



La experiencia en el diseño y evaluación de la capacitación del programa *Meta Salud Diabetes*

The experience in the design and evaluation of the capacitation on the *Meta Salud Diabetes* program

Experiências na implementação e avaliação do programa *Meta Salud Diabetes*

E. Sánchez-Navarro-Ramírez^{a1}, G. Espinosa-García^{b1},
E.C. Cornejo-Vucovich^{c1}, C.A. Denman^{d1*},
M.C. Castro-Vásquez^{e1}, C.B. Rosales^{f2}

ORCID

^a [0000-0002-1206-9529](https://orcid.org/0000-0002-1206-9529)

^d [0000-0001-8137-4562](https://orcid.org/0000-0001-8137-4562)

^b [0000-0002-8971-0505](https://orcid.org/0000-0002-8971-0505)

^e [0000-0001-6406-6728](https://orcid.org/0000-0001-6406-6728)

^c [0000-0002-3239-9234](https://orcid.org/0000-0002-3239-9234)

^f [0000-0002-1576-9272](https://orcid.org/0000-0002-1576-9272)

¹ El Colegio de Sonora, Centro de Estudios en Salud y Sociedad, Hermosillo, Sonora, México

² Mel and Enid Zuckerman College of Public Health, The University of Arizona, Tucson, Arizona, United States of America

Recibido: 02 febrero 2021

Aceptado: 23 febrero 2022

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus representan la primera y tercera causa de muerte en México. La OMS recomienda implementar y evaluar programas innovadores encaminados a proporcionar herramientas que modifiquen conductas y eviten complicaciones, mejorando la comprensión de las personas con diabetes en torno

*Autora para correspondencia. Correo electrónico: cdenman@colson.edu.mx

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2022.3.804>

1665-7063 © 2022 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

a su condición de salud. El *Meta Salud Diabetes* (MSD) es un programa educativo para la prevención secundaria de diabetes con un enfoque constructivista.

Objetivo: Describir la evaluación y capacitación del personal de salud para el manejo del *Meta Salud Diabetes*.

Desarrollo: La capacitación del MSD se impartió a 34 profesionales de la salud responsables de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), entre ellos el 35.2 % fueron profesionales de enfermería. El procedimiento consistió en la exposición y réplica de las actividades del MSD sustentadas en la teoría salutogénica como el trasfondo teórico con el que fue diseñado. La estrategia didáctica incluyó herramientas y habilidades dirigidas a incentivar el rol participativo de los GAM. La capacitación se evaluó por medio de un proceso reflexivo y cualitativo con metodología constructivista formativa.

Conclusiones: La evaluación del proceso de capacitación para implementar el MSD permitió identificar dificultades como la ausencia de capacitación para el personal de salud en temas preventivos y la falta de herramientas para implementar técnicas educativas participativas. Describir la experiencia y evaluación de este proceso de enseñanza-aprendizaje participativo contribuye a mejorar programas como el MSD y a la discusión sobre la formación continua de profesionales de salud.

Palabras clave: Cardiopatías; diabetes mellitus/prevencción y control; educación continua; capacitación de recursos humanos en salud; ciencia de la implementación; México.

ABSTRACT

Introduction: In Mexico, cardiovascular disease and diabetes mellitus are the first and third leading causes of mortality. The WHO recommends implementing and evaluating innovative programs aimed at providing tools to modify behaviors and avoid complications, as well as improving the understanding of people with diabetes about their health condition. The *Meta Salud Diabetes* (MSD) program employs a constructivist approach to provide secondary prevention of diabetes through education.

Objective: To describe the evaluation and training of healthcare personnel in the management of the *Meta Salud Diabetes* program.

Development: The MSD training was provided to 34 health professionals responsible for the Mutual Aid Groups (MAG), among whom 35.2 % were nursing professionals. The procedure entailed the presentation and replication of MSD activities, which were designed with a salutogenic theoretical framework. The didactic strategy incorporated tools and skills designed to facilitate the active involvement of the MAG. The training was evaluated through a reflective and qualitative process with a constructivist formative methodology.

Conclusions: The evaluation of the training process to implement the MSD revealed several challenges, including the lack of training for health personnel in preventive topics and the absence of tools to facilitate the implementation of participatory educational techniques. Describing the experience and evaluation of this participatory teaching-learning process can inform the improvement of programs such as the SDM and contribute to the discourse on the continuing education of health professionals.

Keywords: Heart diseases; diabetes mellitus/prevention & control; education, continuing; health human resource training; implementation science; Mexico.

RESUMO

Introdução: As doenças cardíacas e a diabetes mellitus representam a primeira e a terceira causas de morte no México. A OMS recomenda a implementação e avaliação de programas inovadores que visam fornecer ferramentas que modifiquem comportamentos e evitem complicações, melhorando a compreensão das pessoas com diabetes sobre o seu estado de saúde. *Meta Salud Diabetes* (MSD) é um programa educacional para a prevenção secundária da diabetes com uma abordagem construtivista.

Objetivo: Descrever a capacitação do pessoal de saúde para o manejo do programa *Meta Salud Diabetes* e sua avaliação.

