra que la carga global de enfermedad la caracterizan las enfermedades no transmisibles con un aumento en los indicadores de mortalidad en las mismas, así, las ECNT pasaron como principal causa de mortalidad de 45.4% a un 75.5% en el periodo de 1980 al 2012, destacando las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y los tumores malignos (Murayama & Ruesga, 2016).

Desde hace aproximadamente 22 años se planteó dentro del Plan Nacional de Salud 2001- 2006 “avanzar hacia un modelo integrador de la salud”. Esta estrategia involucra desde entonces unir todas las actividades encaminadas a garantizar una adecuada atención de la salud, cambiando la perspectiva de una responsabilidad total de la enfermería y la medicina, a un complejo grupo multidisciplinar en el que se involucran directivos, personal administrativo, laboratorio y gabinete, médicos y enfermeras con especializadas y el uso de medicinas alternativas reconocidas por el sistema de salud (Secretaría de Salud, 2006).

Surge entonces el concepto de unidades médicas especializadas con unidades de alta especialidad con la finalidad de ofrecer una cobertura integral de servicios y como alternativa para disminuir las muertes relacionadas por las ECNT como la diabetes mellitus. Su cuerpo de profesionistas hace partícipe, en materia de educación y prevención, a las escuelas, centros de trabajo y grupos de ayuda mutua (Secretaría de Salud, 2015).

3.1.2 Acciones Específicas y Medibles

Los centros de salud para la atención de las personas en condición humana en diabetes mellitus se esfuerzan por cumplir con indicadores y acciones, las cuales, se encuentran establecidas a nivel gubernamental. Estas acciones, son particularmente objetos de medición cuantitativa y por lo general específicas en cuanto ampliar la cobertura para brindar servicio a personas con ECNT, hacer detecciones oportunas, y continuamente evaluar los indicadores de calidad.

La unidad verifica constantemente que la atención y los procesos cumplan con los indicadores de calidad, brinda sesiones a grupos preventivos e intervenciones en la comunidad en escuelas, centros comerciales, empresas. Ahí, se realizan pruebas de glicemia capilar, medición de peso y estatura a fin de detectar personas en riesgo de presentar diabetes mellitus. ONP

Una de las metas del milenio y respetando los acuerdos para una cobertura en salud que permitiera a las personas un estado social y económicamente productivo derivado de la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 y retomados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue “salud para todas las personas en todas partes” Invitando así, a que todas las personas tengan acceso a recibir la atención en salud que requieren, con la calidad necesaria para mejorar su salud (Secretaría de Salud, 2018).

La estrategia primordial para disminuir las muertes por ECNT como la DM es la prevención, con acciones aplicables a la población en general y como parte de las propuestas del gobierno federal en “la estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud”. La eficacia de las intervenciones se debe evaluar mediante indicadores cuantitativos predefinidos (Secretaría de Salud, 2015). Estas acciones preventivas, también, tienen énfasis en la adherencia al tratamiento, comportamiento nutricional y actividad física para los individuos y sus familias. El equipo de estas unidades médicas cumple con el protocolo de normas nacional en el manejo de las ECNT (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

3.2 Deontología de Enfermería

La siguiente categoría describe una situación latente en la prestación de servicio profesional de enfermería en el que, el cuidado, en su expresión holística, parece estar distante como actitud que guie el quehacer y el deber ser de la enfermería atendiendo primordialmente acciones estipuladas por los protocolos y reglamentos establecidos en las unidades de atención a personas con DMII, de igual manera seguir la creencia que las intervenciones a los aspectos meramente fisiológicos son precisamente en cumplimiento a la actitud de cuidado que se debe evidenciar ante las personas en condición humana DMII. Esta categoría la complementan dos subcategorías que a continuación se describen.

3.2.1 El Cuidado, Presa de la Interpretación Institucional

El perfil de egreso de un profesional de enfermería contempla las competencias necesarias en el ámbito asistencial, docente, administrativo y de investigación con el cual, pueda insertarse y dar evidencia de ser resolutivo ante los problemas que se presenten desde el enfoque de su disciplina sin dejar de lado, que la base o fenómeno de estudio de su profesión es el cuidado.

Sin embargo, al menos en lo que respecta al cuidado de las personas en condición humana de DMII, el profesional de enfermería, al incorporarse al ámbito laboral, destina una gran cantidad de tiempo en acciones que la institución marca como indispensables y propias para su disciplina, alejando al profesional de un contacto interpersonal entre él y su persona de cuidado y convirtiéndose solo en un cumplimiento de obligaciones estipuladas por la Institución, creando un ambiente en el que el profesional puede sentirse satisfecho por “cuidar” en el sentido de estar cumpliendo con los estatutos que se le imponen, o también, ser consciente de la necesidad de prestar un cuidado más holístico pero no contar con el tiempo necesario para brindarlo a consecuencia de las actividades que se encuentra destinado a realizar, y evitar caer en una sanción por “omisión de cuidados”.

Los párrafos siguientes corresponden a las expresiones de los participantes

Las intervenciones son las mismas que establece el manual de la institución para con los profesionales de enfermería; enfermería realiza más procedimientos de planeación, vigilancia y aplicación de instrumentos de valoración, destacando que son solo intervenciones en las que se valora y se capturan datos; Se observan una serie de actividades no relacionadas a su perfil de egreso como el procesamiento de muestras de laboratorio. ONP

“Se nos capacitó para enseñar al paciente a tener apego a su tratamiento, hacer ejercicio” E-LFG

“Institucionalmente tenemos que apegarnos a lo que tenemos en la secretaría... siempre el paciente va a salir adelante, que sus niveles de hemoglobina glucosilada lleguen a los estándares que nosotros buscamos” E-NSG

“Si limita un poco... hasta en el propio desempeño del trabajo, te limitas en lo que es tuyo y se acabó, por carga de trabajo, por tiempo, sí hay muchas limitantes para enfermería” E-CIG

Algunos autores como Molina (2011), comentan que las instituciones sanitarias crean una serie de acciones o modelos que contribuyen a que los profesionales de enfermería se adhieran a ciertas actitudes o estilos de práctica; de esta manera, la enfermería define sus cuidados y contribuciones dentro de la organización para otorgar el cuidado, cómo tomar decisiones, de qué manera colaborar con otros profesionales, liderar y comunicarse. Además, esta estructura y gestión de los cuidados sugiere una carga laboral para los profesionales de enfermería muy superior a su desarrollo profesional donde los cuidados que se aplican generalmente son de forma secundaria y silenciosa (Molina, 2016).

Las pautas y normas establecidas por la institución, complican el desarrollo de una atención de calidad con enfoque holístico con actividades como la comunicación eficaz y la interacción con las personas de cuidado (Correa, 2016), por ello, el acto de cuidar puede ser deficiente, ya que, los profesionales de enfermería no realizan acciones de cuidado centradas en la persona de cuidado, sino centradas en los procedimientos y en la técnica, concibiendo la realidad desde el modelo biomédico, interpretando el cuidado como ejecución de normas, rutinas, expedientes y patrones de conducta (Poblete & Valenzuela, 2007).

Un ejemplo claro de esto, es la conclusión a la que llegan Salci et al. (2017), tras evaluar el Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas en un centro de atención primaria para personas con DM en Brasil, en el que la recomendación para mejores resultados y una certera participación de los profesionales de enfermería debe ir en caminata a “enfocar sus acciones rescatando paradigmas, conceptos y objetivos de los modelos de atención en los que están insertados, que deben ser la base para sus prácticas asistenciales”

3.2.2 Cuidados de Enfermería

Al observar y cuestionar a los profesionales de enfermería respecto a su experiencia de cuidar a las personas con DM, externan una gratitud al contribuir en el apego al tratamiento que otros profesionales le asignan a la persona de cuidado, ya sea farmacológico, nutricional o su adherencia a los planes de activación física; muestran un gran interés en mantener monitorizada a la persona en cuanto a sus marcadores biológicos y desarrollar técnicas y procedimientos que les permita capturar y registrar valores que en su momento presentan las personas, y partir de ahí, para hacer sugerencias en la alimentación, en la actividad física y en la aplicación de sus medicamentos. Por ejemplo, tomar glicemias capilares, reaccionar ante los resultados de las glicemias, con aplicación de insulinas o soluciones glucosadas para aumentar los niveles de glucosa ante una hipoglicemia, valorar las condiciones de los pies y tegumentos, captura de signos vitales, así como, brindar información con respecto a la enfermedad y sus complicaciones.

De esta manera, podemos denotar que los aspectos fisiológicos y las intervenciones que se requieren para su monitoreo y control son “el cuidado” que identifican los enfermeros como intervención principal y su deber ser. Se presentan a continuación las respuestas de las personas entrevistadas y observaciones no participantes.

La enfermera toma el brazo de la persona y checa su presión arterial, el pulso, luego asepsiza y mide glicemia capilar. La enfermera identifica el tipo de insulina, carga una jeringa, identifica las unidades junto con la persona de cuidado, le explica el procedimiento y posterior aplica. Realiza valoración podológica, identifica un corte de uñas inadecuado, le explica cómo debe cortarlas y la necesidad de lubricar los pies. ONP

“Llega conmigo, le tomo la somatometría, desde ese momento, se toma la glucosa y me puedo dar cuenta si viene bien o mal... y se le avisa al médico” E-EBG

“Orientarlo, capacitarlo en el apego a su tratamiento... llega el paciente para su atención, se le va haciendo la somatometría, la medición de peso y talla y signos vitales, la importancia que tome sus medicamentos en el momento indicado, esto ayuda para que no haya un descontrol... es importante que disminuyan o eviten el consumo de azúcares” E-AVD

“Pues ahorita nos checan a nosotros todos los días (monitoreo), o sea, estar al pendiente” P-SGT

La enfermería, al igual que otras ciencias, ha contado con la influencia de la visión biologicista y positivista del mundo. Muchas de las intervenciones de enfermería están destinadas a controlar las alteraciones y las respuestas fisiológicas de las personas que padecen la enfermedad. Esto podría ser parte del conocimiento empírico y la visión particular determinística de enfermería, que surge como visión filosófica de que todo lo encontrado debe ser verificable, por ello, los cuidados están determinados por cuestiones numéricas, cifras, instrumentos y parámetros donde el único participante en el cuidado es el enfermero (Bueno, 2011).

