

31961



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“DIABETES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN MODIFICACIÓN DE
CONDUCTA

P R E S E N T A

PSICOL. ERNESTO VILLALOBOS BERNAL

DIRECTOR DE TESIS: DOCTORA MARÍA ROSA AVILA COSTA

DICTAMINADOR: MAESTRO LEONARDO REYNOSO ERASO

DICTAMINADOR: DOCTORA SANDRA ANGELICA ANGUIANO SERRANO

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO, 2004

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DIABETES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	1
1.1. FASES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA	
1.2. PROBLEMAS ORIGINADOS POR LA ENFERMEDAD CRÓNICA	
1.3. REPRESENTACIÓN COGNITIVA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA	
2. DIABETES MELLITUS	9
2.1. DEFINICIÓN	
2.2. ETIOLOGÍA	
2.3. CLASIFICACIÓN	
2.4. EPIDEMIOLOGIA	
2.5. PATOGENIA	
2.6. COMPLICACIONES	
3. PSICOLOGÍA Y DIABETES.....	31
3.1. CONCEPTO DE SALUD – ENFERMEDAD	
3.2. CONDUCTAS DE RIESGO, DE ENFERMEDAD Y DE SALUD	
3.3. INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN LA DIABETES	
3.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
3.3.2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	70
4.1. BARRERAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS.	
4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO	
4.1.3. RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE	
4.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	
4.2. TENDENCIAS RECIENTES EN LA INVESTIGACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS	
5. APOYO SOCIAL	91
6. CONCLUSIONES.....	106
7. PROPUESTA.....	113
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
9. ANEXOS	

A LA MEMORIA DE

MI PADRE: VICTOR VILLALOBOS ALTAMIRANO

A LA MEMORIA DE

MI HERMANO: FERNANDO VILLALOBOS BERNAL

A MI MADRE: GUILLERMINA BERNAL ALVAREZ
CON AGRADECIMIENTO POR SU APOYO
EN TODOS LOS MOMENTOS DE MI VIDA.

A MIS HERMANOS: MIGUEL ANGEL, ESTHER,
RUBEN Y ALFREDO.
POR SU APOYO EN LA VIDA.

A MIS HIJOS: MONICA, ERNESTO Y GUILLERMINA
POR LA FELICIDAD QUE ME PRODUCE EL QUE ESTÉN
CONMIGO.

A MIS AMIGOS: SALVADOR SALINAS JARQUIN,
JOSE PONCE PATRICIO, ALFREDO VILLEGAS
LÓPEZ.

EN AGRADECIMIENTO A SU APOYO PARA NO
DEJAR ESTO INCONCLUSO.

A ALEJANDRA FIGUEROA GASCA.
ELLA SABE POR QUE

MI AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A LA DRA.

MARÍA ROSA AVILA COSTA

POR SU ASESORÍA E INTERÉS
EN ESTE TRABAJO.

A LA C. P.

ALICIA CRUZ RESENDIZ

POR TODO EL INTERÉS Y EL APOYO PARA QUE
TERMINARA ESTE TRABAJO.

DIABETES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades crónicas, pueden ser definidas como trastornos orgánicos funcionales que obligan a una persona a modificar su estilo de vida, persistiendo posiblemente largo tiempo. No son problemas exclusivos de los ancianos, el 65 % de los enfermos crónicos tienen menos de 65 años y la mitad de éstos menos de 45 años (Taylor, 1986).

La mayoría de las enfermedades crónicas tienen una etiología multifactorial muy compleja. Son importantes los factores ambientales (hábitos y estilos de vida, contaminación ambiental, estrés), los factores hereditarios e incluso la etiología puede proceder de una enfermedad aguda que se cronifica. Los factores sociales son muy importantes en la etiología de las enfermedades crónicas, ya que definen en gran medida, la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas, recursos y contactos físicos, químicos, biológicos y psicológicos con incidencia en la salud del paciente.

El factor psicológico es importante porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos, así como las cargas que recibe y por las consecuencias y correlatos neuro endocrinológicos y viscerales ligados a los procesos mentales, emocionales y conductuales.

Es difícil y a veces decepcionante intentar identificar y cuantificar influencias de factores psicológicos y sociales que intervienen en la aparición y curso de las enfermedades crónicas. Esto se debe a la participación de los factores

Introducción

Subjetivos y las dificultades metodológicas que se tienen que enfrentar al estudiar la interacción y la larga evolución de los factores implicados.

Las enfermedades crónicas tienen una larga evolución y suelen presentar complicaciones repetitivas o brotes muy frecuentes. Algunas como la hipertensión pueden ser asintomáticas, pero es más frecuente la presencia de molestias, síntomas, disfunciones e incapacidades, más o menos severas y progresivas desde fases tempranas. Este puede ser el caso de la Diabetes Mellitus, enfermedad que refiere este trabajo.

La diabetes se relaciona con dos conceptos. Por un lado, la adherencia al tratamiento, que tiene que ver con el cumplimiento de todas las especificaciones que contempla el plan terapéutico y por otro, el apoyo familiar, que es la ayuda que el paciente recibe de su familia para afrontar la enfermedad y mejorar el control glucémico.

El presente trabajo tiene como objetivo general proponer la incorporación de estas variables para mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, resaltando la importancia del concepto "apoyo social familiar" como un elemento que tiene posibilidades de mejorar el control glucémico de los mismos.

En el primer capítulo se sitúa a la Diabetes como una enfermedad crónica importante. Se revisan las etapas por las que pasa un enfermo crónico y los problemas que originan esta clase de enfermedades. Finalmente, se presenta el modelo de representación cognitiva de la enfermedad.

El segundo capítulo, de información básica, presenta la definición, etiología y clasificación de la Diabetes Mellitus. Con el fin de resaltar la importancia que tiene la enfermedad como un problema de salud pública; se presenta información sobre su epidemiología, patogenia y complicaciones más importantes.

Introducción

La tarea de proporcionar un panorama general sobre las aportaciones que ha realizado la psicología para el estudio y tratamiento de la enfermedad, se aborda en el tercer capítulo en donde se realiza una revisión sobre el concepto de salud enfermedad, la conducta de riesgo de enfermedad y de salud y la intervención de la psicología en el tratamiento de la diabetes, primeramente desde una perspectiva histórica y posteriormente haciendo énfasis en las aportaciones actuales emanadas de los nuevos campos como la psicología de la salud.

En el cuarto capítulo se revisa el concepto de adherencia al tratamiento como una de las variables importantes en el plan terapéutico de la diabetes. Se identifican las barreras que generalmente intervienen negativamente en ella y se presenta un panorama reciente sobre las investigaciones sobre la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.

El apoyo social, como una variable también importante en el tratamiento de la diabetes se revisa en el quinto capítulo. Se presenta el desarrollo histórico que ha tenido el concepto, así como las investigaciones que se han realizado recientemente tratándolo de incorporar en el tratamiento como un elemento que puede mejorar la adherencia al mismo.

Finalmente en las conclusiones se resaltan los puntos importantes de esta revisión y las relaciones entre la adherencia al tratamiento, apoyo social familiar y las diferentes técnicas psicológicas, muchas de ellas emanadas del enfoque conductual.

Después de las conclusiones se presenta una propuesta que consiste en llevar a cabo un taller de información para el paciente diabético y su familia, así como la incorporación del apoyo familiar como elementos que mejoran la adherencia al tratamiento.

Introducción

En diferentes anexos se presentan tanto el programa como los diferentes instrumentos o cuestionarios con los cuales podrían ser evaluados: el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el apoyo social percibido de los familiares, la funcionalidad de la familia y el control glucémico del paciente.

1. ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Las enfermedades crónicas, pueden ser definidas como trastornos orgánicos funcionales que obligan a una persona a modificar su modo de vida, persistiendo posiblemente largo tiempo. No son un problema exclusivo de los ancianos, el 65 % de los enfermos crónicos tienen menos de 65 años y la mitad de éstos, menos de 45 años (Taylor, 1986).

La mayoría de los enfermos crónicos tienen una etiología multifactorial muy compleja. Son importantes los factores ambientales (hábitos y estilos de vida, contaminación ambiental, estrés), los factores hereditarios e incluso la etiología puede proceder de una enfermedad aguda que se cronifica. Los factores sociales son muy importantes en la etiología de las enfermedades crónicas, ya que definen en gran medida, la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas, recursos y contactos físicos, químicos, biológicos y psicológicos con incidencia en la salud del paciente.

El factor psicológico es importante porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos, así como las cargas que recibe y por las consecuencias y correlatos neuro endocrinológicos y viscerales ligados a la actividad mental, emocional y conductual.

Es difícil y a veces decepcionante intentar identificar y cuantificar influencias de factores psicológicos y sociales concretamente en la aparición y curso de las enfermedades crónicas, por la importancia de los factores subjetivos y por las dificultades metodológicas que entraña la estrecha interacción y la larga evolución de los factores implicados.

Las enfermedades crónicas tienen una larga evolución y suelen presentar complicaciones repetitivas o brotes muy frecuentes. Algunas como la hipertensión pueden ser asintomáticas, pero es más frecuente la presencia de molestias, síntomas, disfunciones e incapacidades, más o menos severas y progresivas, desde fases tempranas.

Fases de la enfermedad crónica

1.1. FASES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA:

En este tipo de enfermedades se presentan generalmente dos fases. Una fase inicial, en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, fase que también se presenta en las enfermedades agudas.

Después del diagnóstico existe una fase de crisis caracterizada por un desequilibrio físico, social y psicológico. Se inicia cuando la forma habitual de afrontar los problemas no resulta eficaz y en consecuencia, el enfermo, experimenta ansiedad, miedo, desorganización u otras emociones. En esta fase crítica se producen diversas conductas adaptativas:

- Hacer frente al dolor y a la incapacidad.
- Enfrentar el ambiente hospitalario y a los procedimientos terapéuticos.
- Establecimiento de relaciones con profesionales de la salud.