Desenvolvimento: A capacitação em MSD foi ministrada a 34 profissionais de saúde responsáveis pelos Grupos de Ajuda Mútua (GAM), dos quais 35,2 % eram profissionais de enfermagem. O procedimento consistiu na apresentação e replicação das atividades do MSD apoiadas e planejadas em base na teoria salutogênica. A estratégia de ensino incluiu ferramentas e competências destinadas a incentivar o papel participativo dos GAMs. A formação foi avaliada através de um processo reflexivo e qualitativo com metodologia formativa construtivista.

Conclusões: A avaliação do processo de formação para implementação do MSD permitiu identificar dificuldades como a ausência de formação do pessoal de saúde sobre assuntos preventivos e a falta de ferramentas para implementar técnicas educativas participativas. Descrever as experiências desse processo de ensino-aprendizagem participativo e sua avaliação, contribui para o aprimoramento de programas como o MSD e para a discussão sobre a formação continuada de profissionais de saúde.

Palavras chave: Cardiopatias; diabetes mellitus/prevenção & controle; educação continuada; capacitación de recursos humanos en salud; ciência da implementação; México.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus (DM) se encuentran entre las primeras diez causas de muerte¹. En México, por su alta prevalencia, corresponden a las tres principales causas de mortalidad².

Para hacerle frente a esta epidemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ recomienda diseñar, implementar y evaluar programas innovadores que tengan como objetivo mejorar la comprensión de las personas que presentan DM respecto a su condición de salud, además de proporcionarles herramientas dirigidas a modificar sus comportamientos para prevenir complicaciones por la enfermedad. En México, dichas recomendaciones se atienden mediante los criterios establecidos por la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes⁴ para las actividades de promoción de la salud, por ejemplo, los programas de actividad física, el diseño de una alimentación adecuada tanto a nivel individual como colectivo, el establecimiento de una comunicación educativa que fomente la adopción de prácticas saludables y la generación de procesos de participación comunitaria⁵, entre otras medidas de política pública⁶.

De acuerdo con estas recomendaciones y con el propósito de contribuir a la prevención y promoción de la salud en la población que presenta diabetes, El Colegio de Sonora junto con la Universidad

de Arizona desarrollaron el *Meta Salud Diabetes*ⁱ (MSD), un programa educativo de 13 sesiones orientado a prevenir complicaciones cardiovasculares en personas que padecen diabetes, el cual fue diseñado con apego a los *Lineamientos de Operación de los Grupos de Ayuda Mutua* (GAM)^{7,8}. Los contenidos y resultados positivos de la implementación del programa MSD en 12 GAM de Sonora se han reportado en otras publicaciones.

El MSD se diseñó a partir de otros programas basados en evidencia^{9,10}. Considera diferentes principios teóricos, entre ellos la premisa de la promoción de la salud que rebasa los niveles del individuo desde las perspectivas de la salutogénesis¹¹, los argumentos de género¹², además, retoma las estrategias de la educación popular¹³ y el modelo socioecológico¹⁴. El MSD incluye un Cuaderno de Trabajo para participantes, así como un Manual para personas facilitadoras del programaⁱⁱ.

Debido a la complejidad del programa MSD, fue necesario diseñar una capacitación ex profeso para que el personal de salud encargado de los GAM implementara el programa con el mayor grado de fidelidad posible. El objetivo de la estrategia de capacitación del MSD consistió en preparar al personal de salud mediante el fortalecimiento de herramientas y habilidades —como el manejo de grupo, trabajo en equipo, implementación de dinámicas participativas y de estrategias de cambio de comportamiento, entre otras— para promover cambios saludables en las personas que viven con diabetes, mismas que participan en los GAM. La experiencia de evaluar la capacitación permitió advertir oportunidades para fortalecer tanto la educación continua del personal de salud como los programas formales de educación en salud, con el fin de promover un enfoque preventivo.

DESARROLLO

Diseño de la capacitación del Meta Salud Diabetes

La capacitación del MSD fue diseñada por El Colegio de Sonora, en específico, por un equipo multidisciplinario del Centro de Estudios en Salud y Sociedad con experiencia profesional —desde las ciencias sociales— en el diseño, la implementación y la evaluación de proyectos educativos, intervenciones comunitarias e investigación en temas de salud.

El diseño tuvo como premisa la metodología participativa en apego a la propuesta del MSD. Para el abordaje, cada rubro de la capacitación incluyó dinámicas participativas como método de enseñanza-aprendizaje. Se privilegiaron los contenidos prácticos y se señalaron las características teóricas del MSD. Esto se realizó por medio del modelaje de estrategias de la metodología participativa y la educación popular; algunas acciones realizadas fueron la escucha activa, la priorización del diálogo para evitar la exposición unilateral, la preparación de materiales con el propósito de hacer actividades grupales, así como el uso de un lenguaje salutogénico, es decir, no mortificante ni aleccionador, sino orientado a la salud. Dicho enfoque promueve la confianza e impulsa el proceso de empoderamiento del personal de salud, que consiste en el fortalecimiento de la autoconfianza, el dominio de las técnicas para conformar grupos participativos, entre otros aspectos^{15,16}. Su relevancia responde a la necesidad de capacitarlos en un nuevo paradigma interprofesional¹⁷ que dé cuenta de los roles cada vez más amplios del profesional de enfermería como líder en entornos más allá del cuidado curativo¹⁸.