La mayoría de las intervenciones recomendadas están basadas en investigaciones de tipo cuantitativo, sin embargo, debemos tomar en cuenta la reflexión de Duran (2002), que para servir a la causa de enfermería es necesario dejar de ver la enfermedad desde la perspectiva de otras disciplinas, pues se estaría sirviendo solo a la ciencia, pero no a la ciencia de enfermería.

Existe también, un aspecto importante en cuanto a la esencia y la historia de la enfermería y que influye en la visión de lo que se hace o se ha dejado de hacer con respecto a las personas en condición humana de DM, y es referente al término “cuidado”. Almeida, citado por Waldow (2008), externa que las primeras expresiones sistematizadas de los saberes de la enfermería fueron las “técnicas de enfermería” y que el objeto de la profesión no estaba centrado en el cuidado, sino en la ejecución de ciertas tareas que posteriormente pasaron a denominarse: cuidados de enfermería.

Así, se pasó a devaluar el cuidado atendiendo una ideología de cura y su formación ha estado por muchos años con énfasis en la técnica donde los libros y guías de estudio se han enfocado precisamente en describir y enseñar procedimientos centrados en los aspectos biológicos o fisiológicos, y en escasa manera, las cuestiones psicosociales. La enfermería se encuentra dando mayor relevancia a la manera en que se ejecutan las tareas, que a desempeñar el aspecto holístico del cuidado.

El cuidado, en su sentido holístico integra los conocimientos, técnicas y destrezas, así como la humanización de las relaciones (Waldow, 2008); la construcción y demostración de lazos afectivos y de sus respectivas resonancias como el amor, la justa medida, la ternura, la caricia, la cordialidad, la convivialidad y la compasión (Boff, 2001).

Con base a esto y dada la subjetividad del término, son pocas las evidencias que demuestren de manera directa el cuidar de enfermería, dando la razón a Boff (2001b) al comentar que “el cuidado ha sido difamado como un obstáculo a la objetividad en la comprensión de las cosas y como estorbo a la eficacia”

3.3 Lo Duro del Cambio

La presente categoría describe el requerimiento de mucho esfuerzo y voluntad para sobrellevar, al estar bajo la condición humana de DMII, un proceso en el que se determinará un nuevo rumbo a su vida y que inicia desde su recién diagnóstico con afección a su estado emocional, la apertura a un nuevo cuerpo de conocimientos y restricciones en su alimentación. Algunas personas lo han descrito como una enfermedad “cruel” por verse en la necesidad de cambios profundos en su vida, alteración de su imagen y baja autoestima (Chaparro, et al., 2020). Para dar un mayor entendimiento de la categoría a describir, se han redactado tres subcategorías que reflejan los cambios a los que la persona debe adaptarse para mantener un estado armónico con la enfermedad y que a continuación se explican.

3.3.1 Así lo Sentí

Se describe aquí, un aspecto que influye de manera negativa en la armonía de la persona en condición humana de DMII; cuadros depresivos por los que cursa y que surgen desde el inicio de la desarmonía, es decir, un primer cambio de carácter emocional y fuerte por ser ahora una persona con DM, que puede permanecer o reaparecer durante la convivencia con la misma. Esta depresión que aflige a la persona también es identificada por familiares y por profesionales de enfermería. A continuación los trechos de entrevista.

“Después de que me diagnosticaron que era diabética, mi vida cambió mucho, me deprimí cuando me dijeron, me encerré así como que no sabía ni qué hacer” P-MTG

“Entra en depresión la persona y ya no quiere seguir adelante, y vienen muchas situaciones muy difíciles” F-BOS

“El diabético se deprime bastante por el hecho de ser diabético, por el hecho de relacionar, soy diabético, ya estoy enfermo, ya no sirvo para nada” E-CIG

La literatura ha sido muy extensa en la relación DM y depresión evidenciando su presencia. Antuñez y Bettioli, (2016), demostraron un 86% de depresión en personas con DM; el estudio por Escobar, J.M. y Escobar, M. (2016), refirió el doble riesgo que presentan las personas con DM de adquirir depresión. Los estudios describen la íntima relación y círculo vicioso entre ambas, enfatizando el efecto negativo que cada una tiene sobre la otra: la depresión y la carga psicológica puede influir en el control glicémico alterando la DM y en consecuencia, el deterioro físico y hormonal contribuye al deterioro del estado de ánimo manteniendo la relación.

Ramírez et al. (2016) en su revisión sistemática encontraron la depresión como primer trastorno psicosocial en jóvenes con DM tipo 1, seguido de la baja autoestima y, concordando con los otros autores, este trastorno se está relacionando cada vez más con el reciente diagnóstico.

3.3.2 Adentrarse en lo Desconocido

Las personas de cuidado deben ahora adoptar un cuerpo de conocimientos referente a la condición que padecen con la finalidad de estar alertas e identificar una complicación, sin embargo, muchas de las personas, externan la dificultad que les presenta entender lo que padecen, poner en práctica lo entendido, al igual que la necesidad de obtener más información por los expertos y que sea compartida también con los familiares. Las siguientes expresiones son respuestas de los participantes durante la entrevista a profundidad.

“Uno debe saber mantener sus niveles de azúcar, cuáles son los rangos... conocer qué es la diabetes, qué tipos” P-MTG

“Dejé de ponerme la insulina, yo no sabía que sí hacia daño el dejármela de poner” P-MJH

“Mínimo una vez al mes que te platicuen qué hacer, qué medidas debes de tomar, cómo funcionan los medicamentos, para poder entender mejor la enfermedad” F-ZAG

“Sabemos que el tratamiento de estos pacientes es con fármacos, pero también mucha educación” E-IC

Un sentimiento de incertidumbre acompaña a la persona en condición humana de DMII y se encuentra relacionada con la falta de conocimientos respecto a la desarmonía y a la sintomatología que ésta puede producir en su organismo. Aun cuando en ciertas personas el nivel de incertidumbre es regular, la mayoría de las personas desconoce si el tratamiento y cuidados que lleva son los indicados, además, no entienden de forma clara las recomendaciones que los profesionales de la salud les brindan o simplemente es demasiada información y no saben distinguir entre la más importante a seguir (Gómez et al., 2015).

Algunas personas ya diagnosticadas, pueden hacer caso omiso de la desarmonía por no presentar sintomatología evidente y empezar a involucrarse en capacitación y adiestramiento una vez presentándose alguna alteración en su estado de salud (Chaparro et al., 2020), sin embargo, otras personas condicionadas a la misma enfermedad, aun informadas y con un cuerpo basto de conocimientos evitan seguir su autocuidado por volverse tedioso, repetitivo y dada la percepción de no tener libertad sobre los gustos y preferencias en su rol social, cayendo en descuidos y posteriores complicaciones, dando referencia a una resistencia al cambio de hábitos (Lafuente, 2006).

La información, muchas veces proporcionada por personal de enfermería y además, la apertura de las personas para aceptarla y modificar su conducta puede reducir la brecha en un evento de emergencia como los casos frecuentes de hiper o hipoglicemia que ponen en riesgo la vida de las personas (Denis, 2016).

3.3.3 Sufrir por Sabor

Las personas con Diabetes Mellitus tipo II reconocen el requerimiento de mucho esfuerzo y voluntad para sobrellevar las modificaciones que se les adjudican por estar en desarmonía, principalmente las relacionadas con el manejo o control dietético. Las personas en condición humana de DMII experimentan un duelo al romper con un gusto, deshacerse de un hábito que genera felicidad, un placer relacionado con el consumo de alimentos en el que ahora, ante las recomendaciones hechas por el profesional de la salud pueden considerarse como imposición y en algún momento inaccesibles y laboriosas. A continuación las expresiones de los participantes:

“Me costó mucho trabajo, por ejemplo el pan a mí me encanta, yo soy feliz comiendo pan, más sin embargo, ahora me como un pedazo” P-MJH

“Ha sido muy difícil... estas acostumbrada a comer muchas cosas, y de momento te dicen, no ps ya no puedes comer lo que te gusta” P-MM

“Tienes que llevar una alimentación y a veces no se puede, ni tienes el dinero, ni tienes el tiempo para estar en tu casa haciendo las cosas” P-RPG

“Te fastidia mucho que te digan, come esto, y esto... es del diario, del diario, entonces te aburres” P-EEO

La alimentación humana es un amplio campo de estudio, no solo tiene relevancia en los fenómenos de la salud, sino también, contempla un inherente aspecto social que va más allá de solo alimentarse. Un cambio de hábitos en los modos de consumo, cantidad y tipo de alimentos, muy diferente a los que se generan culturalmente desde que crece y desarrolla la persona, produce un gran conflicto, además, el factor económico puede condicionar la oportunidad de la persona a adherirse a un régimen terapéutico del cual, no se encuentra convencido (Fuentes et al., 2019; Pinzón et al., 2019).

La alimentación es una conducta placentera, genera felicidad mientras sea una decisión autónoma, lo que conlleva a que un plan alimenticio sea interpretado como un consumo controlado de comida poco sabrosa o incluso desagradable y además, dicho control esté vinculado a la pérdida de placer y autonomía de la persona enferma por no poder comer como antes lo hacía produciendo sufrimiento (Fuentes et al., 2019; Pinzón et al., 2019).

Este cambio de adherencia terapéutica que se traduce a cumplir a ciertas prescripciones (Lima et al., 2018), representa la “mayor dificultad experimentada” donde aun cuando la persona adquiriera los suficientes conocimientos de lo que debe comer, no es un indicativo de que las personas hagan uso de una dieta adecuada, cayendo en el antojo o en una decisión convincente de no acatar la prescripción (De la Cruz et al., 2012).

Como ejemplo, la investigación cualitativa de González et al. (2021) mostró entre sus resultados la expresión por parte de las personas condicionadas a DMII “poseer los conocimientos sobre su alimentación y cometer violaciones en la dieta, no solo por cuestiones de accesibilidad sino por indisciplina. Lo anterior corresponde a una situación que Landa et al. (2017), denominan “Identidad social en diabetes” no adoptada y que no solo se refiere al aspecto alimenticio, sino a un comportamiento pasivo de las personas donde se argumenta no soportar tantos cambios y optar por no aceptar indicaciones, recomendaciones por el equipo de salud y negarse a todo tipo de cambio.