Taylor (op cit.), también ha señalado, que después de las acciones adaptativas, se pueden producir reacciones que son comunes a toda situación de crisis:

- Mantener un equilibrio personal
- Conservar auto imagen satisfactoria
- Preservar relaciones familiares y de amistad
- Prepararse para un futuro incierto.

Los enfermos crónicos pueden adoptar distintas estrategias para afrontar los problemas de esta fase crítica:

- Negar o minimizar la gravedad de su trastorno.
- Buscar información relevante
- Obtener o buscar apoyo emocional (familiares, amigos, profesionales).

Una vez que finaliza la fase crítica, se presenta un largo periodo de problemas derivados de la enfermedad que en muchos casos requieren de una intervención de rehabilitación a diferentes niveles.

Problemas originados por la enfermedad crónica**1.2. PROBLEMAS ORIGINADOS POR LA ENFERMEDAD CRÓNICA.**

Los problemas derivados pueden ser de tres tipos; problemas físicos asociados a la enfermedad crónica y los derivados de los tratamientos médicos; problemas laborales y sociales; y problemas emocionales.

Los problemas físicos asociados a la propia enfermedad, son muy diversos y en muchos casos imponen importantes restricciones a la vida de los individuos:

- Dolor
- Cambios metabólicos
- Dificultades respiratorias
- Dificultades motoras
- Deterioro cognitivo

Los problemas físicos derivados de los tratamientos médicos, también pueden ser de diversa índole y frecuentemente los pacientes tienen la sensación de que los tratamientos les imponen muchas limitaciones y desarrollan malestar y sensaciones desagradables.

- Quimioterapia.- Náuseas, vómito, pérdida de cabello.
- Farmacológicos.- Somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual.
- Otros tratamientos.- Restricciones en actividad física, cambios en dieta, dejar de fumar, necesidad de ejercicio.

Uno de los problemas más importantes en esta segunda clase, es la adherencia o cumplimiento del tratamiento prescrito. Este es precisamente uno de los problemas más importantes en la enfermedad crónica que particularmente nos interesa (para el caso que se revisa: Diabetes). Por esta razón más adelante, se abordarán los factores que constituyen barreras para la adherencia, así como los recursos que pueden ser utilizados para mejorar la misma.

Problemas originados por la enfermedad crónica

Sumado al problema anterior, en la diabetes y en otras enfermedades crónicas, se pueden presentar factores que contribuyen a la recurrencia o la exacerbación de la enfermedad. Es el caso del estrés, que afecta el curso de enfermedades como el cáncer, diabetes, hipertensión, etc.

Los problemas laborales y sociales incluyen, tasas bajas de reincorporación al trabajo después de haberse diagnosticado una enfermedad crónica, reincorporación parcial, reasignación a puestos de menor responsabilidad, discriminación, problemas de interacción social (familiares, amigos, etc.).

Cuando la enfermedad es incapacitante amenaza gravemente el equilibrio existencial del paciente, con la pérdida de capacidades se devalúan la posición, la función social, familiar y laboral y se produce el aislamiento social, además aparecen tensiones y cambios en los papeles y relaciones del paciente.

El curso de la enfermedad, el fracaso de las sucesivas expectativas terapéuticas, las pérdidas sociales y personales van sumiendo al paciente en la desesperanza, el desamparo, la apatía y socavan su autoestima.

Un tercer tipo de problemas esta constituido por las reacciones emocionales. La ocurrencia de una enfermedad crónica produce un fuerte impacto emocional. Las reacciones emocionales específicas son la negación, el miedo, la depresión y la ira.

Negación; es un mecanismo de defensa a través del cual el paciente evita las implicaciones de la enfermedad. Las reacciones concretas incluyen (Wohl, 1959):

- Actuar como si la enfermedad no fuera grave.
- Pensar que desaparecerá rápidamente.
- Pensar que tendrá solo consecuencias a corto plazo.
- Pensar que realmente no está enfermo.

Problemas originados por la enfermedad crónica

Este mecanismo puede tener efectos positivos o negativos y esto, depende principalmente, del momento en que el enfermo haga uso de él. Cuando ocurre antes del diagnóstico, puede tener un valor negativo, constituyéndose en un obstáculo para el sometimiento a un tratamiento en forma rápida (Greene, Moss y Goldstein, 1974).

En el caso de que ocurra después del diagnóstico, puede tener un valor positivo, protegiendo al enfermo del estrés o reduciendo los niveles del mismo (Lazarus, 1983). Finalmente, cuando éste ocurre en la fase de rehabilitación, su efecto también puede ser negativo, ya que interfiere con la búsqueda de información necesaria para el tratamiento y el auto cuidado (Garrity y cols., 1976).

Miedo; es una respuesta emotiva muy frecuente en este tipo de enfermedades. De manera general puede surgir de la consideración al cambio que deberá sufrir la vida del enfermo y su posible muerte. En forma intermitente también se puede presentar en los periodos de recuperación o en las revisiones periódicas del enfermo. (Taylor, op cit.).

El miedo a la muerte es una de las causas que producen más trastornos y ansiedad. Se presenta en dos sentidos; por un lado, el paciente siente miedo por el hecho de su propia muerte *per se* y por otro lado, le produce miedo el pensar en el futuro que le espera a su familia, personas queridas, negocios, etc.

En otras ocasiones y para muchas personas el miedo a la incapacidad y/o invalidez resulta algo peor que la muerte. El miedo al dolor y la inseguridad a como éste se produzca en la próxima ocasión, también es fuente importante de ansiedad y de estrés.

Depresión; Es característica en el proceso de adaptación a la enfermedad. Se presenta en forma retardada hasta que el enfermo comprende las implicaciones de su enfermedad. Al igual que la negación puede tener un valor negativo o positivo.

La inquietud acerca de la seguridad económica, las preocupaciones por la posible difusión de la enfermedad y el miedo a la posible progresión de la misma, suelen ser fuentes importantes de ansiedad y de estrés, que deberán contemplarse en el tratamiento de un enfermo crónico.

Representación cognitiva de la enfermedad

A pesar de lo anterior, muchos pacientes consiguen una buena adaptación a la enfermedad y mantienen el ánimo, el rendimiento personal y la calidad de vida a niveles satisfactorios.

Ira; también se presenta de forma retardada. Generalmente después de la negación y el miedo. Desencadena inicialmente juicios de injusticia que progresivamente se convierten en reacciones de ira y hostilidad. Tienden a desaparecer con el tiempo, pero cuando están presentes generan rechazo hacia el tratamiento y hacia el personal de salud.

1.3. REPRESENTACIÓN COGNITIVA DE LA ENFERMEDAD.

La forma en la que se afronta una enfermedad crónica, está determinada en gran medida por las creencias que tenga o desarrolle el enfermo. Generalmente se forman una representación cognitiva de su enfermedad y ésta influye en el proceso de adaptación. Dentro de los factores que forman esta representación se encuentran:

- **Identidad.** Que se refiere al nombre y síntomas de la enfermedad. La identidad está asociada con los modelos de enfermedad; aguda, crónica y cíclica. Cuando en el proceso de adaptación a la enfermedad se adopta un modelo inapropiado de la misma, pueden surgir problemas en este proceso (Nerenz y Leventhal, 1983).
- **Causas de lo que produce la enfermedad;** se refiere al desarrollo de creencias relacionadas con el origen del trastorno. Dentro de estas causas se encuentran la auto culpa, culpar a otras personas y culpar al ambiente o a la fatalidad. (Good y Good, 1980).
- **Habilidad para Controlarse;** tiene relación con las creencias sobre el ejercicio de cierto control de la enfermedad. Las creencias sobre la posibilidad de control en comparación con las creencias de falta de habilidad para controlarse, resultan ser mejores para la adaptación. El tipo de creencias con respecto a la habilidad para el control de la enfermedad que tiene efectos positivos sobre el proceso de adaptación incluyen creencias sobre: hábitos saludables para prevenir la ocurrencia o gravedad, el cumplimiento de prescripciones y recomendaciones terapéuticas, habilidades de auto cuidado, etc.

Representación cognitiva de la enfermedad

La capacidad de adaptación y el tipo de respuesta a la enfermedad dependen de los recursos y características psicosociales del paciente y del grado de incapacidad, más que del tipo de enfermedad. Por tanto, la curación es el primer objetivo, pero es difícil alcanzarlo cuando no se dispone de tratamientos resolutivos. Asimismo, es difícil la prevención primaria, cuando solo se tienen medios de eficacia modesta, no siempre comprobados y en general muy costosos y difíciles, ya que deben incidir en hábitos, estilos de vida o factores ambientales.

El esfuerzo asistencial se debe enfocar a:

1. Mejorar el cuadro clínico, disminuir molestias y disfunciones, parar o retrasar en lo posible el avance y las repeticiones del proceso.
2. Evitar o retrasar complicaciones.
3. Restaurar las funciones y capacidades fisiológicas, motoras, sensoriales, mentales, laborales, familiares y recreativas perdidas o disminuidas.
4. Conseguir el máximo nivel de autonomía y reinserción social.
5. Contribuir a una buena adaptación del paciente y familiares a la enfermedad.
6. Obtener un buen nivel de cumplimiento de las normas, tratamientos y controles necesarios, especialmente de enfermedades poco sintomáticas pero con complicaciones.

Es importante involucrar al enfermo crónico en la selección y control de sus propios tratamientos. El tratamiento puede requerir la intervención de diferentes profesionales. Hay que acentuar las precauciones y controles sobre los posibles efectos indeseables e interferencias de fármacos y de los errores y abandonos de cumplimiento a lo largo de la enfermedad. Así mismo, es especialmente necesario el manejo adecuado de los componentes no concernientes de las respuestas ante la enfermedad; la depresión es habitual en los enfermos crónicos, especialmente en los que tienen curso invalidante.