ⁱ MSD forma parte del proyecto de investigación Herramientas y prácticas para disminuir las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones en la población diabética de México que recibió financiamiento de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América y es parte de la Alianza Global para las Enfermedades Crónicas.

ⁱⁱ Ambos documentos son de acceso gratuito. Disponibles en <http://www.colson.edu.mx/metasaluddiabetes>.

La intención del modelaje como estrategia radica en que el personal de salud reconozca, desde la experiencia propia, la importancia de considerar las opiniones y los conocimientos, así como las realidades y condiciones de todas las personas que participan en un proceso de enseñanza-aprendizaje¹⁹, para poder trasladar dichas estrategias a la implementación del MSD. La calidad teórica-práctica de la capacitación refleja la experiencia de otros proyectos respecto a la forma de adquirir, conservar y dar significado a los conocimientos^{20,21}.

El programa MSD tomó en cuenta los *Lineamientos de Operación* de los GAM⁷, explícitos en la capacitación, con la finalidad de cumplir con los requisitos para lograr las metas de acreditación de los grupos. Esto permitió una mejor apropiación del programa MSD para su implementación en los GAM. La capacitación también incluyó actividades de autoevaluación y retroalimentación con el fin de promover el involucramiento del personal de salud en su propia formación profesional, así como la mejora de su desempeño frente al grupo.

La figura 1 muestra los aspectos principales del proceso de impartición y evaluación de la capacitación del MSD que se explican en los siguientes apartados.

La impartición de la capacitación del MSD

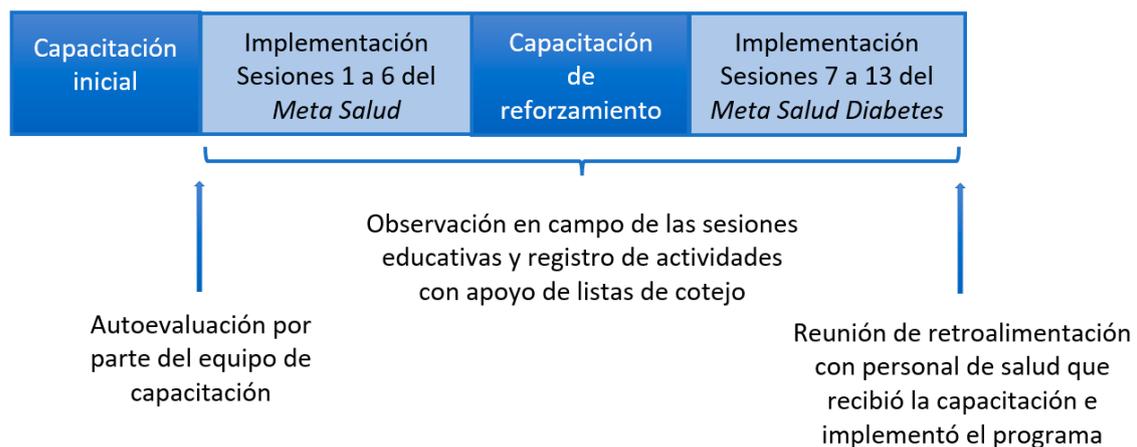


Figura 1. Proceso de impartición y evaluación de la capacitación del MSD

Se seleccionaron 12 Centros de Salud Urbanos y Rurales del estado de Sonora con base en tres criterios principales: ubicación geográfica (norte, centro y sur), tamaño e infraestructura y existencia de un GAM activo. La capacitación estuvo dirigida al personal responsable de los GAM seleccionados. Debido al gran tamaño del estado (179 354.7 km²) fue necesario impartirla en tres ciclos escalonados; además, se dividió en dos fases: una inicial, previa a la implementación del MSD en los GAM, y otra de reforzamiento, a la mitad de la implementación (Tabla 1).

Tabla 1. Capacitación del personal de salud e implementación del MSD por ciclos

Ciclo	Capacitación inicial	Implementación del MSD Sesiones 1 a 6	Capacitación de reforzamiento	Implementación del MSD Sesiones 7 a 13	Número de GAM que implementaron el MSD
1	Agosto 2016	Septiembre - octubre 2016	Octubre 2017	Octubre - diciembre 2016	6
2	Marzo 2017	Marzo - mayo 2017	Abril 2017	Mayo - junio 2017	4
3	Agosto 2017	Septiembre - octubre 2017	Octubre 2017	Octubre - diciembre 2017	2

La capacitación del primer ciclo tuvo una duración de 27 horas en la fase inicial y de 9 horas en la fase de reforzamiento. El tiempo de la capacitación del segundo como del tercer ciclo se redujo en respuesta a las necesidades expresadas por el personal de salud debido al tiempo limitado para las actividades de formación. El equipo facilitador implementó estrategias con el propósito de mejorar la capacitación con base en el cumplimiento de los objetivos y las expectativas identificadas. La duración de la capacitación en el segundo y tercer ciclo se redujo a 18 horas para la fase inicial; en cuanto a la fase de reforzamiento se estableció un tiempo de 9 horas. El proceso de capacitación se caracterizó por efectuar una revisión y adecuación constante de los contenidos, así como de la estructura para evitar un ambiente rígido, descontextualizado o que limitara las posibilidades de apropiación de conocimientos y habilidades del personal que participó en la capacitación.