4. MODELO INNOVADOR DE CUIDADO

4.1. Soporte Teórico Referencial

4.1.1 La Condición Humana de Diabetes Mellitus tipo II

La Diabetes Mellitus tipo II es el tipo más frecuente de diabetes abarcando el 90% de todos los casos en el mundo. En la DMII, la hiperglicemia es el resultado, inicialmente de la inhabilidad de las células del cuerpo de responder totalmente a la insulina, una condición denominada, resistencia a la insulina. Con el inicio de la resistencia a la insulina, la hormona es menos efectiva y, a su debido tiempo, genera un incremento en la producción de esta. La inadecuada producción de insulina puede desarrollar una falla en las células beta del páncreas incapaz para mantenerse al día con la demanda (FID, 2021).

La DMII puede tener síntomas similares a los de la diabetes tipo I, pero en general, los síntomas son mucho menos dramáticos o la condición podría mostrarse completamente como asintomática. También, el tiempo exacto de inicio de DMII es comúnmente difícil de determinar, existe y es frecuente un largo periodo de pre-diagnóstico, así como un tercio o una media de la población con DMII que aún no se encuentra diagnosticada. Si se evade el diagnóstico por un tiempo prolongado, complicaciones como la discapacidad visual, una pobre curación de úlceras de miembros inferiores, enfermedad cardíaca y choque pueden dar indicios de la enfermedad (FID, 2021).

Las causas de DMII no están completamente entendidas, sin embargo, existe una fuerte relación con el sobrepeso y obesidad, el incremento de la edad, etnicidad, e historia familiar. La piedra angular para el manejo de la DMII es la promoción de estilos de vida que incluye una dieta saludable, actividad física regular, eliminación del tabaco y el mantenimiento de un peso corporal saludable, aunque en algunos casos, la modificación del estilo de vida no es suficiente para controlar los niveles de glucosa en la sangre y será necesario iniciar con medicamentos orales como la metformina como primera línea (FID, 2021).

Globalmente la prevalencia de DMII es alta y va en aumento en todas las regiones. Este incremento es derivado del envejecimiento de la población, el desarrollo económico y una mayor urbanización, seguido de un aumento en los estilos de vida sedentarios y un mayor consumo de alimentos poco saludables y obesidad. En el año 2021, México se encontró en el ranking 7 del top 10 con una cantidad de 14.1 millones de personas con diabetes y se proyecta que para el 2045 aumente a 22.3 millones (FID, 2021).

El estudio realizado por Basto et al. (2020), y tomando como base la Encuesta de Salud y Nutrición 2016 describe que la prevalencia de DM en México es de un 13.7%, entre los cuales un 30% de las personas desconoce la enfermedad y un 68.2% se encuentra en un descontrol glucémico con valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c) mayor o igual a 7% con un mayor índice de prevalencia en las regiones del sur de la república, sin importar nivel socioeconómico, presentándose en la mayoría de los casos a partir de los 40 años independientemente del sexo. Además, se destaca el grupo de 40 a 49 años con presencia de DMII no diagnosticada invitando a una mayor participación en la detección precoz de la enfermedad, la participación multisectorial y abordaje integral.

En lo que respecta al Estado de Chihuahua, se encuentra con una prevalencia del 8.9 al 9.5% en la población de 20 años o más y una tasa de mortalidad de hasta el 11.2 por cada 10 mil habitantes. Chihuahua, se reporta entre los 6 estados con mayor uniformidad y proporción de personas diagnosticadas con DM entre sus municipios (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

Tal como lo describen Arcos y Peña (2019), esta condición humana mantiene una estrecha relación con factores ambientales y sociales en los que se debe presentar una adaptación a modificaciones alimentarias, numerosas precauciones y una transformación de la persona para mantenerse en un estado saludable, sin embargo, el proceso incluye aspectos y experiencias tanto positivas como negativas entre las que se incluyen incomprensión por las personas más cercanas a quien padece la desarmonía, al igual que incomprensión por el mismo equipo de salud que le brinda el servicio; cuadros de angustia al vivir con DMII, limitaciones para evitar mayores complicaciones, ruptura de lazos sociales, cambios en el estado emocional, frustración al no lograr los objetivos o metas en los tratamientos.

El acúmulo de información y su entendimiento, también, son aspectos a considerar en la adaptación de las personas a la condición humana de DMII, situación en la que el tiempo de diagnóstico, la edad de la persona, los posibles accesos y recursos para adquirir la información, el aprendizaje de técnicas específicas como la aplicación de insulinas y la escolaridad pueden influir en el proceso (Vázquez & Hernández, 2021; Ramírez et al., 2019). Gran porcentaje del proceso de adaptación, modificación del comportamiento y adherencia a la terapéutica indicada según Ramírez et al. (2019), está en manos de la propia persona y cuyos factores o variables son precisamente conocimientos, actitudes, creencias, percepciones y expectativas con respecto a la desarmonía.

4.1.2 La Adaptación y el Cambio de Comportamiento en Salud

La gran capacidad de recuperación y adaptación de algunos niños ante cambios físicos y psicológicos impactó a Sor Callista Roy, a tal grado, de llegar a presentar en el año de 1970 el Roy Adaptation Model (RAM) dentro de un artículo denominado “Adaptation: A Conceptual Framework of Nursing”. Adaptación según Roy (Roy & Andrews, 1999), se refiere “al proceso y al resultado por el que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno”. La adaptación no solo es responder a los estímulos del entorno o acostumbrarse, es identificar la función de cada vida humana en el universo y reconocerse unidos al entorno.

Los sistemas de adaptación son complejos y reaccionan a múltiples estímulos del entorno donde, para poder adaptarse, las personas deberán lograr hacer cambios a su alrededor (Raile y Mariner, 2011). La salud, es un reflejo de adaptación (Andrews & Roy, 1991) sin decir que se ha librado de la enfermedad, de la muerte, estrés o infelicidad, sino, una capacidad de combatirlos del mejor modo posible. De cierta manera la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) describe la salud de manera similar al complementar con la frase “y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”

El proceso y resultado de adaptación implica una serie de cambios, principalmente comportamientos, en un tiempo indeterminado. Las respuestas de adaptación pueden ser eficaces o ineficaces entendiendo a las primeras como aquellas que fomentan la integridad y ayudan a conseguir el objetivo de adaptarse; las respuestas ineficaces amenazan el objetivo de adaptación (Raile & Mariner, 2011).

Hablar de cambios en el comportamiento y específicamente en salud es entender la premisa de que una modificación comportamental es un proceso en el que las personas tienen diversos niveles de motivación e intención (Cabrera, 2000). Las premisas de Prochaska para la descripción del proceso de cambio en comportamiento en salud, citado por Cabrera (2000), y en relación con el presente trabajo son las siguientes: el cambio es un proceso que se presenta en un serie de etapas; las etapas son estables pero abiertas modificarse; la planeación de intervenciones debe ir en base a las etapas que la persona presenta, es decir, aplicar procesos y principios específicos a etapas específicas de cambio; los comportamientos están dominados por factores biológicos, sociales y de autocontrol.

Entre las variables que integran un proceso están las etapas de cambio, que a su vez, se compone de la pre- contemplación, una etapa en que la persona no tiene una intención de modificar su conducta en salud ya sea por no conocer las consecuencias de su actual comportamiento de riesgo, por haber fracasado en intentos previos, y ha disminuido su percepción sobre la capacidad para hacer el cambio (Cabrera, 2020).

La contemplación hace referencia a la persona que tiene la intención de hacer una modificación en su conducta en salud, conoce los beneficios de hacerlo, pero, aún son más fuertes los aspectos o factores negativos, contemplan la opción de hacer las cosas diferentes sin embargo, no asumen el compromiso para hacerlo. La preparación es otra etapa en que las personas ya tienen una mayor disposición y asumen el compromiso para hacerlo, empiezan con pequeñas modificaciones y tienen bien claro los beneficios que se generan al hacerlas.

En la etapa de acción, las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, le brindan un gran valor a los beneficios que genera el haber modificado su conducta en salud, sin embargo, es una etapa en la que se puede avanzar o retroceder; es aquí donde comúnmente el profesional de la salud, al ver por un tiempo un avance o mejoría, opta por pensar que ha logrado el objetivo sin embargo, es solamente un escalafón hacia un seguro cambio de comportamiento y adaptación a la desarmonía.

Posteriormente, la persona puede pasar a la etapa de mantenimiento y es aquí donde se ha manifestado una modificación comportamental de manera estable, la persona trabaja por no recaer a sus antiguos hábitos o comportamientos de riesgo así como también, las tentaciones tienen baja influencia. En este periodo pueden permanecer de 6 meses a 2 años. Por último tenemos la terminación, es aquí donde la persona se muestra auto eficaz respondiendo de manera adecuada a situaciones tentadoras que invitan seguir con su anterior comportamiento, en sí, la persona no tiene tentación de ninguna naturaleza para volver a su conducta de riesgo.

La segunda variable son los procesos de cambio, y se refiere a las estrategias, técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan para modificar el comportamiento y son las responsables de que la persona pase de una etapa a otra.

El balance decisorio se refiere al peso que la persona le brinda a los pros y a los contras al cambiar su comportamiento de riesgo. Por otro lado, la autoeficacia refleja la determinación de la persona de no caer en un comportamiento no deseado o nocivo para su salud ante una situación de riesgo. Por último, la variable tentación, refleja la intensidad o urgencia del individuo para realizar o practicar un comportamiento específico ante la presencia de factores condicionantes o estímulos emocionalmente complejos.

4.1.3 El Cuidado de Enfermería como Soporte del Modelo Innovador

Para dar una mayor comprensión sobre cómo el cuidado de enfermería es un elemento crucial para las personas que padecen la condición humana de DMII, se debe comprender algunas características de toda desarmonía. Al estar enfermos o condicionados a una situación que altera el estado armónico o equilibrio, se presenta una ruptura del propio ser humano con el mundo y toda cantidad de estímulos que le rodean. Esta ruptura conlleva a una vulnerabilidad de la persona con percepciones de debilidad, inseguridad y humillación e invitando al aislamiento.

El cuidado de enfermería contribuye a la reconciliación de la persona con el mundo y los estímulos a los que se enfrenta, pues, busca una asimilación creativa de todo lo que puede pasar en la vida (Boff, 2001c), como encuentros significativos, éxitos, fracasos, la propia salud, la enfermedad y el sufrimiento. Al igual que la adaptación así como el cambio de comportamiento, cuidar, es un proceso (Waldow, 2008b) en el que interviene el cuidador junto con el ser cuidado, se ven implícitas todas las actividades del cuidador para con la persona, además, del acompañamiento en las actividades con actitudes de cuidado para promover, mantener y recuperar la dignidad humana.