En el enfermo crónico severo el riesgo de suicidio es alto.

Representación cognitiva de la enfermedad

En una revisión se comprobó que el 8% de los intentos de suicidios corresponde a enfermos crónicos y que el 51 % de los suicidios consumados fueron de enfermos crónicos. (Anguera, 1988).

Diabetes mellitas. Definición**2. DIABETES MELLITUS (DM)****2.1. DEFINICIÓN.**

El término diabetes significa una concentración alta de azúcar (glucosa) en la sangre a causa de una falta absoluta o relativa de insulina. El nivel de glucosa normal debe estar entre 60 y 120 mg%. Esto significa que hay de 60 a 120 mg de glucosa por cada 100 ml de sangre. La diabetes no es una sola enfermedad, sino una colección de varios desórdenes con diferentes causas subyacentes y con múltiples anormalidades hormonales. Todas las formas de DM están caracterizadas por un desorden en el metabolismo de los carbohidratos con hiperglucemia. La DM resulta de una deficiencia en la función de la insulina, ya sea porque las células β del páncreas producen insuficiente insulina o porque la producida no puede ser utilizada efectivamente (Krall y Beaser, 1992).

En este trabajo, se considera a la DM, no sólo como un trastorno metabólico, que tiene como característica principal a la hipoglucemia, sino también como un síndrome que deteriora gradualmente la calidad de vida y en el cual el paciente debe participar activamente en su tratamiento, principalmente modificando su estilo de vida, (Zarate, 1989), sin lo cual ninguna terapéutica puede ser efectiva.

2.2. ETIOLOGÍA

Es difícil explicar y comprender cómo la elevación de azúcar en la sangre perturba todo lo que sucede en el cuerpo y cómo produce consecuencias muy graves a largo plazo.

Aún en nuestros días la etiología de la DM no es del todo conocida. Moncada (1984) considera que la DM es un cuadro muy heterogéneo en cuya etiología se entremezclan factores ambientales (nutrición, infecciones virales, fármacos, etc.) y genéticos; dando lugar a que se produzca un trastorno del metabolismo hidrocabonato y graso, que compromete a los vasos pequeños y de gran calibre del organismo (Zubirán, 1974).

Etiología

Los estudios actuales consideran que hay factores que pueden predisponer a la diabetes, es decir, que es multifactorial, en donde puede estar implicados múltiples genes o incluso un rasgo genético que hace susceptible al individuo de ser afectado por un factor externo como un virus que podría propiciar el desarrollo de la enfermedad (Krall y Beaser, op cit.).

Luego entonces, en la Diabetes intervienen tanto la herencia como el ambiente. Es una enfermedad para la que no existe cura conocida y el hecho de reconocerlo, si bien es cierto que es deprimente, ayuda a resaltar la importancia que adquiere su tratamiento y control, para lograr vivir con ella.

El papel que los virus pueden desempeñar en el desencadenamiento de la DM es aún incierto. Se ha considerado la posibilidad de que los virus puedan desempeñar un papel activo en la producción de la diabetes, ya que está misma se ha asociado con parotiditis. Por otro lado, se ha observado que las asociaciones de la diabetes con infecciones virales son más frecuentes en la estación de invierno.

Así mismo, existen pruebas de que algunos virus principalmente el virus coxsackie B4, el virus de la parotiditis, el reovirus 3 y el virus de la rubéola pueden dañar las células de los islotes de Langerhans (Drury, 1991).

A nivel genético, cada día hay más pruebas de que la DM es una enfermedad hereditaria. La diabetes parece darse en la familia. Si un gemelo idéntico desarrolla la enfermedad, el otro tiene posibilidades de desarrollarla también. Lo anterior sucede en casi el 90% de los gemelos idénticos con DM tipo II y en aproximadamente el 50% de los gemelos idénticos con DM tipo I.

Empero, ninguna teoría basada en un gen ha sido compatible con las pautas de herencia reales de la DM tipo I o II. Los hijos de dos padres diabéticos tienen solo el 30% de probabilidades de desarrollar la enfermedad y por otro lado los estudios con gemelos idénticos sugieren un vínculo genético definido, pero no absoluto. En el mismo sentido, también se ha establecido que existe diferencia entre la frecuencia de factores hereditarios de la DM tipo I y la DM tipo II; ya que las personas con tipo II parecen tener muchos más familiares con diabetes en comparación con las de tipo I.

Etiología

El factor hereditario resulta ser menos intenso si sólo uno de los padres es diabético y si la herencia biológica es débil, es posible que ninguno de los hijos llegue a sufrir la enfermedad, aunque todos puedan ser portadores y transmisores de la misma (San Martín, 1975).

El factor desencadenante no es sólo uno, pueden ser más y habitualmente están representados por algo que significa un sobre esfuerzo para el organismo, es decir, un factor físico agotador o un agente de tensión fisiológica que sea capaz de sacar al organismo de su ritmo de vida y altere la estructura y el funcionamiento del cuerpo o su equilibrio emocional.

Algunos de los factores que con mayor frecuencia causan la diabetes cuando ya existe un terreno hereditariamente preparado son:

- La obesidad; que determina una resistencia periférica aumentada para la circulación de la sangre, representando un mayor esfuerzo para el corazón.
- Las tensiones emocionales agudas y el estrés crónico.
- El alcoholismo y fármaco dependencia; que igualmente se comportan como verdaderos agresores para el organismo y actúan como factores desencadenantes.
- Las intervenciones quirúrgicas; que constituyen un desequilibrio psicofísico importante que implica carga emocional.
- Los tratamientos (de fracturas, golpes, accidentes o quemaduras) que siempre se acompañan de un sobre esfuerzo más o menos importante.
- La pubertad, el embarazo, aborto, parto, menopausia, etc., son factores desencadenantes en la mujer.

2.3. CLASIFICACIÓN.

De acuerdo con la forma más simple y más comúnmente utilizada en la práctica médica diaria, los diabéticos se clasifican en dos grupos principales:

1. Diabetes tipo I (dependientes de la insulina). Personas que dependen de las inyecciones de insulina para vivir, ya que no tienen una producción adecuada de la misma. Este tipo es la más grave y afecta principalmente a niños y adultos jóvenes.

Clasificación

2. Diabetes tipo II (no dependientes de la insulina). Este tipo de la enfermedad afecta casi siempre a personas mayores de 30 años de edad. Ordinariamente no requieren inyecciones de insulina y por lo general controlan su enfermedad siguiendo cuidadosamente una dieta para diabéticos o bien tomando uno de los múltiples medicamentos disponibles.

Un esquema de clasificación más elaborada, sugerida por el Comité de Expertos en Diagnostico y Clasificación de Diabetes Mellitus (Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997), no toma en cuenta la necesidad y/o el uso de la insulina por parte del paciente para clasificarlo, ya que se considera que cualquier tipo de Diabetes pueda requerir en cualquier momento el uso de la insulina. Sin embargo, en la práctica diaria muy pocas veces se hace referencia a la misma. No obstante, sin mayores detalles, se presenta el esquema de clasificación:

I. Diabetes tipo 1. La destrucción de las células β suele provocar una deficiencia absoluta de insulina.

A. De mediación inmunitaria

B. Idiopática

II. Diabetes tipo 2. Puede presentarse en ella desde una resistencia a la insulina hasta un defecto predominante de la secreción con resistencia a la insulina.

III. Otros Tipos Específicos.

A. Defectos genéticos de la función de las células β

1. Cromosoma 12, HNF 1 α (antes MODY3)

2. Cromosoma 7, glucocinada (antes MODY2)

3. Cromosoma 20, HNF -4 α (antes MODY1)

4. DNA mitocondrial

5. Otros

Clasificación

B. Defectos genéticos en la acción de la insulina

1. Resistencia a la insulina tipo A
2. Leprecaunismo
3. Síndrome de Rabson-Mendenhall
4. Diabetes lipoatrófica
5. Otros

C. Enfermedades del páncreas exocrino

1. Pancreatitis
2. Traumatismo / pancreatomía
3. Neoplasia
4. Fibrosis quística
5. Hemocromatosis
6. Pancreatopatía fibrocalculosa
7. Otros

D. Endocrinopatías

1. Acromegalia
2. Síndrome de Cushing
3. Glucagonoma
4. Feocromocitoma
5. Hipertiroidismo
6. Somatostatinaoma
7. Aldosteronoma
8. Otros

Clasificación**E. Inducida por fármacos o sustancias químicas**

1. Vacor
2. Pentamidina
3. Ácido nicotínico
4. Glucocorticoides
5. Hormona tiroidea
6. Diazoxina
7. Agonistas Adrenérgicos β
8. Tiacídicos
9. Dilantín
10. Interferón alfa
11. Otros

F. Infecciones

1. Rubéola congénita
2. Citomegalovirus
3. Otros

G. Formas poco comunes de diabetes inmunitaria

1. Síndrome de "hombre rígido"
2. Anticuerpos antirreceptor de insulina
3. Otros

H. Otros síndromes genéticos asociados en ocasiones a la diabetes

1. Síndrome de Down
2. Síndrome de Klinefelter

Clasificación

3. Síndrome de Turner
 4. Síndrome de Wolfram
 5. Ataxia de Friedeich
 6. Corea de Huntington
 7. Síndrome de Lawrence Moon Beidel
 8. Distrofia Miotónica
 9. Porfiria
 10. Síndrome de Prader Willi
 11. Otros
- IV. Diabetes Mellitus Gestacional

2.4. EPIDEMIOLOGÍA.

En la actualidad, la diabetes es un problema de salud pública, en muchos países del mundo y es marcada la superioridad de la diabetes tipo II.