La conformación de los GAM fue multidisciplinaria: integrada por profesionales de los consultorios de Enfermería en su mayoría (35.2 %), Trabajo Social, Psicología, Medicina, Promoción de la Salud y Nutrición (Tabla 2).

Tabla 2. Personal de GAM que recibió capacitación e implementó el MSD

Ocupación laboral	Mujeres	Hombres	Total
Personal de enfermería	12	1	13
Personal médico	2	2	4
Promotor de salud	4	-	4
Personal de trabajo social	2	-	2
Personal de nutrición	1	-	1
Personal del área de psicología	1	-	1
Pasante de enfermería	2	2	4
Pasante de nutrición	2	1	3
Pasante de psicología	1	-	1
Coordinación del Programa de Ayuda Mutua	1	-	1
TOTAL	28	6	34

La primera actividad de la capacitación consistió en que el personal de salud viviera la experiencia del MSD como si fuera usuario en el GAM de acuerdo a los contenidos descritos en la tabla 3. El equipo de capacitación facilitó la sesión 1 (Bienvenida al *Meta Salud Diabetes*) y la sesión 2 (*Una vida saludable con diabetes*) para ejemplificar el contenido y la estructura del programa. Esta actividad incluyó la revisión posterior de las mismas sesiones con apoyo del Manual y el Cuaderno de Trabajo del MSD para familiarizarse con los materiales.

Tabla 3. Contenido temático de la capacitación del MSD

Actividad	Descripción
<i>Bienvenida y objetivo de la capacitación</i>	Presentar los antecedentes del programa MSD, el objetivo y las actividades de la capacitación.
<i>Sesiones 1 y 2 del MSD</i>	Facilitar las sesiones 1 y 2 del MSD para que los participantes se familiaricen con el formato.
<i>Descripción del MSD</i>	Conocer el Manual y el Cuaderno de Trabajo del MSD diseñados con base en los <i>Lineamientos de Operación</i> de los GAM establecidos por la Secretaría de Salud.
<i>Introducción a la metodología participativa</i>	Poner en práctica una serie de dinámicas y rutinas de actividad física para que los participantes se familiaricen con la metodología participativa del programa. Brindar retroalimentación sobre su desempeño y resolver dudas.
<i>Explicación de las metas y monitoreo médico</i>	Introducir el sustento y propósito de las metas de alimentación y actividad física del MSD, así como el monitoreo médico. Repasar y llenar gráficas para visibilizar el proceso de cambio de comportamiento y la adquisición de hábitos saludables.
<i>Cómo usar el MSD para cumplir los objetivos de los GAM</i>	Mencionar los fundamentos teóricos y los ejes transversales del MSD. Discutir y reflexionar sobre la utilidad del programa para cumplir con el plan educativo de los <i>Lineamientos de Operación</i> de los GAM.
<i>Autoevaluación para facilitadores del MSD</i>	Fomentar un proceso de autocrítica y autoevaluación para la mejora continua. Discutir la importancia de autoevaluar el trabajo realizado.
<i>Cierre y retroalimentación</i>	Generar un espacio de retroalimentación para resolver dudas y ofrecer propuestas para implementar el programa a mayor escala.

Después de la vivencia de las dos primeras sesiones del MSD, el personal de salud participante fue organizado en binas. El equipo facilitador asignó algunas dinámicas del MSD para que fueran preparadas y aplicadas de acuerdo a las instrucciones del Manual. Cada bina recibió retroalimentación del equipo que facilitó la capacitación para reforzar habilidades de manejo de grupo, trabajo en equipo y participación activa.

El personal de salud contestó un formato de autoevaluación para calificar su propio desempeño e identificar las habilidades que debía dominar al momento de implementar el programa, tales como la preparación de materiales y la participación grupal. De este modo, se buscó el involucramiento del personal de salud en su propio proceso de formación.

Otra actividad de la capacitación consistió en explicar el monitoreo médico y el monitoreo de hábitos, los cuales se realizan durante la aplicación del MSD como método para promover el cambio de comportamiento. El monitoreo médico consta de tablas y gráficas en las que cada integrante del

GAM puede registrar de manera semanal sus niveles de glucosa y de presión arterial. Por otro lado, el monitoreo de hábitos ofrece una tabla para registrar diariamente el seguimiento de una de las seis metas de alimentación o de actividad física asignadas que cada persona elige en la primera sesión. En la capacitación se revisaron dichas tablas y se explicó la metodología para que el personal de salud pudiera apoyar a los pacientes del GAM en su automonitoreo.

Durante la capacitación se realizó un ejercicio de reflexión acerca de la viabilidad de implementar el MSD para cumplir los objetivos y las metas oficiales establecidas en los *Lineamientos de Operación* de los GAM. De este modo, se mostró que, al dar prioridad a la práctica de las dinámicas participativas y a la rutina de actividad física, el MSD puede utilizarse como el plan educativo que se solicita en los lineamientos.