Las acciones y comportamientos de cuidado promueven el crecimiento, el cambio, la transformación para la vida, para la muerte o para la discapacidad, construirse en un ser saludable, dando a la vida un sentido que englobe la salud, la enfermedad y la muerte (Boff, 2001c), desde el primer encuentro, siempre y cuando, dicho momento sea auténtico, de respeto, de donación y consideración hacia el otro, no importando el tiempo, pudiendo ser breve o prolongado (Waldow, 2008b).

La persona de cuidado en condición humana de DMII, al ser abordado con los comportamientos de cuidado, permitirá revelar como en verdad se siente y en qué etapa se encuentra, en su proceso de adaptación y cambio de comportamiento en salud, hecho que para la persona que cuida, invita a la sensibilidad así como a la comprensión de una experiencia única y significativa de quien padece DMII.

Existen dentro de la filosofía del cuidado humano de Watson (2019), tres Procesos Cáritas que sensibilizan y guían al profesional de enfermería a dirigir sus comportamientos y actitudes de cuidado en el proceso de adaptación de la persona en condición humana de DMII que a continuación se describen:

El primero de ellos corresponde a Estar auténticamente presente: habilitar, sostener y honrar la fe, esperanza y sistema de creencias profundas y el mundo de la vida intersubjetiva del ser; el profesional de enfermería, como describe Watson (2019), honra el sistema de creencias del ser cuidado y se adentra en su mundo subjetivo para identificar el propósito que tiene de su vida y determinar cuál es su percepción de la situación presente en la que se encuentra, el profesional de enfermería no puede ignorar la importancia de la fe y la esperanza en la vida de las personas, principalmente cuando se enfrentan a lo desconocido, al estrés, la desesperación o a las crisis de la enfermedad.

El profesional de enfermería puede incluso ser o convertirse en esa esperanza para quien está condicionado a DMII, aislado, abandonado en la enfermedad, en el miedo, sufrimiento y quien haga la diferencia entre esperanza y desesperación en un tiempo determinado.

Como segundo Proceso Cáritas se encuentra el desarrollar y sostener una relación de cuidado de ayuda - confianza. La construcción de una relación entre el ser cuidador y el ser cuidado (Watson, 2019b), requiere que el profesional de enfermería se torne más humano, compasivo, consciente del dilema propio y por el que cursa el ser cuidado; el profesional debe oír, escuchar, mantenerse siempre reflexivo. Al hacerlo y crearse la relación, es ésta la que por sí misma promueve el sanar, además de las intervenciones que comúnmente se protocolizan en los ambientes de atención de las personas con DM.

La calidad de la relación de ayuda confianza con las personas que padecen la desarmonía, es uno de los elementos más importantes que determinan qué tan eficiente es la ayuda para el ser cuidado, ya que, cuando la persona se da cuenta que su cuidador en verdad se preocupa y puede verlo más allá de la condición por la que pasa en el momento es mayor la percepción de fe, su esperanza, su capacidad de dirigir todo hacia la armonía.

Como tercer Proceso Cáritas y último en el marco de referencia de apoyo al modelo innovador, se presenta: Estar presente y apoyar la expresión de los sentimientos positivos y negativos. Watson (2019c), refiere que permitir la libre expresión de los sentimientos es lo que permite la base para la confianza y el cuidado. Considera también, que existe una estrecha relación de los pensamientos y las emociones, con el comportamiento y las experiencias del ser cuidado, por lo que, el profesional de enfermería asimila este hecho y precisamente en momentos en que las expresiones sean negativas, amenazantes o inapropiadas a la situación es donde se muestra más esencial y sensible con su presencia, apertura y aceptación.

Estar con el otro sin juzgar, permitirá el conocimiento de las emociones que incluso se desconocía estaban presentes, dicha identificación, incita al cambio y por consiguiente, una posible modificación de la conducta ya que, por lo regular, las personas buscan un equilibrio entre los sentimientos, pensamientos y la conducta.

4.2 Justificación

En México, el desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería tiene como antecedente, al igual que en muchas otras profesiones encaminadas a la salud, una base sociocultural de prácticas terapéuticas occidentales centradas principalmente en la curación y cuidados para recuperación de la salud de los individuos. De esta manera, los saberes adquiridos durante más de 80 años en la praxis de enfermería se han caracterizado por un enfoque biológico e individual, respaldado en diversos planes curriculares y capacitaciones cuyo objeto es el estudio de la enfermedad, así como los aparatos y sistemas del cuerpo humano, desvinculando el aspecto psicológico, emocional, espiritual y social (Cárdenas et al., 2015).

A principios del siglo XX, la Enfermería se hace consciente de la importancia de poseer un cuerpo de saberes, entre ellos, identificar y delimitar el objeto de estudio y trabajo que debe constituir el eje de la profesión de Enfermería. A partir de ahí, se inicia una lucha contra la práctica empírica, busca argumentos y fundamentos teóricos que en sumatoria, fueron transformando la profesión con la escolarización de la enfermería y la incursión en el desarrollo de teorías y modelos de enfermería. Es así, como el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), las teorías y los modelos pretenden dar cuenta de la importancia de poseer y delimitar de manera clara el objeto de estudio y trabajo como profesión (Cárdenas et al., 2015).

En ese sentido y como características de una profesión, trabajar con un método sistematizado, el manejo de un lenguaje en común y la adquisición de una teoría o modelo, dan respuesta a una necesidad expuesta por la sociedad en materia de salud y que la enfermería ha concebido como el cuidado, mismo interpretado como un acto de vida que implica una serie de actitudes y actividades dirigidas a conservar y a mantener la vida (Cárdenas et al., 2015). Elegir la profesión de enfermería, es adoptar una forma de manifestación humana que implica el acto de cuidar, más aún, frente a los riesgos constantes de deshumanización en el campo y cuyo humanismo provea de una orientación en el trabajo. Ser, saber, hacer y proporcionar cuidado, se compaginan para dar evidencia de la enfermería como profesión (Cárdenas et al., 2015; Ramírez, 2005).

A nivel nacional existe un “Modelo de cuidado de enfermería” cuyo objetivo tiene contribuir en la mejora de la calidad de atención basado en las mejores prácticas y mediante una orientación en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería; entre sus objetivos específicos se encuentra una estandarización de atención y de los planes de cuidado de enfermería (PLACE), así como evaluar la calidad del cuidado mediante indicadores (Secretaría de Salud, 2018b). Si bien, corresponde a un modelo a seguir para las actividades que desempeña la profesión de enfermería, éste al igual que muchos de los modelos o programas que se ofertan dentro del sistema nacional de salud, responden a una necesidad técnica de control y homologación de actividades, de ahí, surgen las variantes de atención para las personas en condición humana de DMII.

Los modelos de cuidado, dentro de su complejidad conceptual y grado de abstracción “nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece a un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la enfermería” (Kuersten & Prado, 2008). Por ello, al referirnos al modelo de cuidado, vemos la inserción implícita de un marco de referencia y un marco teórico así como una metodología y metaparadigma de la profesión, se observa la necesidad de un modelo “holístico” al llamarle cuidado y no fracturado al considerar solo los cuidados (técnicas y actividades).

La implementación de modelos con complejidad conceptual como la anterior descrita son trascendentes en el sentido de ser poca o nulamente implantados en las instituciones de salud y factibles en el sentido de que su operación involucra más el fomento de actitudes y una serie de valores humanísticos altruistas en el profesional de enfermería, en comparación a los altos costes de operación en la estandarización de técnicas o procedimientos

Aunado a lo anterior y considerando la gran cantidad de personas que padecen la condición humana de diabetes mellitus tipo dos en el mundo (FID, 2021), su prevalencia en México (Basto et al., 2020), y en el Estado de Chihuahua colocándolo en el sexto Estado con el mayor número de caso detectados (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021), la responsabilidad que adquiere la persona ante la necesidad de adaptación a los cambios para mantener su salud (Arcos & Peña, 2019), la posibilidad de profesionales en enfermería para contribuir en una asimilación creativa de todo lo que pueda pasar en la vida de las personas que requieren de nuestro cuidado (Boff, 2001c), su necesidad de abordaje y sensibilización y no solo una atención a quienes padecen dicha desarmonía, hace necesaria la implementación de un modelo de cuidado en el proceso de adaptación de la persona a la condición humana de DMII.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo General

Cuidar a las personas en su proceso de adaptación a la condición humana de Diabetes Mellitus tipo II.

4.3.2 Objetivos Específicos

Establecer de una relación humanizada entre el profesional de enfermería y la persona en condición humana en DMII mediante la integración de los tres Procesos Cáritas siguientes:

Estar auténticamente presente: habilitar, sostener y honrar la fe, esperanza y sistema de creencias profundas y el mundo de la vida intersubjetiva del ser/ otros. desarrollar y sostener una relación de cuidado de ayuda - confianza. Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos

Desarrollar la creatividad del profesional de enfermería para la generación e implementación de actitudes de cuidado.

Determinar y comprender la etapa en el proceso de cambio en el que se encuentra la persona en condición humana en DMII.

Integrar de manera armónica a la persona en condición humana de DMII con los estímulos provenientes del entorno referentes a su desarmonía en cuanto adquisición de conocimientos, plan alimenticio y estado emocional.

4.4 Esquema del Modelo Innovador de Enfermería: “Cuidado de Enfermería en el Proceso de Adaptación de la Persona a la Condición Humana de Diabetes Mellitus Tipo II”



4.5 Descripción del Esquema del Modelo

El presente Modelo innovador de Enfermería tiene como base el entendimiento de que la persona en Condición Humana de Diabetes Mellitus tipo II cursa por un proceso de adaptación, definiéndose como un proceso y resultado por el que las personas con capacidad de pensar y de sentir, son conscientes y responden de manera eficaz a los estímulos del entorno, para ello, será necesario realizar cambios principalmente de comportamiento en un tiempo determinado, lo que generará una transformación de la persona en desarmonía para el mantenimiento de su salud y no precisamente de una liberación de la enfermedad y todos sus efectos colaterales, sino, una manera de sobrellevarlos lo mejor posible.

Es por, ello por lo que el presente esquema del Modelo Innovador de Enfermería considera y pone en el centro de un círculo integrativo a una mariposa monarca como referente al cambio y transformación final al que se aspira en la Persona en Condición Humana de Diabetes Mellitus Tipo II (PCHDMII). La mariposa monarca, como la persona de cuidado, cambia constantemente con el tiempo, es selectiva en cuanto a su alimentación y muda cada vez que crece deshaciéndose de su piel, pues mantenerla ya no le favorece, en cada fase se adapta a sus propias necesidades y a las de su entorno hasta concluir en un nuevo ser.