En 1998 en Estados Unidos se determinó una prevalencia de 5.9%, es decir, 15.7 millones de personas se consideraron diabéticas, 10.3 millones de personas diagnosticadas y 5.4 millones sin diagnosticar. Asimismo, se considera que cada año se diagnostican 798,000 nuevos casos y se ha determinado que en 1996, la diabetes contribuyó a la ocurrencia de 193,140 muertes y constituyó la séptima causa principal de muerte. (CCPE, 1998).

Es evidente que la diabetes tipo II es consecuencia del estilo de vida. La industrialización y modernización. En muchos países ha propiciado que las principales causas de muerte cambien rápidamente de las enfermedades contagiosas a las enfermedades no contagiosas (Lietvak y cols. 1987).

Epidemiología

La distinción entre los dos tipos de diabetes es importante porque están asociadas con diferente incidencia, prevalencia, complicaciones y tasa de mortalidad, así como factores de riesgo e implicaciones en la prevención. Por ejemplo, la remisión espontánea no ocurre en la diabetes tipo I, sin embargo, los diabéticos tipo II, pueden atenuar su diabetes, modificando algunas conductas de salud (Herman y cols., 1984).

Si bien es cierto que los estudios de prevalencia en México son escasos y parciales (Vázquez, et al., 1993), se han realizado estudios e informes sobre la prevalencia de la DM desde aproximadamente 1962, año en que se determinó una prevalencia de 2.3%.

En 1969, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició un programa para detectar a enfermos con diabetes, los resultados dados a conocer hasta 1978 indicaron que la población estudiada había sido de cinco millones de individuos, de los cuales el 5% se consideraron sospechosos y el 1.4% diabéticos. Otra institución de seguridad social (ISSTE), en 1989 estableció una prevalencia de 5.1% (Vázquez, et al., op cit).

De 1980 a 1986, el IMSS, hizo un análisis nacional en el que se destacaba la demanda hospitalaria por DM. Este análisis mostró la existencia de una tendencia ascendente reflejada en el número de egresos, con un incremento de 55.31%, al pasar de 19,768 casos en 1980 a 30,701 en 1986. El total de egresos en todo el sistema mostró un aumento de 11.84%. (IMSS, 1989).

En México existen por lo menos 5.5 millones de personas de más de 15 años que sufren algún padecimiento crónico o invalidez. La frecuencia más alta corresponde a la hipertensión arterial (1.5 millones), le sigue la artritis (1.0 millones) y la diabetes (1.0 millones) (Lezana Fernández, 1990).

Cerca del 85% de las personas con diabetes pertenecen al tipo II. La diabetes es una enfermedad cada vez más común; dos o tres personas de cada cien de la población mundial son diabéticas, lo que implica una tasa ligeramente superior a los 20 o 30 millones de diabéticos en el mundo (Moncada, op cit.).

Epidemiología

En la población mexicana las mujeres son más afectadas por la diabetes, en comparación con los hombres y es alarmante el hecho de que el 63.66% de la población afectada se encuentra en edad productiva. Es evidente que las situaciones anteriores afectan en gran medida la economía nacional en cuando menos dos sentidos; por un lado, las horas trabajo perdidas y por otro, el alto costo en el tratamiento, incluso sin considerar el costo de las complicaciones concomitantes. (IMSS, op cit).

Al interior de las enfermedades crónicas la DM y las enfermedades del corazón son las que han presentado elevaciones más importantes, como causas indirectas de la mortalidad. De 1950 a 1985, la proporción de muertes atribuibles a la diabetes aumentó de 0.3% a 5.1% y para 1991, alcanzó 6.6% del total de muertes del país (Secretaría de Salud, 1993).

En el mismo sentido y de acuerdo con la Dirección General de Epidemiología, el número de nuevos casos de DM ha variado de 18.4 por 100.000 habitantes en 1978 a 155.6 por 100.000 habitantes en 1990 (Secretaría de Salud, op cit).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1995 reportó la prevalencia de la DM en la ciudad de México así como otros factores de riesgo coronario asociados con esta enfermedad. El estudio se realizó en una muestra de 805 personas mayores de 20 años de los cuales se obtuvieron muestras de sangre. La tasa de prevalencia en la población total fue de 8.7%. La tasa cruda de prevalencia de diabetes en el total de mujeres fue de 10.6 % y en hombres de 6 %. Este grupo reflejó una prevalencia de 32.3 % en el rango de 55 a 64 años de edad. El índice de masa corporal (IMC) se utilizó como indicador de sobre peso y obesidad y fue significativamente mayor en pacientes identificados como diabéticos. Cantidades significativamente altas se encontraron para los índices de hipertensión arterial e hipertrigliceridemia.

En el 2000, de un total de población de 97'483,412 en México, la tasa bruta de mortalidad fue de 4.3 %, la esperanza de vida fue de 75.3 años y la edad media fue de 22 años (INEGI, 2001).

En el 2001, la mortalidad total en México, en el área urbana fue de 336,551 y en la rural fue de 100,670. En este mismo año la diabetes se ubicó como la tercera causa de muerte con 49,954 casos, 22,355 hombres y 27,577 mujeres.

Epidemiología

Por grupos de edad y sexo, los lugares como causa de muerte que ha ocupado la diabetes se pueden observar en la siguiente tabla:

GRUPO EDAD	MUJERES	LUGAR	HOMBRES	LUGAR	No. TOTAL MUERTES
15 - 24	136	9	88	14	224
25 - 34	227	5	395	8	673
35 - 44	830	2	1037	7	1868
45 - 64	9041	2	8296	3	17343
+ 65	17194	2	12485	3	29693

La hiperglucemia crónica en la Diabetes se encuentra asociada a largo plazo con daño y disfunción en varios órganos: ojos, riñones, corazón, vasos sanguíneos, etc. En una investigación llevada a cabo por Nava (1984) en el IMSS, se reporta que los pacientes en un rango de edad de 56 a 70 años son los más afectados por este síndrome. En los pacientes incluidos en este estudio se encontraron infecciones de vías respiratorias (34%), de vías urinarias (34%) y neuropatía (4.8%). El 66.6% de la población presentó sobrepeso y se encontró daño en retina de tipo proliferativo en un 30% y no proliferativo en un 70% de los casos.

Se ha determinado que de 1950 a 1985, la proporción de muerte debida a diabetes ha aumentado de 0.29 a 5.1 %. En la década de los setentas se ubicó dentro de las 10 principales causas de muerte y en 1986 ocupó el quinto lugar, ascendiendo al cuarto en 1990 (Escobedo, et., al. 1995).

En dos décadas, de 1970 a 1990, la tasa de mortalidad por diabetes aumentó de 15.2 a 31.7 por 100,000 habitantes. En 1992, la tasa de mortalidad por diabetes fue de 25 por cada 100,000 defunciones (Fernández, 1993).

En 1995, la Secretaria de Salubridad y Asistencia consideró que la letalidad de la enfermedad fue de 9 % cuando el motivo de la internación fueron las complicaciones renales. Dentro de las complicaciones, más importantes, que se combinan para producir fallecimiento se encuentra la hipertensión arterial que en ese mismo año se calculó en 2,000 casos de 23,000 fallecimientos por diabetes.

Patogenia

Durante el periodo comprendido entre 1980 y 1989, en las Unidades de Medicina Familiar, el número de consultas anuales por diabetes aumento de 400,000 a 2,000.000.

En los servicios médicos de especialidades la cantidad de consultas relacionadas con diabetes aumentó de 52,000 a 280,000 consultas anuales.

Representa el 4% del total de la demanda de atención en Unidades de Primer Nivel y el 3% en los servicios en especialidades y es la primera causa de hospitalización después de los 44 años de edad. El promedio nacional de estancia hospitalaria es de de 7.3 días y representa un poco menos que el doble en comparación con el promedio de otras enfermedades (4.7 %).

2.5. PATOGENIA.

La causa física fundamental de la enfermedad es la falta absoluta o relativa de la hormona insulina. Sin una producción adecuada de esta hormona, el cuerpo es incapaz de utilizar los alimentos apropiadamente, almacenar los nutrientes que se ingieren y/o transformarlos en energía. La función de la insulina consiste en asegurar que las sustancias útiles se empleen de la mejor manera para el funcionamiento adecuado del cuerpo (formación de células, generación inmediata de energía o su almacenamiento para gastos futuros) (Foster, 1959).

La insulina controla diversas sustancias, las principales son la glucosa, ácidos grasos y aminoácidos. La glucosa es una azúcar simple (carbohidrato) que cubre las necesidades inmediatas (principalmente del cerebro) de energía. Las grasas, también se utilizan como combustibles por el corazón y los músculos. En ellos se lleva a cabo el almacenamiento de calorías que se consumen en exceso. Finalmente, los aminoácidos son unidades básicas de construcción de las proteínas. Los ácidos grasos y la glucosa se metabolizan y se transportan a través del flujo sanguíneo. La insulina, con la ayuda de otras enzimas, los dirige a su destino y facilita su absorción por las células que los requieren. Cuando hace falta la insulina, la glucosa, particularmente se acumula en la sangre y se produce un desequilibrio, ya que las partes del cuerpo al no recibir la glucosa requerida, sufren debilidad, produciéndose una función inadecuada (Zubirán, op cit.).

Patogenia

Por otro lado, los ácidos grasos que no son absorbidos por las células adiposas, con ayuda de la insulina se liberan a la sangre, se conducen al hígado y se convierten en lipoproteínas de baja densidad. Estas lipoproteínas llevan el colesterol, que en exceso constituye un factor de riesgo en el endurecimiento de las arterias y de las enfermedades cardíacas (Drury, op cit).