Evaluación de la capacitación del MSD

La capacitación para implementar el MSD se evaluó bajo la premisa del proceso reflexivo²²; se tomaron en cuenta las necesidades, los valores y el contexto de los profesionales de salud que recibieron la capacitación, quienes posteriormente implementaron el programa; también, se siguió el principio de la evaluación formativa²³ de centrar la evaluación en el aprendizaje y la retroalimentación para la mejora continua. Asimismo, se consideró la metodología constructivista junto con el posicionamiento del equipo de investigación, como lo recomiendan Guba y Lincoln²⁴.

La evaluación de la capacitación del MSD incluyó métodos cualitativos como la observación no participante *in situ* (1) de varias sesiones del programa para identificar si las sesiones educativas se realizaban con apego y fidelidad a su diseño. Las observaciones se anotaron en diarios de campo; posteriormente, fueron transcritas y analizadas con el software NVivo 11. Durante la fase de la observación, se utilizaron listas de cotejo (2) con el fin de identificar las actividades que fueron omitidas o modificadas. Otra fuente para la evaluación fueron las reuniones de retroalimentación (3) realizadas al finalizar la implementación del MSD en cada ciclo, en las cuales, el personal de salud de los GAM emitió su opinión acerca de los retos para implementar el programa en sus contextos de trabajo y la viabilidad para aplicar el programa a mayor escala. Las tres reuniones de retroalimentación fueron documentadas por medio de una relatoría detallada que se analizó con el software NVivo 11. Todas las actividades antes mencionadas fueron aprobadas por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Sonora y la *Institutional Review Board* de la Universidad de Arizona.

Resultados y aprendizajes

A partir de la información obtenida de las tres fuentes utilizadas (método cualitativo) para la evaluación de la capacitación, se pudo constatar que la implementación en los GAM tuvo un alto grado de fidelidad. Se detectaron pocos problemas recurrentes que dificultaron o impidieron realizar las actividades del MSD tal como se plantea en el Manual. Los problemas identificados durante la implementación del programa fueron abordados por el equipo de capacitación en las reuniones de retroalimentación junto con el personal de salud de los GAM, a fin de que los profesionales en salud colaboraran en la elaboración de estrategias para resolverlos (Tabla 4).

Tabla 4. Dificultades observadas durante la implementación del MSD en los GAM y estrategias utilizadas para resolverlas durante la capacitación

Dificultades en la implementación	Estrategias en la capacitación
Se priorizaron las lecturas informativas y se omitió el trabajo en equipo.	Se reforzó el sustento de la metodología participativa y se dedicó más tiempo a practicar las dinámicas de taller.
Se sustituyeron aquellas actividades de reflexión, diseñadas para realizarse en equipos, por exposiciones de los facilitadores o discusiones en plenaria, en las que no participaban todas las personas.	Se enfatizó la importancia de motivar la participación de cada persona y se practicaron las actividades diseñadas para ello. Se ofreció retroalimentación sobre cómo implementar las estrategias de participación y escucha activa.
No se realizó el seguimiento de las metas de alimentación o de actividad física, además no se siguieron las instrucciones.	Se incluyó una sección para reforzar el sustento teórico y la práctica de seguimiento de las metas.
Se omitió el monitoreo médico de manera reflexiva, que va más allá de hacer las mediciones de rutina en el GAM.	Se incluyó una sección para practicar el llenado de tablas y gráficas del monitoreo médico.
No se entendieron algunas dinámicas participativas, sobre todo las más complejas. Se omitieron o no se siguieron las instrucciones.	Se identificaron las dinámicas más complejas para practicarlas y recibir retroalimentación durante la capacitación.
Se omitió la rutina de actividad física o no se realizó con base en las instrucciones.	Se incluyó una sección para practicar la implementación de la rutina de actividad física y recibir retroalimentación.
No se hicieron las últimas actividades de la sesión por falta de tiempo.	Se modificaron los tiempos sugeridos en el Manual. Durante la práctica de dinámicas se dieron sugerencias para el manejo del grupo y de los tiempos.
Se identificó una tendencia a privilegiar el contenido biomédico. En algunas ocasiones se utilizó lenguaje confuso.	Se puso mayor énfasis en la salutogénesis y en el modelo socio-ecológico. Se modelaron estrategias para incorporarlas en la implementación frente al grupo.

Algunas de las estrategias propuestas resaltaron la importancia de mejorar la redacción del Manual y del Cuaderno de Trabajo; plantearon simplificar las instrucciones de las dinámicas para que pudieran seguirse con mayor facilidad. Otra estrategia fue reforzar, durante la capacitación, algunas actividades omitidas o que no se realizaron de manera adecuada durante la implementación del programa en los GAM. Por ejemplo, el seguimiento a las metas de alimentación y de actividad física, así como la práctica de la rutina de actividad física que propone el MSD.