En los extremos superiores de cada ala de la mariposa le acompañan cinco óvalos representativos de las etapas del cambio de comportamientos en salud a saber: Pre-contemplación -contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación, elementos indispensables a identificar y para determinar las acciones necesarias según la etapa en la que se encuentre.

Por la parte superior de la mariposa, se aprecia la figura de dos manos entrelazadas, símbolo de la relación enfermera -persona de cuidado y que a su vez, su forma muestra la fortaleza de la unión en el acompañamiento en cada una de las necesidades que se puedan presentar dentro de cada etapa de los cambios de comportamiento en salud para el logro de la adaptación a la desarmonía, es por ello, que el enlace muestra la extensión de los brazos como fondo de cada una de las alas de la mariposa y donde se expresa que tanto la persona de cuidado como la enfermera llevarán juntos las respuestas eficaces a los estímulos que demanda la desarmonía y convivir de la mejor manera posible con ella.

Por la parte inferior y también en los laterales del esquema, aparecen tres flores de loto representativas a la Ciencia del Cuidado Humano de la Doctora Margaret Jean Watson, sin embargo, sólo se hace referencia a tres Procesos Cáritas considerados esenciales en la implementación del modelo, los cuales son: Proceso Cáritas dos, estar auténticamente presente: habilitar, sostener y honrar la fe, esperanza y sistema de creencias profundas y el mundo de la vida intersubjetiva del ser/ otros.

Proceso Caritas cuatro, desarrollar y sostener una relación de cuidado de ayuda - confianza. Por último, Proceso Cáritas cinco, estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos.

La integración de tres colores armoniza al esquema del Modelo Innovador los cuales se describen a continuación: Amarillo, el color de la luz del sol y considerado de la iluminación mental, la inteligencia y la sabiduría en el mundo islámico, también en el antiguo simbolismo europeo es considerado como el color del entendimiento, para la china imperial el color amarillo es el color de la sabiduría, la gloria y la felicidad (Heller, 2008).

Violeta, color litúrgico reflejo de la espiritualidad, la humildad, la penitencia y como complemento del amarillo el violeta es el color de la fe, la espiritualidad, el entendimiento y la abstinencia, del mismo modo, el violeta atiende el anhelo de hacer posible lo que pareciera ser imposible. Para la ciencias esotéricas el cuerpo se encuentra dividido en capas denominadas chakras y representadas por un color en cada parte del cuerpo, el violeta corresponde al cerebro, que une los sentimientos con el entendimiento (Heller, 2008).

Naranja, color de la transformación y uno de los principios fundamentales en la cultura China y el confucianismo, donde se estipula que nadie vive por sí mismo, sino, por la interacción con el otro y cuya transformación resulta del efecto recíproco del progreso y la perseverancia y donde la perseverancia lleva al progreso (Heller, 2008).

4.6 Conceptualización de los Elementos y Atributos del Modelo

4.6.1 Profesional de Enfermería

Persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente, (Diario Oficial de la Federación, 2013). Además, cuenta con una serie de valores humanístico - altruistas que le permiten proveer de comportamientos y actitudes de cuidado que favorecen la integración, la asimilación creativa de todo lo que pueda pasar en la vida y desarrollo en la persona de una adaptación a la desarmonía, en este caso la Diabetes Mellitus tipo II.

4.6.2 Persona en Condición Humana de Diabetes Mellitus Tipo II

Ser humano único e irrepetible, el cual, bajo una condición de salud de tipo metabólico y que altera los valores de la glucosa en sangre, al igual que el óptimo funcionamiento del cuerpo, se ve expuesto a un serie de estímulos de carácter psicológico, alimenticio y de adquisición de conocimientos que invitan a realizar, bajo mucho esfuerzo y voluntad, un cambio en comportamiento para lograr la adaptación de una manera progresiva e identificada en procesos de cambio en salud a dicha desarmonía.

4.6.3 Cuidado de Enfermería

Actitud en la que interviene el cuidador y el ser cuidado, que promueve el crecimiento, el cambio y la transformación para la vida, para la muerte o para la discapacidad, dicha actitud debe ser de manera auténtica, de respeto, donación, de consideración al otro, sin importar el transcurso del tiempo que conlleve (Waldow, 2008b; Boff, 2001c).

4.6.4 Procesos Cáritas

Núcleo principal de la práctica profesional de enfermería; conjunto de actividades y orientaciones que la enfermera (o) usa en la administración del cuidado, son frecuentes, comunes y necesarias que sostienen y revelan la enfermería como una profesión distinta; son fundamentos que guían a través de valores éticos, morales y directrices filosóficas, la forma de cuidar de seres humanos (Watson, 2019d). La ciencia del cuidado humano comprende en su totalidad de diez Procesos Cáritas, sin embargo y para fines de implementación del presente modelo solo se hacen referencia a los Procesos Cáritas siguientes:

Proceso Cáritas dos, estar auténticamente presente: habilitar, sostener y honrar la fe, esperanza y sistema de creencias profundas y el mundo de la vida intersubjetiva del ser/ otros (Watson, 2019a).

Proceso Caritas cuatro, desarrollar y sostener una relación de cuidado de ayuda - confianza (Watson, 2019b).

Proceso Cáritas cinco, estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos (Watson,2019c).

4.6.5 Entorno de Cuidado

Al espacio, vínculo y ambiente resultante de la interacción y fortaleza de la relación enfermero (a) y persona de cuidado ante el conjunto de circunstancias, condiciones e influencias para el desarrollo y modificación de conductas de la persona. Para generar este ambiente se ponen en consideración los propios recursos del profesional de enfermería y de la persona de cuidado, sus motivaciones y respuesta adaptable al conjunto de estímulos que lo condicionan, como lo emocional, alimenticio y adquisición de nuevos conocimientos.

4.7 Estrategias de Implementación del Modelo

La implementación del presente modelo de cuidado innovador, requiere del establecimiento de cinco fases que permitirán el pleno desarrollo y la reestructuración, en caso necesario, a fin de brindar el mayor cuidado por el profesional de enfermería a la persona en el proceso de adaptación a la condición humana de DMII. A Continuación, se presenta un esquema y posterior una descripción de las primeras tres fases dentro de este apartado y las dos últimas se describirán en el punto número 5 de evaluación.



4.7.1. Promoción y Difusión del Modelo

En esta fase se pretende dar a conocer el modelo innovador de cuidado a través de las generalidades y la flexibilidad de implementación en cualquiera de los ambientes en los que se desenvuelve el profesional de enfermería dentro de su rol asistencial y en contacto con la persona en condición humana de diabetes mellitus tipo II, ya sea de recién diagnóstico o de larga evolución con la desarmonía. Se difunde y promociona el modelo no como venta a un sistema de salud o empresa, sino, una venta al modo y quehacer de la enfermera (o) dentro del mismo sistema y en beneficio de las personas que padecen de la desarmonía.

Para ello y como parte de las estrategias de promoción y difusión del modelo se pretende la colaboración con la Universidad Autónoma de Chihuahua, a través de la Facultad de Enfermería y Nutriología, por medio de los espacios de Radio Universidad, así como también, la oportunidad de mostrar el modelo a los diversos jefes de enfermeras (os) y coordinadores de enseñanza dentro de las reuniones del consejo de vinculación de la Facultad con las diversas instituciones de salud.

Por otro lado, visitar las unidades de atención a la salud de los tres niveles, procurando esencialmente el primer y segundo nivel de atención por la cercanía y mayor empoderamiento de la enfermera (o), su estrecha relación con la persona y el conocimiento de su contexto social.

Presentación del modelo en los congresos y conferencias locales y nacionales para su implementación no solo en el Estado de Chihuahua, sino abiertos a la posibilidad en cualquier parte de la república, además, para el conocimiento de los profesionistas emprendedores como un servicio muy humano a ofrecer en sus agencias de servicios de enfermería.

4.7.2. Organización y Adecuación Según el Nivel de Atención en Salud y Servicio.

Una de las particularidades del presente modelo innovador de cuidado es la flexibilidad de adecuación a los diversos niveles de atención en salud en que el profesional de enfermería puede entrar en contacto y tener actitudes de cuidado en beneficio de las personas que se encuentran en un proceso de adaptación a la condición humana de DMII. Se difiere de la idea de un modelo de atención, ya que, estos ya están preestablecidos en los diversos hospitales y centros de atención primaria a la salud, mantienen sus metas de control, métodos y procesos que dictaminan la conducta técnica a seguir por los profesionales de la enfermería. Lo que se ofrece es una renovación en la forma de brindar cuidado, con actitudes que no intervienen en los procesos técnico-prácticos de su asistencia diaria, sin embargo, sí moldean una forma de desempeñar sus actividades tras una conducta reflexiva y con base a tres Procesos Cáritas a llevar siempre presentes y que guían la conducta del enfermero y enfermera.

Es así, por ejemplo, donde el profesional que se desenvuelve en un primer nivel de atención puede valorar a la persona de cuidado en casa tras la visita domiciliaria en el centro de salud dentro de la consulta de enfermería y en los grupos de ayuda mutua. De igual manera, en el segundo nivel de atención, desde el internamiento de una persona de cuidado y su permanencia en unidades como la hospitalización, hasta unidades de cuidados intensivos, el profesional de enfermería desde su primer contacto aplica el modelo sin la necesidad alterar un formato específico como los que le ofrece la institución donde labora.

Se requiere solo del talento humano profesional de enfermería para la sensibilización, contextualización de la experiencia vivida por las personas que padecen diabetes mellitus tipo II, la determinación de etapa de cambio en la que se encuentra, enfoque en tres aspectos específicos como la alimentación, la adquisición de conocimientos y estado emocional, así como la base conductual de cuidado promoviendo tres Procesos Cáritas ya descritos con anterioridad

No es necesaria la agrupación o creación de grupo especial como educador en diabetes para la implementación del modelo, puede favorecer en la medida del conocimiento que tienen los profesionales con respecto a la desarmonía, sin embargo, gran parte del modelo busca la creatividad en el desarrollo de actividades y conductas que producen cuidado, como por ejemplo la empatía, el acompañamiento, el fomento de la esperanza, la escucha activa, por mencionar algunas, y no el común encasillamiento como el observable en las numerosas listas de verificación de procedimientos con las que cuentan todas las instituciones de salud.