El páncreas se encuentra situado en el abdomen y es esencial para la transformación de alimentos en energía. Es un órgano alargado situado por debajo y por detrás del estómago y tiene un tamaño de aproximadamente una décima parte del hígado. En toda la extensión del páncreas se encuentran distribuidos agrupamientos aislados de células conocidas como islotes de Langerhans (en honor de su descubridor). Al interior de estos islotes se encuentran las células β que se encargan de elaborar la insulina y secretarla en la sangre. La insulina, además de otras funciones, ayuda al hígado a regular el metabolismo de los carbohidratos (Zubirán, op cit).

También en el páncreas se encuentran las células α que elaboran la hormona llamada glucagón. Por estar relacionados con funciones hormonales como la regulación de las actividades de células y órganos específicos, los islotes de Langerhans, reciben el nombre de páncreas endocrino, y representa aproximadamente el 1 % del volumen del páncreas. El resto del órgano, que se conoce como páncreas exocrino, se encarga de elaborar enzimas digestivas y secretarlas al intestino delgado. Estas enzimas desdoblán los alimentos en moléculas más pequeñas que son absorbidas por la sangre. Cuando los niveles de algunas de estas moléculas se elevan, desencadenan la liberación de insulina a la sangre, que se encarga de distribuirla (Zarate, op cit.).

Esta es la forma en que funciona el sistema en una persona normal. En los diabéticos, la parte insulínica del ciclo funciona deficientemente. Como no hay la cantidad suficiente de insulina para que se lleve en forma correcta la absorción, la glucosa aumenta en el flujo sanguíneo y circula interminablemente sin tener a donde ir. Cuando los niveles de glucosa son demasiado altos, pasa a la orina llevando con ella agua y las sales que son esenciales para la supervivencia. Lo anterior es lo que constituye la consecuencia más grave de la diabetes, ya que su potencial para lesionar la totalidad del cuerpo es muy alto (San Martín, op cit).

Patogenia

Los dos tipos de diabetes presentan síntomas similares, pero sus causas son distintas. En el diabético tipo I, se encuentran destruidas casi todas las células β y por esto es esencial la inyección diaria para la vida. En cambio, en el tipo II, las células permanecen intactas y funcionando normalmente, pero existe una incapacidad de respuesta en las células corporales que necesitan la insulina. Lo anterior ha recibido el nombre de resistencia a la insulina. En otros diabéticos del mismo tipo, el problema se encuentra en la capacidad de liberación de la insulina por parte de las células β (Drury, op cit).

En ambos casos, el primer problema importante que altera el metabolismo, es el mal funcionamiento del hígado a causa de esta deficiencia.

La función metabólica es de vital importancia para la supervivencia física de toda forma de vida. Esta función incluye aquellos procesos químicos a través de los cuales el cuerpo convierte los alimentos que se ingieren en células y energía que mantiene la vida. Los alimentos se utilizan en dos formas; una parte se usa para construir y reponer células de todo el cuerpo y el resto constituye el combustible para que se produzca actividad y calor.

En situaciones normales, cuando se come, se desencadena una serie de mecanismos. Los productos de la digestión se absorben a través de las células que recubren el intestino y son conducidos por la sangre al hígado. Los niveles elevados de glucosa y de aminoácidos provenientes de los productos de la digestión alertan a las células β , que comienzan a liberar insulina a la sangre que, a su vez, la transporta al hígado para que pueda retirar glucosa del torrente sanguíneo. Cerca de dos terceras partes del azúcar absorbido de una comida son captadas por el hígado que las almacena en forma de glucógeno que más tarde se descompone en glucosa y se libera a la sangre, cuando es necesario. También, la insulina envía señales al hígado para suspender la producción de glucosa, cuando la cantidad producida es suficiente para cubrir las demandas del momento. La tercera parte restante de la glucosa se encuentra disponible para el cerebro, los músculos y el tejido adiposo. El cerebro consume entre 60 y 70 % de esta glucosa (Zarate, op cit).

Patogenia

En cambio en los diabéticos, el hígado no extrae la misma cantidad de glucosa de la sangre; la escasez de la insulina también significa que otros tejidos (muscular y adiposo) no pueden tomar su parte de azúcar que les corresponde. Como consecuencia se produce un incremento considerable de la glucosa en la sangre y el debilitamiento de los tejidos que necesitan insulina para absorber y usar la glucosa (Zubirán, op cit).

Si no existe un abastecimiento adecuado de insulina el hígado no absorbe suficiente azúcar de la sangre para almacenarla y es impulsado a continuar produciéndola, ya que no hay insulina para detenerlo. Cuando el hígado agota su reserva de glucógeno para producir glucosa, se ve obligado a recurrir a fuentes alternas de energía del cuerpo, que en forma ordinaria sólo se utiliza cuando hace falta el alimento, el hígado utiliza aminoácidos derivados de los músculos y los convierte en glucosa, produciéndose atrofia muscular (Nava, op cit.).

En realidad no es sólo la insulina la que regula los niveles de glucosa en todo el cuerpo. La adrenalina, el glucagón y otras hormonas se liberan y entran en acción cuando el nivel de glucosa disminuye demasiado. Tanto la señal de la insulina para que el hígado deje de producir glucosa como la acción de la adrenalina y el glucagón para elevar los niveles de glucosa, forman parte de un sistema muy importante de biorretroalimentación, que en el momento que deja de funcionar en forma eficiente produce consecuencias destructoras (Zubierán, op cit).

A través del tiempo el cuerpo humano ha evolucionado para lograr el uso eficiente de cualquier alimento que ingiere. Cuando una comida es abundante, se absorben más nutrimentos de los necesarios en ese momento y el cuerpo los almacena para uso posterior. Las necesidades de energía a corto plazo son satisfechas sin dificultad por el abastecimiento de glucógeno realizada por el hígado.

La mayor parte de los nutrimentos se almacenan en forma de grasa ya que el glucógeno no es apropiado para almacenamiento prolongado. La grasa constituye una forma apropiada de almacenamiento porque es compacta por estar constituida por carbono e hidrógeno. Con el oxígeno, producto de la respiración, se queman las grasas y se produce energía (Krall y Beaser, 1992).

Patogenia

El índice de metabolismo, hace referencia a la rapidez con que el cuerpo quema combustible para producir energía. Tanto el índice como la eficiencia metabólica, varían de un individuo a otro. En reposo el índice metabólico es bajo, cuando se trabaja o realiza ejercicio, se metaboliza a un ritmo más elevado. En virtud de lo anterior, mientras más activa físicamente sea una persona, entre mayor sea el metabolismo general, mayor será la energía que se consume y de manera semejante, mayor la cantidad de alimento que se puede comer sin engordar. En este ciclo la insulina es un factor importante (Foster op cit).

Dos tipos de células son las encargadas de quemar azúcar (glucosa). En el primer tipo (células del riñón, cerebro y vasos sanguíneos), la glucosa es asimilada sin ayuda de la insulina. En el segundo tipo de células (músculos y tejido adiposo) se necesita insulina para utilizar el azúcar. La insulina ayuda al azúcar a entrar en las células para que sea quemada y asimilada. Sin la insulina, dicho proceso sería imposible de realizar.

Cuando engordan las personas, sus células adiposas se hacen más grandes y, en ocasiones, pierden la capacidad de recibir y retener insulina. Entonces son menos eficientes para absorber glucosa, quemarla y almacenarla. Cuando el metabolismo es normal, el azúcar es captado por el hígado y por las células adiposas, convirtiéndolo en grasa para uso posterior. Cuando la insulina está ausente o cuando una célula pierde la capacidad de unirse a la insulina, la glucosa permanece en la sangre, llegando a niveles peligrosos y mezclándose con la orina (Zarate, op cit).

Precisamente, la presencia de azúcar en la orina, es uno de los primeros síntomas de la enfermedad. La cantidad normal de azúcar en la sangre es de 115 miligramos o menos, por 100 mililitros de sangre (115mg/dl) en ayunas. Después de una comida abundante, el nivel puede aumentar entre 130 y 140 mg/dl. Cuando los niveles de azúcar alcanzan entre 170 y 180 mg/dl., el azúcar comienza a presentarse en la orina. Lo anterior es conocido como umbral renal (zubirán, op cit).

El umbral renal es diferente en los individuos y por tal motivo, los análisis de glucosa en orina, no son tan confiables, ya que no se sabe si verdaderamente es una expresión de la diabetes, o se debe a un umbral renal bajo (Nava, 1984).

Patogenia

La acetoacidosis, es otro trastorno de la diabetes. Los niveles bajos de insulina (diabetes tipo I) ocasionan que el exceso de ácidos grasos se filtre de las células adiposas a la sangre y sea llevado al tejido hepático y muscular, en donde se queman como combustible. Cuando los ácidos grasos no se consumen adecuadamente en el hígado, se producen sustancias restantes llamadas acetonas, que cuando son abundantes se liberan a la sangre donde se acumulan. Las acetonas pueden verterse en la orina e incluso llegar por exhalación a los pulmones. La acetoacidosis, envenena a todo el cuerpo y no debe ser ignorada ya que puede producir severas consecuencias (Nava, op cit).

En la diabetes tipo I, es clásica la iniciación súbita y la rápida progresión de los síntomas. La pérdida de peso, tiene efectos sobre el vigor y la energía de la persona. El desarrollo de la enfermedad es muy rápido y se manifiesta después de una infección o resfriado intenso, por lo que frecuentemente existe demora en el diagnóstico y tratamiento. Lo anterior posibilita que se presente coma diabético, entrando en inconsciencia por acetoacidosis.

La destrucción de las células β en el tipo I, se supone que es el resultado de una respuesta autoinmune. Esto tiene coincidencia con la observación de un patrón estacional (Otoño e invierno) en la iniciación de la diabetes tipo I y con la detección de anticuerpos, en la sangre, contra las células β . Estas son las bases de la teoría viral, que señala que la mayoría de las personas se recuperan de las infecciones sin efectos adversos, pero que algunas sufren destrucción de células β y se vuelven diabéticos tipo I. El principio de la teoría es que se da una respuesta inmune anormal a la infección viral.