En atención a la premisa de la metodología participativa y de acuerdo con las necesidades del grupo al cual se dirigió la capacitación, la duración entre un ciclo y otro tuvo que reducirse, ya que el personal de salud no podía ausentarse de su trabajo por largo tiempo a pesar de contar con el apoyo de la Secretaría de Salud. Además, el personal de salud afirmó que es preferible una capacitación extensa y presencial, lo cual supone un reto importante para la implementación del programa a mayor escala. El reto advertido por el equipo de capacitadores fue identificar qué contenidos y estrategias se debían abordar para lograr los objetivos de la capacitación en menor tiempo.

Durante la capacitación del primer ciclo se dedicó más tiempo a revisar aspectos teóricos del programa. Sin embargo, el personal de salud expresó que fue más significativa la parte práctica de las sesiones porque les permitió desarrollar habilidades concretas de manejo de grupo. Para las

capacitaciones del segundo y tercer ciclo se redujo el contenido teórico, el cual se abordó por medio de ejemplos y observaciones concretas durante las dinámicas.

La decisión de priorizar la práctica sobre la teoría se relacionó con la necesidad expresada por el personal de salud de aprender a hacer dinámicas de taller con el uso de la metodología participativa. Según su opinión, esto representó un parteaguas en su trabajo con el GAM: el hacerlo les generó más confianza y seguridad al momento de estar frente al grupo durante la impartición del programa, además motivó la permanencia de los participantes. Durante la observación de la implementación del programa fue evidente la imperante necesidad de reforzar las habilidades enfocadas a la aplicación de la metodología participativa que propone el MSD para el logro de sus objetivos. Esto se relaciona con la formación profesional del personal a cargo de los GAM, pues, al ser en su mayoría personal de enfermería, su práctica laboral cotidiana suele priorizar la atención biomédica clínica y la transmisión de información al paciente mediante pláticas o recomendaciones, y no aborda el desarrollo de herramientas para implementar estrategias participativas de educación, así como de promoción de la salud frente al grupo²⁵. El personal de salud, en su mayoría, coincidió sobre la utilidad de practicar las dinámicas del MSD durante la capacitación.

Una dificultad que no pudo resolverse con la capacitación o las modificaciones al Manual se refiere a los requisitos institucionales solicitados en los *Lineamientos de Operación* para evaluar a los GAM, ya que en los indicadores se estipulan particularmente aspectos biomédicos y solo de nivel individual del paciente o de su familia. Durante la implementación del programa, el personal de salud manifestó dificultades para considerar los factores comunitarios, institucionales o de política pública que afectan el cambio de comportamiento de las personas, alguna de estas la falta de infraestructura y seguridad para hacer actividad física; el efecto de la publicidad en el consumo de bebidas azucaradas y comida chatarra; la falta de alimentos saludables a precios accesibles; los vacíos en los programas de salud que afectan el acceso a servicios o a los medicamentos, entre muchos otros. Aunque las actividades del MSD abordan estos aspectos, que posteriormente se retomaron en la capacitación, fue difícil identificarlos durante la implementación del programa en los GAM.

Alcances y propuestas de la capacitación del MSD

La evaluación participativa redundó en mejoras para el modelo del MSD cuya capacitación logró extenderse al personal de otros centros de salud, estados y regiones.

Una vez finalizados los tres ciclos de capacitación e implementación del programa en los 12 GAM participantes, se instruyó al personal de salud de los 10 GAM que fueron los grupos control en el proyecto de investigación²⁶. Además, se capacitó a los profesionales asignados a las distintas áreas de la Secretaría de Salud Pública de Sonora, así como a los que se encontraban en la Jurisdicción Sanitaria número 2 de Tijuana, Baja California. El personal promotor que trabaja con población mexicana en los estados de California y Arizona en Estados Unidos también recibió la capacitación. Hasta diciembre del 2022, la capacitación del MSD se impartió a un total de 220 personas con perfiles profesionales diversos, en mayor medida del área de enfermería, con la intención de implementar el MSD a mayor escala.

La experiencia de diseño, impartición y evaluación de la capacitación del MSD evidenciaron la necesidad de promover un proceso de enseñanza-aprendizaje diferente al que se fomenta en los programas formales de educación. La diferencia consiste en reconocer el valor de un proceso formativo continuo, reflexivo y participativo que considere las condiciones laborales y las necesidades específicas del personal capacitado.

Para realizar lo anterior se requiere de un acompañamiento con supervisión constante y sistemática, así como del desarrollo de actividades de seguimiento, además de la generación de espacios de retroalimentación entre quienes diseñan e imparten la capacitación y quienes la reciben, con el fin de evaluarla y modificarla de acuerdo a las necesidades observadas²⁷. Durante la evaluación de la capacitación del MSD fue sustancial tanto la opinión como la experiencia del personal de salud de los GAM, ya que esto facilitó adaptar la capacitación de manera significativa para ofrecerles herramientas que les permitieran la incorporación de la promoción de la salud en su trabajo por medio de técnicas de educación participativa.

La metodología constructivista es el enfoque central de la evaluación de la capacitación del MSD; al considerar las condiciones y los saberes de las personas enfermas de diabetes, se promueve que el personal de salud de los GAM, principalmente el de enfermería, cuente con herramientas útiles para implementar prácticas educativas¹⁶ que vayan más allá de la transmisión unilateral de la información sobre la patología y sus posibles complicaciones. Dichas herramientas deben enfocarse en la promoción de comportamientos saludables, en la búsqueda del empoderamiento de las personas, así como en la participación activa y responsable en el cuidado de su salud²⁸.