El recurso económico puede variar con base a las posibilidades del hospital, centro de salud, empresa o profesional, considerando la inversión solo en capacitación de los profesionales de enfermería

4.7.3. Implementación del Modelo

La implementación del modelo inicia con la capacitación y sensibilización de los profesionales de enfermería respecto a la desarmonía y las experiencias vividas y relatadas por las propias personas de cuidado, así como la contribución de los mismos profesionales de enfermería con base a la experiencia al cuidar de este tipo de personas. Los ejes temáticos son propiamente DMII con análisis de las investigaciones cualitativas con respecto a la desarmonía, la sensibilización con apoyo de recursos visuales como películas y relatos biográficos (Anexo 2. Carta descriptiva de capacitación al profesional de enfermería para la implementación del modelo de cuidado)

Por otro lado, el conocimiento de las etapas del cambio en conductas en salud de Prochaska y Diclemente, al igual que los instrumentos de tipo cuantitativo para determinar en qué estadio se encuentra la persona de cuidado con relación a la etapa de cambio y por último, un acercamiento a los tres Procesos Caritas, promoverán la conducta creativa de cuidado del profesional de enfermería para las personas en proceso de adaptación a la condición humana de DMII. Esta capacitación y sensibilización de los profesionales de enfermería no lleva más de treinta días.

Posterior a la capacitación, lo primero a determinar por el profesional de enfermería es la etapa de cambio en salud en la que se encuentra la persona de cuidado. Las instituciones de salud cuentan con información referente a la evolución clínica de la persona de cuidado, como ejemplo, se podrá contar con los tarjetones de control, la historia clínica, notas de evolución y hojas de registro de enfermería, las cuales, brindan un panorama de la conducta que ha desarrollado con relación a un proceso de etapa de cambio. Estos recursos pueden brindar un mayor contexto de la situación que cursa la persona de cuidado y puede complementarse mediante la utilización del instrumento URICA (Diclemente & Hughes, 1990), Anexo 1, el cual, provee de una valoración cuantitativa de la etapa de cambio en la que se encuentra la persona en Condición Humana de Diabetes Mellitus tipo II.

Cabe mencionar que según la etapa de cambio y enfocado a los aspectos de adquisición de conocimientos, miedo y modificación en la alimentación serán las actitudes de cuidado a desempeñar con base a los Procesos Cáritas especificados con anterioridad. Es posible encontrarse con personas en una etapa de Pre-contemplación en la que existe negación a las adecuaciones en la alimentación, aprendizaje y miedo. Es ahí donde, con el conocimiento de los Procesos Cáritas propuestos, invitarán a desempeñar una conducta de cuidado por quien lo brinda y exclusiva para el caso y persona que lo recibe.

5. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL MODELO

5.1. Evaluación

El proceso de evaluación del modelo se desarrolla a partir tres enfoques; el primero de ellos va encaminado a determinar, primordialmente y desde la perspectiva de la persona en Condición Humana de Diabetes Mellitus II, cómo ha sido cuidada dentro de su proceso de adaptación a la desarmonía por el profesional de enfermería, para ello, el profesional solicita una redacción a la persona cuidada en la que ésta especifica las muestras de cuidado profesional hacia su persona en su proceso de adaptación y en los aspectos primordiales del presente modelo (de presentarse en el caso particular) a saber: alimentación, miedo y adquisición de conocimientos. Se le solicita a la persona de cuidado exprese a profundidad su percepción a manera de narrativa

La enfermera (o) procura encontrar en la narrativa una asimilación creativa de todo lo que le está pasando a la persona de cuidado expresiones de sentir el acompañamiento en las actitudes y comportamientos que promueven, mantienen y recuperan la dignidad humana sin importar si la duración de ese acompañamiento fuera largo o corto siempre y cuando lo exprese como auténtico. También, tratará de identificar si la persona de cuidado ha encontrado una figura de esperanza dentro de su proceso de adaptación, alguien que le escuche, que le permita la libre expresión de su sentir aún en sus momentos más difíciles y negativos.

El segundo enfoque de valoración se encuentra mediado por el instrumento URICA (Diclemente & Hughes, 1990). El profesional de enfermería valora la etapa de cambio en conductas de salud de la persona de cuidado, es el complemento técnico y único que se agrega a las diversas actividades que propiamente las instituciones asignan a los profesionales de enfermería dependiendo de los niveles de atención en los que se encuentran inmersos. Este instrumento, encuentra mayor contexto de la conducta en salud gracias a la valoración frecuente que hace el enfermero (a), la revisión de su historia clínica, la comunicación con familiares y el seguimiento común y frecuente respecto al tratamiento, la alimentación, los conocimientos previos y sus posibles recaídas o complicaciones.

Como tercer y último enfoque de valoración se encuentra la retroalimentación de los profesionales de enfermería, una autoevaluación con relación a cómo y qué aspectos favorables y desfavorables han encontrado al proporcionar cuidado bajo el enfoque del presente modelo así como las dificultades personales y como profesional que sean relevantes para su mejora y cuya metodología y beneficio se describe a continuación.

5.2. Restructuraciones para Mejorar las Áreas de Oportunidad.

El presente modelo invita al profesional de Enfermería a equilibrar sus habilidades técnicas con la compasión, requiere de una capacidad reflexiva por parte de quien brinda el cuidado y una serie de valores humanísticos altruistas para poder desempeñar los Procesos Cáritas en las personas dentro de su proceso de adaptación a la condición humana de DMII. Aún con la capacitación previa, el ejercicio puede ser difícil para algunos profesionales de enfermería, por ello, es necesaria la participación y aporte de ideas para la mejora continua del modelo.

Se contemplan en el presente modelo, sesiones grupales entre los profesionales que emplearán el modelo innovador de cuidado dentro de las instituciones, donde se comparten las experiencias tanto buenas, como los percances y se expresen al mismo tiempo, las estrategias implementadas por cada uno de ellos y que han mejorado las condiciones y los resultados para encontrar cambios en conductas de salud y mayormente momentos de cuidado auténticos expresados por el sentir de las personas que fueron cuidadas.

Al ser un modelo de cuidado y no de atención, donde se demanda una capacidad creativa de quien provee cuidado mediante los tres Procesos Cáritas, es necesario la retro alimentación, la promoción y repetición de acciones que promovieron el cuidado por aquellos profesionales con experiencias de éxito, además, compartir esas experiencias y acciones que por el contrario, alejaron a la persona de cuidado del objetivo primordial del presente modelo.

La propuesta de reuniones grupales, inicia desde el término de la capacitación para escuchar y comprender sus posibles dudas respecto a la implementación del modelo, posteriormente cada mes durante los primeros tres meses, y luego cada trimestre. Las propuestas por cada profesional de enfermería, deberán ser analizadas y tomadas en cuenta para la mejora continua sin perder de vista que el objetivo es cuidar y no atender, acompañar en el proceso de adaptación y mantener los tres Procesos Caritas de la Ciencia de Cuidado Humano (Watson, 2019d). Las modificaciones con base a la mejora continua se establecerán cada seis meses, habiendo tomado previamente dos sesiones grupales de retroalimentación.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se mantuvo durante la elaboración del presente Modelo de Cuidado Innovador de Enfermería y en cada una de sus fases los lineamientos establecidos por la Ley General de Salud en materia de Investigación Para la Salud (Secretaría de Salud, 2014) dentro del Título Primero, Artículo tres en relación a la investigación que comprende las acciones que contribuyen a la prevención y control de problemas de salud y al estudio de técnicas y métodos que se recomienden para la prestación de servicios de salud, así como también los aspectos dentro del Título segundo respecto a la investigación con los seres humanos.

Con relación a lo anterior, se mantuvieron las disposiciones del Artículo 13, el cual dictamina el respeto, la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar; respetando los derechos de los participantes en el presente modelo manteniendo la privacidad de la información que proporcionaron al igual que su anonimato y resguardo de todos sus datos personales.

El modelo y las investigaciones que se desarrollaron para su elaboración mantuvieron las directrices que se establecen también en el Artículo 14 Fracción VI, VII, VIII, donde señala que los estudios deben ser desarrollados por profesionales de la salud, en este caso de enfermería, con conocimiento y experiencia para cuidar del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de autoridades sanitarias competentes y que cuente con el talento humano y los recursos materiales necesarios, que garanticen la seguridad de la persona de investigación.

Todos los participantes entrevistados en las investigaciones que integran el presente modelo fueron identificados con un código para sustituir así su nombre dentro de la publicación de los resultados cualitativos conforme al lineamiento del Artículo 16, y con relación al Artículo 17, los estudios desarrollados para el presente modelo se consideran de riesgo mínimo, ya que, solo se abordaron aspectos interpersonales sin verse afectados o presentes algún tipo de riesgo físico o psicológico, asegurando que los datos recabados solo serían con fines de investigación.

Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2023) y con base al Código de Ética para los Enfermeros (as) en México, expedido por la Comisión Interinstitucional de Enfermería, apoyada por la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Innovación y Calidad, todas las acciones y cuidados que se proponen en el presente Modelo Innovador de Enfermería cumplen con las directrices establecidas en los artículos segundo al octavo que a continuación se describen:

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Este modelo no precisa determinar acciones específicas a desarrollar, pues de hacerlo así, estandariza y limita la conducta de cuidado y se convertirá en un modelo de atención. El profesional de enfermería continúa con las actividades preestablecidas por las instituciones de salud para la atención de las personas de cuidado con Diabetes Mellitus tipo II, sin embargo, con los supuestos del modelo, el profesional de enfermería respeta, acompaña, mantiene y promueve las condiciones de salud de la persona en su proceso de la adaptación.

Bajo los cimientos de la propia sensibilización de la persona y la adopción de los factores Cáritas, el profesional adquiere la responsabilidad creativa de generar una conducta de cuidado específica para la situación de la persona en su proceso de adaptación, y es la persona misma quien brinda en mayor porcentaje una evaluación sobre cómo percibe el cuidado en su proceso y los saltos de etapa a etapa en su conducta en salud.

El presente modelo Innovador de cuidado pretende una serie de comportamientos por parte del profesional de enfermería con una visión cercana a la unitaria transformativa, sin embargo, la compleja, prolongada e histórica visión particular determinística, la herencia del modelo biomédico y la fragmentación del hombre hace incluso cómodo y conformista el ejercicio profesional donde se mantiene la relación causa efecto.