Los diabéticos tipo I, constituyen sólo el 10 o 15 % y frecuentemente se trata de un infante.

Los diabéticos tipo II, tienen un desarrollo gradual e incluso el mismo paciente, frecuentemente, no se da cuenta de que algo malo le sucede. Generalmente, son mayores de 40 años de edad y un gran porcentaje tiene exceso de peso. Sus síntomas son claros; mayor frecuencia de orina, debilidad, visión borrosa o doble, mayor susceptibilidad a las infecciones vesicales o de vías urinarias. En general, los diabéticos mal controlados serán mucho más susceptibles a desarrollar infecciones a partir de cualquier lesión.

Patogenia

Los grados diferentes en los que se presenta la diabetes tipo II, constituyen un problema para su diagnóstico. En forma semejante, situaciones específicas de estrés que provocan altos niveles temporales de azúcar en la sangre, pueden producir también errores en el diagnóstico.

La obesidad o cualquier tipo de sobre peso se convierte en una consideración importante y potencial, que puede determinar la existencia de niveles altos de azúcar, por lo que es recomendable la pérdida de peso en una persona gorda (diabética o no) (Zubirán, op cit).

Ya se ha mencionado que el problema de la diabetes tipo II se origina por la imposibilidad que presentan las células β , para elaborar y liberar insulina y por consecuencia, mantener los niveles de glucosa en los límites normales.

La importancia del peso corporal se demuestra en los casos en que la persona oscila entre ser y no ser diabético; esto se establece con la respuesta a la ganancia o pérdida de peso, incluso, en cantidades muy pequeñas que pueden ir desde 2.5 kilogramos. La disminución de peso produce buen estado de salud y la recuperación del peso perdido origina la presencia de problemas de salud. Lo anterior puede indicar que existe cierta resistencia a la insulina, en mayor o menor grado, que responde a las fluctuaciones de peso (San Martín, op cit).

Las concentraciones elevadas de insulina en la sangre causan una reducción en el número de sitios receptores de insulina en la célula, a los cuales en condiciones normales se fijaría esta hormona, permitiendo el metabolismo de los alimentos. Lo anterior se conoce como "regulación inhibitoria". Consecuentemente. Aunque se libera más insulina a la sangre, está se fija menos a las células que la necesitan, fenómeno que se ha llamado resistencia a la insulina.

Las dos condiciones anteriores dan origen a un ciclo; conforme disminuye el número de receptores, la célula se hace más resistente a la insulina y el páncreas trata de producir más insulina. Mientras el páncreas trata de producir más insulina, más resistentes se vuelven las células. De esta forma, las células parecen detectar que el cuerpo está pasado de peso e intentar reducir su absorción de nutrimentos, aún cuando se coma en exceso (Zarate, op cit).

Complicaciones

En otras condiciones, el páncreas puede producir suficiente insulina y las células tener suficientes receptores, pero la unión entre receptores e insulina no se da adecuadamente. Cuando esto ocurre, la insulina no puede actuar en las células que la necesitan para aceptar glucosa. Consecuentemente los niveles de azúcar se elevan y otras células, que no necesitan insulina para utilizar glucosa, incrementan sus niveles de esta misma sustancia, lesionándose y produciendo complicaciones adicionales en la salud. Estas células afectadas se ubican en vasos sanguíneos, riñones y sistema nervioso central (Nava, op cit.).

2.6. COMPLICACIONES.

Son muchos los problemas de salud que enfrentan los diabéticos que no siguen un tratamiento apropiado:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Accidente vascular cerebral
- Enfermedades arteriales periféricas.
- Gangrena
- Enfermedades renales
- Ceguera
- Hipertensión
- Lesiones de los nervios
- Impotencia
- Aumento en la incidencia de infecciones.
- Pérdida de fuerza y masa muscular.
- Disfunciones gastrointestinales.
- Rigidez de articulaciones y piel.

Complicaciones

- Disminución de la capacidad de distinguir colores.
- Etc.

Es posible diferenciar las complicaciones en agudas y crónicas. Dentro de las agudas se encuentran las infecciones por microorganismos patógenos, la neumonía bacteriana, las infecciones del sistema urinario y las infecciones micóticas.

Al abordar en este mismo capítulo, la patogenia de esta enfermedad, se ha referido a que la cetoacidosis, resulta ser una complicación aguda que se origina por la deficiencia de insulina y la hipoglucemia.

El coma hiperosmolar, (que se presenta en diabéticos no insulino dependientes y que se acompaña de cetonuria, deshidratación y sodio elevado) con glucemia mayor a 500 mg/dl y el coma cetoacidótico (que se produce por transgresiones alimenticias y por deficiencia absoluta de insulina, exceso de glucagón y degradación tisular de grasas) son dos complicaciones crónicas muy frecuentes.

El exceso de insulina y la falta de aporte calórico, produce hipoglucemia, que se manifiesta con daño cerebral.

Un padecimiento grave, que se presenta con la edad avanzada, es la acidosis láctica. Su fisiopatología es debida a la deficiencia de insulina e hipoxia tisular con aumento de glucólisis y mayor acumulación de ácido láctico.

Por otro lado, en las complicaciones crónicas del paciente con diabetes tipo II, se encuentran lesiones como las angiopatías; estas lesiones se clasifican a su vez en microangiopatías y macroangiopatías. Las primeras se manifiestan en riñón, fondo de ojos y sistema nervioso. Las macroangiopatías, son lesiones mayores como la insuficiencia coronaria o el infarto al miocardio. También se incluyen las insuficiencias circulatorias en extremidades inferiores, que pueden provocar gangrenas (Nava, op cit).

El desarrollo de todas estas complicaciones está en función de la presencia de factores de riesgo como los hábitos alimenticios (desproporción en alimentos altos en grasa y bajos en fibra), sedentarismo, dislipidemias, antecedentes familiares de diabetes, sexo femenino y edad mayor a los cuarenta años.

Complicaciones

La DM, constituye una enfermedad crónica, ya que produce complicaciones a largo plazo en ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos, además de lesiones en membranas basales, observadas por microscopía electrónica. Tiene mucha importancia medicosocial porque afecta a un gran porcentaje de adultos y su incidencia presenta un aumento constante, principalmente con el envejecimiento de la población (Escobedo, et al, op cit.).

En la actualidad se conoce que la hipoglucemia no se debe sólo a una deficiencia de insulina, sino también a cierta intolerancia a la glucosa, que puede estar condicionada por descargas de epinefrina que se ocasionan a consecuencia de las reacciones de estrés y ansiedad. Entonces, los factores emocionales pueden, igual agravar el curso de esta enfermedad.

Por otro lado, se ha establecido también, una clara asociación entre diabetes y obesidad, de donde se deduce que los hábitos alimenticios juegan un papel determinante.

Su ocurrencia se da en todos los grupos de edad, pero es más común después de los 40 años. La mayor frecuencia se presenta en mujeres entre los 45-60 años.

A nivel mundial, por su ocurrencia y prevalencia, la DM es una enfermedad muy importante a pesar de todos los adelantos científicos, médicos y tecnológicos. Zárate (1996) la ha considerado como un problema nacional, ya que en el país, en 1993, se ubicó como la cuarta causa de mortalidad general y como tercera causa de muerte en grupos de edad a partir de los 46 años. En este mismo año entre las causas de mortalidad hospitalaria ocupó el segundo lugar (INEGI, 1993).

Podría ser posible referirse a otros índices estadísticos que dan cuenta de la importancia que hoy en día ha adquirido esta enfermedad. Como los indicados por Gallardo (1998), en el sentido de considerar que existe un notable incremento en el número de nuevos casos (como por ejemplo, el dado de 1978 a 1990, de 18.4 por 100.000 habitantes a 155.6) o la consideración que señala que la prevalencia de la DM es de 8.2% en la población mexicana que se encuentra entre las edades de 20 - 69 años.

Complicaciones

Sin embargo, la cuestión que adquiere relevancia tiene que ver con la determinación de la causa por la cual teniendo todos los recursos para que una persona controle su diabetes y viva sin complicación alguna, o por lo menos para que llegara a viejo desarrollando todas las actividades que le demande su vida cotidiana, esta enfermedad, sigue representando un problema grave de salud pública y avanza para convertirse en una de las principales causas de muerte.

Si bien es cierto la DM no es una enfermedad que tenga relación con las clases sociales, pero el nivel económico tiene que ver mucho con la evolución de la enfermedad, ya que generalmente las personas que pertenecen a una clase social alta probablemente tengan un nivel cultural mayor, repercutiendo en la atención y el seguimiento del tratamiento (Sandoval, 1994; Cargoso, 1998).

Los tratamientos para esta enfermedad crónica, originalmente, provienen de la terapéutica médica y a lo largo de los años se ha complementado con terapéuticas que provienen de otras disciplinas, como por ejemplo de la psicología, pero aún así, la enfermedad y su tratamiento sigue representando un problema nacional.

Sandoval (op cit) ha señalado algunas propuestas, que pueden generarse en varios niveles para dar solución a la problemática planteada:

- ✓ 1.- Si bien es cierto que existe la posibilidad de una práctica multidisciplinaria (interacción concertada de diferentes profesionales y la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios para la explicación, comprensión y solución de un problema) como alternativa de tratamiento a los problemas de salud, es necesario determinar a través de la investigación, si en la práctica diaria en las instancias públicas de asistencia médica se ha desarrollado esta posibilidad.
- ✓ 2.- Una práctica multidisciplinaria permite conceptualizar al problema dentro de un contexto general y por tanto proponer una explicación multi causal en donde el análisis del desequilibrio de la persona no deje sin atender a factores como el nivel socioeconómico, hábitos, valores, creencias, costumbres, etc. Entonces existe la necesidad

Complicaciones

imperante, de identificar mediante investigaciones los factores de tipo cultural que inciden en la DM.