Se propone que la capacitación dirigida a la prevención secundaria de las enfermedades crónicas incluya actividades de reflexión que ayuden a conceptualizar qué es la promoción de la salud y cómo se realiza, considerando el contexto laboral y comunitario del personal de salud, tal como se ha señalado en otros estudios²⁹. También se recomienda la práctica de evaluación constante del programa dentro de los servicios de salud que incluya la autoevaluación crítica y constructiva, así como la evaluación cualitativa de proceso³⁰.

CONCLUSIONES

Documentar esta experiencia permite adaptar y adecuar la capacitación del MSD a otros contextos, o bien a otras poblaciones; además posibilita su implementación a mayor escala. La información proporcionada por el personal de salud durante el proceso de evaluación apunta a la necesidad de incorporar la enseñanza en el uso de más herramientas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, principalmente en el manejo de grupos de autoayuda con metodología participativa, para facilitar el cumplimiento de su rol en la promoción de la salud comunitaria. Dicha situación tiene implicaciones para la educación continua y la formación profesional desde el ámbito universitario. Es un referente para quienes diseñan y evalúan capacitaciones o programas similares.

La evaluación cualitativa de la capacitación del MSD contribuye a fortalecer las acciones recomendadas para el sector salud en la prevención de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas desde la promoción de la salud, esto incluye no solo la capacitación adecuada y permanente para la certificación del personal de salud, sino también la modificación de los programas educativos de las escuelas de enfermería, medicina, psicología, nutrición, educación, entre otros, a fin de aumentar la extensión, complejidad y profundidad de los conocimientos acerca de la promoción de la salud, las enfermedades crónicas y sus complicaciones; también, deben contemplarse tanto las habilidades como las competencias con el objetivo de incidir en las conductas de riesgo individual y colectivo.

Entre las limitaciones identificadas en dicha evaluación se encuentra que, por cuestiones de tiempo y logística, no fue posible observar al cien por ciento las sesiones del MSD, aunque se intentó resolver con la estrategia de distribución de las observaciones a lo largo de la implementación del programa, así como en todas las áreas geográficas del estado. Otra limitación fue la dificultad de replicar este tipo de evaluación cualitativa sin contar con tiempo y recursos humanos suficientes.

Uno de los desafíos identificados más importantes es adecuar instrumentos cuantitativos que se acerquen en la medida de lo posible a la profundidad del conocimiento construido con el uso de la metodología cualitativa. Un último reto responde a la necesidad de garantizar la sustentabilidad de la capacitación, es decir, que no sea imprescindible un equipo de capacitación especializado para impartirla. En la actualidad, se tiene una guía de capacitación que apoya en la réplica del MSD de manera independiente, así como con material que considera aspectos tecnológicos y didácticos que responden a las condiciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19, ya que esta situación sanitaria ha modificado inevitablemente la dinámica de los GAM.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Las autoras declaran que para este estudio no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. La investigación no solicitó información sensible del personal que participó en la capacitación del MSD. Al inicio del proyecto se entregó un Formato de Divulgación y Consentimiento para participar en la investigación que obra en poder de las autoras.

Conflicto de intereses. Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. Este trabajo forma parte de un proyecto que recibió financiamiento del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre de los Estados Unidos de América (Proyecto número Ro1HL125996). El contenido es responsabilidad de las autoras y no del financiador.

Agradecimientos. Por su participación en el diseño, implementación y evaluación de la capacitación del MSD: a Myriam García, Esmeralda Landeros, Brenda Millanes, Diana Munguía, Marianna Proaño, Karla Robles, Silvia Rodríguez, Telma Valenzuela y Olga Velázquez. A Marcia Contreras, Miriam Domínguez y Carolina Palomo, por su apoyo como asesoras de la capacitación. A la Secretaría de Salud Pública de Sonora, por su disposición a colaborar con el proyecto, especialmente a las encargadas de los GAM participantes.

REFERENCIAS

1. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. 9^{na} ed. Dinamarca: IDF. <https://bit.ly/3sXxNBw>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. México: INEGI; 2021. <https://bit.ly/46CyQ7L>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre diabetes. Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 2016. <https://bit.ly/3TaH3g6>
4. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México: SSA; 2013. <https://bit.ly/46EgNOz>
5. Guerrero-Romero F, Rodríguez-Morán M. Prevención de la diabetes tipo 2: estrategias aplicables en México. En: Aguilar-Salinas CA, Hernández-Jiménez S, Hernández-Ávila M, Hernández-Ávila JE. Acciones para enfrentar la diabetes. Documento de postura. México: CONACyT; 2015. <https://bit.ly/3N78pAh>
6. Aceves B, Ingram M, Nieto C, de Zapien JG, Rosales C. Non-communicable disease prevention in Mexico: Policies, programs and regulations. Health Promot Int. 2020; 35(2): 409-21. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz029>
7. Secretaría de Salud. 2016. Estrategia Grupos de Ayuda Mutua. Enfermedades Crónicas. Lineamientos de Operación 2016. México: <https://ng.cl/heizu3>