En un sentido inverso, la formación de profesionales de enfermería con fundamentos en su mayoría bajo la influencia del humanismo, la antropología y la socialización, sin un toque equilibrado de positivismo creará profesionales, humanos y espirituales pero poco competentes para focalizar y responder a una necesidad o respuesta humana de las más esenciales, perdiendo una objetividad necesaria, las que permiten continuar con vida (vida en el sentido fisiológico).

En el caso de la DM, cualquiera que sea el tipo y al igual que cualquier otra enfermedad crónica degenerativa o también, denominadas enfermedades no transmisibles, se requiere de un profesional de enfermería con una competencia para cuidar que: mida, ya sea con números, con gráficas, con proporciones; que sea técnico, que domine los métodos y procedimientos, que sea crítico y reflexivo; entendiendo que aún con un mismo problema en varias personas, las intervenciones y resultados podrán ser diferentes y es gracias a la individualidad y a la comunión que se forma con el profesional de enfermería

Se requiere también de un profesional que sea servicial, aprenda y crezca con el otro, es decir, con la persona de cuidado, la potencialice al tiempo que quién ejerce el cuidado, madure, agradece y se mantiene en paz consigo mismo, con su persona de cuidado y con la inevitable relación salud y enfermedad, mostrando bienestar y salud en la misma enfermedad, así como en momentos amargos, caídas y llantos también en la salud.



Un modelo de esta índole no presenta mayores instrumentos, gráficas de control, estadística correlacional y medición del impacto, sin embargo, se resalta y defiende la idea de que todo eso ya existe, se practica y se deberá practicar siempre, aquí se invita a agregar más que un cómo, “un estilo del cómo hacerlo, es decir, con cuidado” una identidad y sentido auténtico de la actitud de cuidar, la cual sí muestra una fundamentación, una base deontológica y epistemológica para la comprensión de la fortaleza del cuidado en las relaciones humanas, la fortaleza en la salud-enfermedad, en la educación y crecimiento, y aún más sorprendente, la sencillez de vivirlo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, H. & Roy, C. (1991). Essentials of the Roy adaptation model, *The Roy adaptation model: the definitive statement*. 3-25, Norwalk, CT, Appleton & Walk.
- Antúñez, M. & Bettioli, A. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a consulta externa de medicina interna. *Acta médica colombiana*, 41 (2), 102-110
- Arcos, M.J. & Peña, K.E. (2019). Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensamiento psicológico*, 17(2), DOI: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI17-2>
- Basto, A., Barrientos, T., Rojas, R., Aguilar, C.A., López, N., De la Cruz, V., Rivera, J., Shamah, T., Romero, M., Barquera, S., López, R., Hernández, M. & Villalpando, S. (2020). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la ENSANUT 2016. *Salud pública de México*, 62 (1), 50-59. <http://doi.org/10.21149/10752>
- Bueno, L.E. (2011). Aspectos Ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y enfermería*, 17 (1), 37-43
- Boff, L. (2001). Resonancias del cuidado. *Cuidar la tierra. Hacia una ética universal*. 109-134. México. Ediciones Dabar.

Boff, L. (2001b). Naturaleza del cuidado. *Cuidar la tierra. Hacia una ética universal*. 89-108. México, Ediciones Dabar.

Boff, L. (2001c). Concretizaciones del cuidado. *Cuidar la tierra. Hacia una ética universal*. 135-162. México, Ediciones Dabar.

Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138,
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>

Cárdenas, L., García, M., Arana, G., Hernández, Y. & Rojas, J.B, (2015). Contexto histórico del cuidado profesional de Enfermería en México. *Temperamentvm*, Recuperado de <http://www.index-f.com/temperamentum/tn22/t2203.php>

Chaparro, L., Mendoza, G., Carreño, S. & Gutiérrez, J.M. (2020). Cómo perciben los hombres tener diabetes mellitus tipo 2: casos en Bogotá. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 22, Doi: 10.1144/Javeriana.ie22cpht

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, (2023). Código de Ética para las Enfermeras, Recuperado de:
http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

Correa, M.L. (2016). La humanización de los servicios hospitalarios: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7 (1), 1227-1231, Doi:
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7il.300>

De la Cruz, M.G., Vargas, J.M., Ledezma, E.S., Holguín, M.C., Martínez, A.Y. &

Fragoso, L.E. (2012). Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. *Rev. salud pública*, 15(3), 478-485

Denis, C. (2016). Educación tranquilizadora. Narrativa Clínica. *Arch Memoria*,

<http://www.index-f.com/memoria/13/13310.php>

Durán, M.M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2 (2),

Recuperado de

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

Diario Oficial de la Federación, (2013). NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de la Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#qsc.tab=0

Diclemente, C.C., Hughes, J.R. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of substances abuse*, 2, 217-235.

Escobar, J.M. & Escobar, M. (2016). Diabetes y depresión. *Acta medica colombiana*,

41 (2), Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163147315002>

Federation International of Diabetes [FID]. (2021). IDF Diabetes Atlas. 10 ed,

www.diabetesatlas.org

Fredemir, P. (2015). Por un sistema de salud integrador. *Rev. Latino- Am.*

Enfermagem, 23 (2), 181-182. Doi: 10.1590/0104-1169.0000.2540

Fuentes, V., Fuentes, R., Rivas, A. (2019). Cocina, alimentación y Diabetes en la población mayor: una propuesta de menú saludable. *Paraninfo digital*, XIII (30),

Recuperado de <http://ciberindex.com/p/pd/e30111>

Gómez, I.P., Castillo, I.Y. & Alvis, L.R. (2015). Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*, 15 2, 210- 218,

Doi:10.5294/aqui.2015.15.2.5

González, L., Cooper, D., Méndez, H., Cardona, D. & Rodríguez, A. (2021). Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitud tipo 2 en su atención integral.

MEDISAN, 25 (2), 388-403,

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368466743010>

Heller, E. (2008). *Psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Editorial Gustavo Gili.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021). *Estadísticas a propósito*

del día mundial de la diabetes. Comunicado de prensa no. 645/21,1-5,

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf

Kuerten, P. & Prado, M.L. (2008) Modelo de cuidado ¿qué es y cómo elaborarlo?

Index de Enfermería, 17 (2), Recuperado de

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011

Lafuente, N. (2006). Cómo vivir con diabetes: una vida de decisiones. *Arch Memoria*,

2(1). <http://www.index-f.com/memoria/3/a0606.php>

Landa, R.A., Castillo, L.& Padilla, N. (2019). Representación social de la diabetes tipo

2 en mujeres bajo la teoría del núcleo central. *Investigación en Enfermería:*

Imagen y Desarrollo, 21(1), DOI: <http://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1rsgm>

Lima, A., Ferreira, G., Silva, S., Barbosa, L. & Silva, S. (2018). Vivir y convivir con la

diabetes: dificultades vividas en el afrontamiento y control de la enfermedad.

Rev. Enferm UERJ, DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.18221>

Martínez, M. (2006). Métodos fenomenológicos. En (Autoedición), *Ciencia y arte en la*

metodología cuantitativa (137-154). Trillas.

Molina, J. (2016). Ser enfermera: No es únicamente cuidar. *Nure Investigación*, 13

(80), 1-3

Molina, J. (2011). El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las

enfermeras, *Índex de enfermería*, 20 (4), 238-242, Doi:

<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300006>

Murayama, C., y Ruesga, S, B. (2016). El sistema de atención a la salud en México,

Hacia un sistema público de salud en México, (16 ed., pp. 33-36).

- Organización Mundial de la Salud. (25 de abril de 2022). *¿Cómo define la OMS la salud.* <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington, DC, (pp. 29-35), Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
- Pinzón, E., Arévalo, E.& Sola, J. (2019). Caracterización cultural en la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus que asisten al centro de salud de Conocoto- unidad tipo c, en el periodo de marzo a julio del 2019. *Cuad Med Soc*, 61 (3), 93-99
- Poblete, M. & Valenzuela, S. (2007). Cuidado Humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios, *Acta Pau Enferm*, 20 (4), 499-503
- Raile. M. & Mariner, A. (2011). Modelo de Adaptación. En K.D Phillips (ed), *Modelos y Teorías en Enfermería*, 355-365. Barcelona, España. ELSEVIER
- Ramírez, E. (2005). La vocación y la profesionalización de enfermería ayer y hoy. *Enfermería Universitaria*, 22 (1), 24-32, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358749476005>
- Ramírez, M.C., Anlehu, A.R. & Rodríguez, A. (2019). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. *Horizonte sanitario*, 18 (3), 383-392. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>

- Ramírez, M.C., Ruiz, M. & Robles, A. (2016). Visión de enfermería sobre los aspectos psicosociales en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Parainfo digital*, 10 (25), Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n25/365.php>
- Roy, C. & Andrews. H. (1999). *The Roy adaptation model*. 2ed, Stanford, CT, Appleton & Lange.
- Salci, M.A., Mierelles, B.H.S.& Silva, D.M.G.V. (2017). Atención primaria a las personas con diabetes mellitus desde la perspectiva del modelo de atención a las condiciones crónicas. *Rev- Latino Am Emfermagem*, Doi: 10.1590./1518-8445.1474.2882
- Secretaría de Salud. (2018). Salud para todos en todas partes. <https://www.gob.mx/salud/articulos/salud-para-todos-en-todas-partes>
- Secretaria de Salud. (2018b). Modelo de cuidado de enfermería. Primera edición, México. Recuperado de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- Secretaria de Salud. (2015). Manual de implementación UNEME EC. <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-de-implementacion-uneme-ec>
- Secretaria de salud. (2006). *Modelo Integrador de Atención a la Salud* [Archivo PDF]. <https://www.salud.gob.mx/unidades/sic/>
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (7th ed.). México: Purria.

- Vázquez. E., & Hernández, P. (2021). Conocimientos de personas con diabetes mellitus tipo 1 y 2 sobre su enfermedad. *Revista venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 19 (2), 83-95, Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375569374003>
- Waldow, V.R. (2008). Una relación entre la enfermera y el cuidado. *Cuidar: expresión humanizadora*, 65-87, México. Palabra Ediciones
- Waldow, V.R. (2008b). El proceso de Cuidar. *Cuidar: expresión humanizadora*, 117-133, México. Palabra Ediciones
- Watson, J. (2019). Del Factor Carativo 2: Implementación de la fe y la esperanza al Proceso Cáritas 2: Estar auténticamente presente: Habilitar, sostener y honrar la fe, la esperanza y sistema de creencias profundas y el mundo de la vida intersubjetiva del ser/ otros. *Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado*. 93-99, México. Dirección de Extensión y Difusión Cultural.
- Watson, J. (2019b). Del Factor Carativo 4: Desarrollo de una relación ayuda- confianza al Proceso Cáritas 4: Desarrollar y sostener una relación de cuidado de ayuda-confianza. *Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado*. 105-135, México. Dirección de Extensión y Difusión Cultural.
- Watson, J. (2019c). Del Factor Carativo 5: Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos al Proceso Cáritas 5: Estar presente y apoyar en la expresión de sentimientos positivos y negativos. *Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado*. 136-141, México. Dirección de Extensión y Difusión Cultural.