- ✓ 3.- Tomando como base estos factores culturales y a través de investigaciones es necesario, adaptar la terapéutica desde una perspectiva multidisciplinaria, al estilo de vida de la persona con DM.

3. PSICOLOGÍA Y DIABETES.

3.1. CONCEPTO DE SALUD - ENFERMEDAD

La integración de las disciplinas ha sido posible gracias a la evolución social y científica y es algo que es necesario aprovechar y enriquecer día con día. Tomar como base el concepto de salud-enfermedad es elemental para comprender a la salud como objeto de estudio.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o de invalidez.

Más recientemente Martínez (1994), considera que la salud resulta ser el logro del más alto nivel de bienestar y en consecuencia la plena adaptación biopsicosocial del ser humano.

Ya San Martín (1981) había especificado que la salud no es un estado absoluto, completo y estático; que representa una situación relativa, variable, dinámica y que resulta de todos los factores que actúan sobre la vida de la población y del individuo.

El concepto de salud como construcción social, repercute en el ambiente de vida de la comunidad y produce en el individuo en circunstancias favorables el estado ecológico de la salud o en circunstancias desfavorables el desequilibrio que se ha llamado enfermedad. La salud se define de acuerdo con una situación ambiental en donde intervienen amplios aspectos sociales como la educación, economía, vivienda o justicia. En el estado de salud también son importantes los aspectos psicológicos.

Recapitulando lo anterior, pueden señalarse tres características importantes del concepto de salud:

- No es algo absoluto, completo o permanente. Es esencialmente variable, igual que las situaciones físicas y sociales que afectan el equilibrio homeostático.

Concepto de salud - enfermedad

- No existe un límite definido y drástico entre el estado de salud y enfermedad. Existen diversos niveles y grados que no están definitivamente establecidos.
- Tiene tres componentes; el subjetivo (percepción o creencia de bienestar), objetivo (integridad y/o funcionalidad orgánica y adaptativo (integración biopsicosocial del individuo).

Los aspectos que determinan y se contemplan en el estado de salud - enfermedad del individuo son (San Martín, op cit.):

- ✓ Biología humana. El sustrato fisiológico y los aspectos genéticos y evolutivos. El equipo personal, el potencial neurobiológico.
- ✓ Medio Ambiente. Contaminación física, química o biológica, el medio social y sociocultural y el aspecto sociológico. También incluye el aspecto familiar y socioeconómico, así como los procesos de evolución dinámica en interacción entre los potenciales del individuo y el mismo medio.
- ✓ Estilo de vida. El aprendizaje, tanto individual como colectivo, que fue importante en la construcción del estado de bienestar a través de la ejecución de conductas a favor de la salud como por ejemplo el ejercicio físico, alimentación adecuada, adopción de medidas preventivas y por el contrario, disminución de conductas de riesgo para la salud como las adicciones o el estrés excesivo.
- ✓ Sistemas de asistencia sanitaria. Servicios de salud. Políticas de salud, calidad de asistencia, medios técnicos y de atención.

Para comprender, diagnosticar y atender las alteraciones en el equilibrio de la salud deben tomarse en cuenta (San Martín, op.cit):

- ❖ El sistema de salud vigente en cada comunidad y su interacción con otros sistemas semejantes.
- ❖ Las diferentes organizaciones sanitarias y sus circuitos de comunicación y actuación.

Conducta de riesgo, de enfermedad y de salud

- ❖ El valor de la prevención en diferentes ámbitos que conforman la salud tanto individual como comunitaria.
- ❖ La implementación y desarrollo de sistemas de educación para la salud en la comunidad.

La salud debe ser considerada como un bien deseado por todos los individuos, grupos y comunidades. No significa únicamente la ausencia de enfermedad y debe ser interpretado en un contexto dinámico y en una dimensión continua: Salud - Enfermedad.

Si el individuo es un ser biopsicosocial la parte mental (o psicológica) se constituye como una parte integral de la salud en su totalidad y es fundamental en cada individuo y de la colectividad a la que pertenece.

Fernández-Ríos (1994), se refiere a ella como ligada en parte a la salud física y se refiere a características tan importantes en el individuo como:

- Logro o Aspiración
- Funciones cognitivas
- Balance emocional
- Ajuste social
- Autoestima
- Independencia
- Diseño y alcance de metas

En vista de que el individuo se encuentra inmerso en una familia y en la sociedad, en la medida que estos elementos funcionen, influirán en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De acuerdo con Borden (1990), la salud es un estado de bienestar que abarca al organismo en su dimensiones física, psicológica y social. La forma en que se viva determina en gran medida el estado de salud; la calidad de vida puede ser considerada como causa y efecto de nuestro estado de salud.

3.2. CONDUCTAS DE RIESGO, DE ENFERMEDAD Y DE SALUD.

Para estudiar la influencia de la conducta en la enfermedad, se pueden distinguir entre las conductas que ayudan a proteger y aquellas que pueden dañar la salud. Tomando como base los estudios epidemiológicos y de campo pueden identificarse conductas que son protectoras de la

Conducta de riesgo, de enfermedad y de salud

salud, pero también conductas que representan un riesgo para la misma. Por ejemplo, la higiene y el ejercicio físico se han considerado conductas protectoras, en cambio el fumar o el consumo de alcohol en exceso se han señalado como conductas de riesgo (Buela-Casal, et al. 1996).

Las causas que influyen en la enfermedad han ido cambiando y de haber sido básicamente causas infecciosas, han pasado a ser en gran medida factores de influencia, como la conducta y el estilo de vida (SSA, 1995).

Las conductas de riesgo son aquellas que aumentan la probabilidad de aparición o de gravedad de enfermedad y dentro de ellas se encuentran:

- Los patrones de respuesta
- Los hábitos adquiridos
- El estilo de vida

En la actualidad, la investigación ha indicado que estas conductas se ven determinadas por factores como: el sistema de creencias, la falta de información, pero no puede ser negado que estas conductas resultan placenteras y significan recompensas a corto plazo, aunque después de largos periodos tengan efectos indeseables. En otro sentido, las investigaciones también han establecido que las conductas de riesgo pueden ser inducidas por personas significativas para los pacientes o por estilos de vida social (Cargoso, 1998; Fernández, 1994).

La motivación del individuo es crucial para que se presenten las conductas de riesgo aún con pleno conocimiento del daño que producen. El consumo excesivo de tabaco, de sustancias tóxicas (alcohol y drogas) y la sobre alimentación pueden causar complicaciones cardiovasculares, hipertensión o diabetes.

Tener conocimiento de los daños y complicaciones que producen estas conductas sirve para proteger la salud. Prevenir su presencia, disminuirlas o eliminarlas sustituyéndolas por conductas de salud, asegura el bienestar del paciente (Morales, 1999).

La enfermedad representa un desequilibrio tanto físico como psicológico y social. Produce reacciones de adaptación tanto para afrontar el estado fisiológico como para el mantenimiento de un equilibrio emocional razonable.

Conducta de riesgo, de enfermedad y de salud

Al presentarse signos y síntomas de una enfermedad, el individuo percibe y valora su situación reaccionando conductualmente en diferentes formas: a veces tratando de disminuir los daños, otras, evitando los síntomas o algunas más, evadiendo su estado patológico.

Una conducta de enfermedad es aquella actividad emprendida por una persona que tiene algún padecimiento físico, con la finalidad de definir su estado de salud o descubrir un remedio adecuado. Estas conductas se realizan con el fin de resistir, afrontar o curar la enfermedad (Belloch, 1989).

En el caso de las enfermedades agudas, el individuo puede seguir estrategias de afrontamiento que pueden ser de negación, minimización de la enfermedad o por el contrario puede buscar apoyo, conservando una auto imagen satisfactoria y preservando relaciones sociales adecuadas para lograr la estabilidad.

El enfermo crónico tendrá que aceptar que su enfermedad no tiene un remedio actual, directo y total. Que deberá modificar su estilo de vida y ser un elemento activo, así como colaborar (adherencia) en su tratamiento siguiendo las indicaciones médicas (Aguilar, 1990).

La adherencia al tratamiento implica una amplia variedad de conductas como la toma de medicación en dosis prescritas, realización periódica de pruebas y asistencia a consulta. Estas conductas que determinan el grado de adherencia al tratamiento, dependen grandemente de creencias, conductas y actitudes del paciente (expectativas de curación, participación en el tratamiento, colaboración con el médico, seguir indicaciones, etc.). Siempre esta presente el riesgo de que el paciente no acepte sus responsabilidades, culpando muchas veces al médico en situaciones de gravedad (Donald y Turk, 1991).

La contraparte de las conductas de enfermedad son las conductas de salud, que están representadas por todas aquellas conductas que promueven o potencian el estado de salud del individuo. Es cualquier actividad emprendida por una persona que se considere a si misma sana, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en una etapa asintomática. Cuando una enfermedad se presenta, evitar las conductas de riesgo, por ejemplo no fumar, servirán para la pronta recuperación de la salud o para evitar secuelas reduciendo el riesgo asociado al trastorno.

Conducta de riesgo, de enfermedad y de salud

Estas conductas son medidas que deben tomarse regularmente y en forma independiente de cualquier enfermedad física, antes de que aparezca, ya que se consideran protectoras de la salud. Ejecutarlas depende tanto de factores sociales (educación para la salud en la población, salud como valor, sistemas de salud) como personales (estado de salud, cultura de salud). Algunas de ellas son; prácticas de salud (dormir suficiente, comer moderadamente, realizar ejercicio físico), prácticas de seguridad (tener un botiquín, teléfonos de emergencia, seguir señalamientos precautorios, etc.) cuidados preventivos (chequeos médicos), conductas de evitación (evadir ambientes insalubres, ambientes contaminados, áreas de polución o inseguridad) (Buela-Casal, et al., op cit.; Morales, op cit.).