8. Lara-Esqueda A, Aroch-Calderón A, Jiménez RA, Arceo-Gúzman M, Velázquez-Monroy Ó. Grupos de ayuda mutua: estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Arch. cardiol Méx.* 2004; 74(4): 330-6. <https://bit.ly/3N68vb3>
9. Denman CA, Bell ML, Cornejo E, de Zapien JG, Carvajal S, Rosales C. Changes in health behaviors and self-rated health of participants in Meta Salud: A primary prevention intervention of NCD in Mexico. *Glob Heart.* 2015; 10(1): 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2014.12.007>
10. Denman CA, Rosales C, Cornejo E, Bell ML, Munguia D, Zepeda T, et al. Evaluation of the community-based chronic disease prevention program Meta Salud in Northern Mexico, 2011-2012. *Prev Chronic Dis.* 2014; 11: 1-9. <https://doi.org/10.5888/pcd11.140218>
11. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. *The Handbook of Salutogenesis.* New York: Springer; 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
12. Juárez-Herrera y Cairo LA, Castro-Vázquez MC. Aportes de la investigación social en salud: la importancia de la perspectiva de género en la comprensión de la enfermedad coronaria. *Rev. estud. género ventana.* 2016; 5(43): 217-45. <https://doi.org/10.32870/lv.v5i43.5837>
13. De Keijzer B. Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. En: De Souza-Minayo MC, Coimbra Jr CEA. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Río de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. <https://bit.ly/3RmNgEF>
14. Balcázar H, Wise S, Rosenthal EL, Ochoa C, Rodriguez J, Hastings D, et al. An ecological model using promotores de salud to prevent cardiovascular disease on the US-Mexico border: The HEART project. *Prev Chronic Dis.* 2012; 9: 1-9. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110100>
15. Santos-Hernández E, Pelcastre-Neri A, Ruvalcaba-Ledezma JC. Impacto del enfoque constructivista en el proceso de nivelación de enfermería. *J. negat. no posit. results.* 2020; 5(1): 91-103. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3281>
16. Cárdenas-Becerril L, Silveira-Kempfer S. La enseñanza de la enfermería en el contexto de la pedagogía problematizadora de Paulo Freire. *Enferm. univ.* 2018; 15(3): 317-28. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.65995>
17. O'Connor S. An interprofessional approach: The new paradigm in nursing education. *J Adv Nurs.* 2018; 74(7): 1440-2. <https://doi.org/10.1111/jan.13530>
18. Bouchaud M, Brown D, Swan BA. Creating a new education paradigm to prepare nurses for the 21st Century. *J Nurs Educ Pract.* 2017; 7(10): 27-35. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n10p27>
19. Hernández-Páez RF, Aponte-Garzón LH. Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación en enfermería. *Orinoquia.* 2014; 18(2): 78-92. <https://doi.org/10.22579/20112629.302>
20. Netto L, Silva KL. Reflective practice and the development of competencies for health promotion in nurses' training. *Rev Esc Enferm USP.* 2018; 52: 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034303383>
21. Seabra-Rodrigues AC, Lacerda-Chaves Vieira G, Carvalho-de Torres H. A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2): 524-30. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200041>
22. Sharma M, Petosa RL. *Measurement and evaluation health educators.* Burlington, EE.UU.: Jones & Bartlett Learning; 2014.
23. Moreno-Olivos T. *Evaluación del aprendizaje y para el aprendizaje. Reinventar la evaluación en el aula.* Ciudad de México: UAM, Unidad Cuajimalpa; 2016.
24. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation.* Newbury Park: Sage Publications; 1989.

25. Castro-Meza AN, Pérez-Zumano SE, Salcedo-Álvarez RA. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enferm. univ.* 2017; 14(1): 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.003>
26. Rosales CB, Denman CA, Bell ML, Cornejo E, Ingram M, Castro-Vásquez MC, et al. Meta Salud Diabetes for cardiovascular disease prevention in Mexico: A cluster-randomized behavioural clinical trial. *Int J Epidemiol.* 2021; 50(4): 1272-82. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab072>
27. Abrahams-Gessel S, Denman CA, Mendoza-Montano C, Gaziano TA, Levitt N, Rivera-Andrade A, et al. Training and supervision of community health workers conducting population-based, noninvasive screening for CVD in LMIC: Implications for scaling up. *Glob Heart.* 2015; 10(1): 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2014.12.009>
28. Coronel-Carbo J, Marzo-Páez N. La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisan.* 2017; 21(7): 944-51. <https://bit.ly/3R6CGA8>
29. Alcalde-Rabanal JE, Molina-Rodríguez JF, Castillo-Castillo LE. Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los Servicios Estatales de Salud: análisis comparativo en ocho estados de México. *Salud pública Méx.* 2013; 55(3): 285-93. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7211>
30. Stenov V, Wind G, Skinner T, Reventlow S, Hempler NF. The potential of a self-assessment tool to identify healthcare professionals' strengths and areas in need of professional development to aid effective facilitation of group-based, person-centered diabetes education. *BMC Med Educ.* 2017; 17: 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1003-3>