Watson, J. (2019d). Factores Carativos / Proceso Cáritas: núcleo original y evolucionado para la enfermera profesional. *Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado*. 157- 168. México. Dirección de Extensión y Difusión Cultural.

9. ANEXOS

ANEXO 1. The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA):

Psychotherapy Version

Persona:

Fecha:

Puntuación

Cada declaración a continuación describe cómo se puede sentir una persona al comenzar una terapia o enfrentar problemas en su vida. Por favor indique la medida con las que usted tiende a estar de acuerdo o en desacuerdo con cada declaración.

En cada caso, realizar su elección en términos de cómo se siente ahora mismo, no de lo que ha sentido en el pasado o quisiera sentir. Para todas las declaraciones que hacen referencia a su "problema", responda en términos de por qué está en terapia. Las palabras "aquí" y "este lugar" se refieren a su centro de tratamiento. Hay cinco posibles respuestas a cada uno de los ítems del cuestionario:

1= Muy en Desacuerdo

2= desacuerdo

3= Indeciso

4= De acuerdo

5= Muy De acuerdo

1.	En lo que a mí respecta, no tengo ningún problema que necesite cambiar	1	2	3	4	5
2.	Creo que podría estar listo para un poco de superación personal	1	2	3	4	5
3.	Estoy haciendo algo acerca de los problemas que me han estado molestando	1	2	3	4	5
4.	Podría valer la pena trabajar en mi problema.	1	2	3	4	5
5.	Yo no soy el problema. No tiene mucho sentido que yo esté aquí.	1	2	3	4	5
6.	Me preocupa que pueda recaer en un problema que ya he cambiado, así que estoy aquí para buscar ayuda.	1	2	3	4	5
7.	Finalmente estoy trabajando en mis problemas.	1	2	3	4	5
8.	He estado pensando que podría querer cambiar algo	1	2	3	4	5
9.	He tenido éxito trabajando en mi problema, pero no estoy seguro de poder mantener el esfuerzo por mi cuenta	1	2	3	4	5
10.	A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando en ello.	1	2	3	4	5
11.	Tratar de cambiar es prácticamente una pérdida de tiempo para mí porque el problema no tiene que ver conmigo.	1	2	3	4	5

12.	Espero que este lugar me ayude a comprenderme mejor.	1	2	3	4	5
13.	Supongo que tengo fallas, pero no hay nada que realmente deba cambiar.	1	2	3	4	5
14.	Realmente estoy trabajando duro para cambiar.	1	2	3	4	5
15.	Tengo un problema y realmente creo que debo trabajar en él.	1	2	3	4	5
16.	Sin embargo, no estoy siguiendo lo que ya había cambiado tan bien como esperaba, y estoy aquí para evitar una recaída del problema.	1	2	3	4	5
17.	Aunque no siempre tengo éxito en cambiar, al menos estoy trabajando en mi problema.	1	2	3	4	5
18.	Pensé que una vez que hubiera resuelto el problema me libraría de él, pero a veces todavía me encuentro luchando con él.	1	2	3	4	5
19.	Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5
20.	He comenzado a trabajar en mis problemas pero me gustaría ayudar.	1	2	3	4	5
21.	Tal vez este lugar pueda ayudarme.	1	2	3	4	5
22.	Es posible que necesite un impulso en este momento para ayudarme a mantener los cambios que ya hice.	1	2	3	4	5
23.	Puedo ser parte del problema, pero realmente no creo que lo sea	1	2	3	4	5

24.	Espero que alguien aquí tenga un buen consejo para mí.	1	2	3	4	5
25.	Cualquiera puede hablar de cambiar; De hecho, estoy haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
26.	Ahí esta charla de psicología es aburrida. ¿Por qué la gente no puede simplemente olvidarse de sus problemas?	1	2	3	4	5
27.	Estoy aquí para evitar tener una recaída en mi problema.	1	2	3	4	5
28.	Es frustrante, pero siento que podría estar teniendo una recurrencia de un problema que pensé que había resuelto.	1	2	3	4	5
29.	Tengo preocupaciones, pero también las tiene la otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellos?	1	2	3	4	5
30.	Estoy trabajando activamente en mi problema.	1	2	3	4	5
31.	Prefiero hacer frente a mis faltas que tratar de cambiarlas.	1	2	3	4	5
32.	Después de todo lo que había hecho para tratar de cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a atormentarme.	1	2	3	4	5

Formulario de puntuación de URICA. Transferir las respuestas del cliente del cuestionario. Obtenga el puntaje promedio por subescala utilizando la siguiente cuadrícula.

Pre-contemplación (PC)		Contemplación(C)		Acción (A)		Mantenimiento (M)	
1		2		3		6	
5		4	Omitir	7		9	Omitir
11		8		10		16	
13		12		14		18	
23		15		17		22	
26		19		20	Omitir	27	
29		21		25		28	
31	Omitir	24		30		32	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
/7		/7	(avg)	/7	(avg)	/7	
MEAN		MEAN		MEAN		MEAN	

Para obtener la puntuación de Disposición al cambio, primero sume los elementos de cada subescala y divídalos por 7 para obtener la media de cada subescala. Luego sume las medias de las subescalas de Contemplación, Acción y Mantenimiento y reste la media de Pre-contemplación (C + A + M – PC= Preparación para el Cambio).

Compare el puntaje de Preparación para el cambio con las siguientes medias grupales. Elija la etapa cuyo promedio de grupo esté más cerca del puntaje de preparación calculado.

Etapa	Promedio Grupal
Pre- contemplación	8 o menos
Contemplación	8- 11
Preparación- Acción	11- 14
Mantenimiento	14 o más

ANEXO 2. Carta descriptiva de capacitación del profesional de enfermería para la implementación del modelo de cuidado

TEMA	ESTRATEGIAS/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS	RESULTADO DE APRENDIZAJE	EVIDENCIA DE APRENDIZAJE	TIEMPO
La condición humana de DMII	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de literatura • Método de casos • La muestra • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Aula/ auditorio • Proyector • CPU • Artículos de actualización (boletines, guías de práctica clínica) 	El profesional de enfermería refuerza sus conocimientos con respecto a la desarmonía en cuanto a incidencia, fisiopatología, tratamientos y cuidados específicos para la persona que padece DMII	El profesional de enfermería da respuesta a casos clínicos con los cuidados correspondientes a las necesidades de la persona con DMII	10 horas

TEMA	ESTRATEGIAS/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS	RESULTADO DE APRENDIZAJE	EVIDENCIA DE APRENDIZAJE	TIEMPO
El proceso de cambio en conductas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de literatura • Sociodrama • Aprendizaje colaborativo con la técnica de “positivo, negativo, e interesante” 	<ul style="list-style-type: none"> • Literatura: El proceso de cambio en conductas de salud. • Aula • Pizarra • Marcadores • Espacio amplio para participación grupal en sociodrama 	El profesional de enfermería analiza las conductas de salud de las personas a las que brinda cuidado, reconoce la etapa en la que se encuentra y establece las acciones necesarias para su acompañamiento en el proceso	El profesional de enfermería escenifica una situación correspondiente a la etapa de cambio de la persona y participa verbal y escrita con las recomendaciones para mejorar las condición en la que se encuentra la persona	10 horas

TEMA	ESTRATEGIAS/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS	RESULTADO DE APRENDIZAJE	EVIDENCIA DE APRENDIZAJE	TIEMPO
La adaptación según Callista Roy	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Esquemmatización 	<ul style="list-style-type: none"> • Aula/ auditorio • CPU • Proyector • Literatura correspondiente al modelo de Callista Roy 	Comprende la necesidad de acompañamiento a la persona con DMII para hacer frente a los estímulos y dar respuestas eficaces en cuanto a su desarmonía	El profesional de enfermería presenta un esquema con los principales supuestos de la teoría de Adaptación de Callista Roy	4 horas

TEMA	ESTRATEGIAS/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS	RESULTADO DE APRENDIZAJE	EVIDENCIA DE APRENDIZAJE	TIEMPO
Experiencias vividas por las personas que padecen la desarmonía de DMII	<ul style="list-style-type: none"> • Phillips 66 • Método de casos abreviado • Ensayo 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos de investigación cualitativa • CPU • Proyector • Marcadores y rotafolios 	Se sensibiliza y desarrolla conductas empáticas hacia las personas de cuidado en condición humana de DMII	Elabora un ensayo, describe las razones por las cuales es necesaria una conducta empática para con las personas con DMII	4 horas

TEMA	ESTRATEGIAS/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS	RESULTADO DE APRENDIZAJE	EVIDENCIA DE APRENDIZAJE	TIEMPO
Instrucciones de aplicación del Modelo	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Muestra 	<ul style="list-style-type: none"> • Aula • Proyector • CPU 	Identifica el proceso a seguir para el pleno desarrollo del modelo de cuidado	Reacomoda las intervenciones preestablecidas en un diagrama de flujo	2 horas
Utilización del Instrumento URICA	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Muestra 	<ul style="list-style-type: none"> • Aula • Proyector • CPU • Formatos de aplicación del Instrumento 	Reconoce y aplica el instrumento cuantitativo específico para la valoración de etapa de cambio en la persona con DMII	Entrega instrumentos aplicados como prueba piloto entre personal de salud de la unidad	2 horas

TEMA	ESTRATEGIAS/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS	RESULTADO DE APRENDIZAJE	EVIDENCIA DE APRENDIZAJE	TIEMPO
La narrativa como evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Análisis de casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aula • Proyector • CPU • Textos narrativos por personas de cuidado y profesionales de enfermería 	Comprende y participa en la evaluación integral del modelo de cuidado de enfermería con base a la experiencia propia y de la persona de cuidado	Resalta en los textos narrativos los elementos a valorar respecto a la percepción de cuidado de las personas con DMII y la percepción de los profesionales de enfermería al implementar el modelo de cuidado.	4 horas