Algunas otras conductas dependen enteramente del acceso a los servicios de salud, como por ejemplo el caso de los exámenes médicos periódicos, que requieren de la intervención directa del médico.

3.3. INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES.

Como se indicó en el segundo capítulo de este trabajo se considera a la DM, no solo como un trastorno metabólico que tiene como característica principal a la hiperglucemia, sino también como un síndrome que deteriora gradualmente la calidad de vida y donde el paciente debe participar activamente para su tratamiento, principalmente modificando su estilo de vida, sin lo cual ninguna terapéutica puede ser efectiva.

Cuando la diabetes es diagnosticada y se comunica al paciente, a menudo enfrenta reacciones emocionales muy intensas, que incluso hacen muy difícil su tratamiento y control. Por lo anterior es importante, que el paciente diabético, tome conciencia de la existencia de muchos profesionales de la salud especialmente entrenados para ayudarlo a enfrentarse con sus sentimientos y emociones, buscando el control de la enfermedad.

Los pacientes diabéticos pueden llevar una vida social normal si se logra el control de la enfermedad. Es decir, pueden lograr vivir con diabetes, si superan el período inicial de ajuste y modifican su comportamiento.

Intervención de la psicología en el tratamiento

En el presente existe un acuerdo total en cuanto a la etiología de la diabetes, considerando que es heterogénea o multicausal, presentándose factores muy variados en su génesis; hormonales, víricos y ambientales. Precisamente, el interés de este trabajo se centra en el hecho de que los factores ambientales tienen gran relevancia y que son importantes como causas de la enfermedad y como causas de la presencia de secuelas o problemas después del diagnóstico.

En este sentido, recordamos aquí lo señalado por Sandoval (op cit.) reconociendo que existe la posibilidad de una práctica multidisciplinaria (interacción concertada de diferentes profesionales y la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios para la explicación, comprensión y solución de un problema) como alternativa de tratamiento a los problemas de salud, como la diabetes.

El tratamiento de las personas con DM requiere de mucho esfuerzo por parte del equipo de salud y al mismo tiempo impone nuevos patrones de conducta en el mismo paciente. En este sentido es necesario que el paciente asuma un papel importante y algunas veces muy complejo, en cuanto a su auto cuidado y una actitud positiva y responsable en lo que respecta a la adherencia al tratamiento. La última cuestión es importante y constituye un problema conductual que se encuentra relacionado con factores como el estrés, duración y complejidad del tratamiento, grado de incapacidad producida por la enfermedad, grado de cambio conductual requerido por el tratamiento, conocimiento y comprensión del paciente con respecto a su enfermedad y el proceso de la misma, percepción de la severidad y la orientación del locus de control (Surwit y Cols, 1982).

En este tercer capítulo, sin dejar de lado lo señalado por Sandoval (op cit.), primeramente se presenta un panorama histórico de las contribuciones de la psicología en el tratamiento de las enfermedades crónicas y de la diabetes y después, se abordan las contribuciones en campos recientes de aplicación como el llamado: psicología de la salud.

Intervención - antecedentes históricos**3.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

Las dificultades metodológicas e ideológicas existentes hasta el siglo XVIII y el propio modelo biomédico de la época, retrasaron y marginaron el estudio y abordaje de los aspectos psicosociales de la enfermedad y favorecieron la progresiva desvalorización del diálogo y la relación personal con el paciente como medios diagnóstico y terapéutico.

La medicina psicosomática es una disciplina científica, centrada en el estudio de las interacciones entre factores psíquicos, sociales y biológicos, en la salud, en la enfermedad y la asistencia de los enfermos (Anguera y Olla, 1988).

Tanto el sistema endocrino como el inmunológico disponen de sistemas regulatorios y de auto control, eficaces para ajustar la actividad a las demandas que se presenten, pero ambos interactúan con el sistema nervioso, que es especialmente eficaz para la regulación y control de toda la actividad del ser humano en general.

El sistema nervioso tiene gran importancia en la capacidad adaptativa del organismo. A través de él, el organismo satisface su necesidad de adaptar su actividad interna a las exigencias futuras. En este sentido los estímulos simbólicos sociales e interpersonales adquieren relevancia en la actividad nervio - inmune - endocrina porque son los indicadores principales de exigencias, amenazas o satisfacciones futuras en el hombre.

En la medicina psicosomática se han ido desarrollado diversas corrientes que han participado en perspectivas y metodologías diferentes, lo que a veces ha llevado a descalificaciones mutuas, pero que resultan más complementarias que excluyentes y que en conjunto permiten un abordaje biopsicosocial de razonable eficacia.

La escuela psicoanalítica, que es una de las primeras impulsoras de la investigación psicosomática, ha aportado metodología y marco teórico que facilita un acercamiento a las motivaciones inconscientes de las funciones y conductas, así como su incidencia en la enfermedad y asistencia.

Intervención - antecedentes históricos

Por otro lado, Pavlov, Bicov, Kurstin, Anokin, en la línea de la patología corticovisceral, muestran que los sistemas de aferentación y las relaciones cortico - subcorticales, permiten la influencia de señales externas e internas en neuronas y circuitos, posibilitando el condicionamiento y aprendizaje visceral a estímulos simbólicos y sociales (Matarazzo y Weiss, 1985).

Cannon, Selye, Wolff, abrieron la línea de estudios experimentales, clínicos y epidemiológicos sobre la incidencia de estrés en la salud y describieron las pautas de respuesta y adaptación del organismo ante cualquier agresión, demanda o sobrecarga. Señalan también la importancia de los mediadores psicosociales sobre el sentido y magnitud de las consecuencias del estrés en la salud (Janis, 1967).

El conductismo señala que el condicionamiento operante también contribuye al aprendizaje visceral y ha desarrollado técnicas como las de biofeedback y otras, con el objetivo de modificar síntomas y disfunciones. En este sentido, dentro de la línea conductista Beck, Lazarus y otros han ampliado el campo de interés al procesamiento lógico de la información o proceso cognitivo, que se produce al afrontar las demandas ambientales y a los determinantes irracionales no conscientes de la conducta. Señalan además, la importancia sanitaria de las diferencias individuales personales en el proceso cognitivo, como los estilos cognitivos, mecanismos de defensa, creencias, estrategias de respuesta y de afrontamiento de situaciones, pautas de conducta, factores motivacionales, compromiso, etc. y de los factores ambientales como predictividad, ambigüedad, cambio, etc. y han desarrollado técnicas de investigación terapéuticas cognitivas que tratan de obtener cambios favorables en estos factores (Kirscht, 1983).

Otras disciplinas como la sociología, aporta a la medicina psicosomática conceptos como los de alienación, clase social, status, rol, etc. , importantes para valorar características ambientales y comportamientos individuales y colectivos de importancia sanitaria. Así tenemos que los sociólogos Mechanic, Freidson, han desarrollado estudios sobre las influencias colaterales en la percepción y en la expresión de síntomas y sobre las respuestas familiares y personales ante la enfermedad y su asistencia (McGuire, 1969).

Intervención - antecedentes históricos

La epidemiología, desde una perspectiva sociológica, ha mostrado interés en destacar la importancia sanitaria del ambiente familiar, de trabajo, vivienda, ocio, pobreza, los grupos de competencia, la red de amigos y las relaciones sociales de apoyo. Este enfoque complementa al psicológico y psicofisiológico, su objetivo mayor es identificar factores psicosociales que aumentan la resistencia a la enfermedad y los que la disminuyen, así como la forma de obtener cambios favorables. Se enmarca bien en teoría de sistemas que sitúa al individuo como un todo, al que inevitablemente tienen que estar referidos todos los niveles de realidad y partes que lo componen (sistemas, órganos, tejidos, células, moléculas, átomos). A su vez el individuo es parte y nivel de un todo orgánico, social en el que está integrado y del cual depende; las investigaciones han indicado que los factores considerados como indeseables, favorecen el fracaso ante las demandas ambientales o los objetivos personales, dificultan la comprensión en la propia situación y futuro, disminuyen la auto estima, la autonomía y las satisfacciones, aumentan la morbilidad, mientras que por el contrario, los factores considerados como deseables, favorecen el éxito y contribuyen a la auto estima, autonomía, satisfacción o estabilidad y disminuyen la morbilidad. Pero, así como mencionamos hechos, factores internos y externos de naturaleza biológica, psicológica y social, individual o ambiental, es necesario resaltar, el importante papel del factor subjetivo que también participa en la modulación del equilibrio dinámico que define el estado de salud o enfermedad, la forma de manifestarse, su evolución y sus consecuencias (Martínez, op cit.).

A pesar de muchos años de existencia de la somatología su influencia es pequeña. La asistencia y la enseñanza siguen marginando los aspectos psicosociales de la enfermedad. La organización de la asistencia médica y los sistemas de promoción profesional no facilitan ni estimulan la asistencia de estos factores. En el campo de la investigación, apenas existen trabajos prospectivos o de intervención sobre poblaciones de tamaño importante, por los costos y por las dificultades metodológicas, es difícil aislar y dimensionar estos parámetros en el diseño de estudios, sin distorsionar o empobrecer la realidad investigada. En este sentido, es importante integrar la psicósomática en el contexto general de la asistencia médica, como práctica normal de la medicina. Esto puede verse facilitado por la creación de equipos

Intervención - antecedentes históricos

interdisciplinarios, integrados física, orgánica y funcionalmente en el seno de los diferentes servicios médicos (Surwit y cols, op cit.).

La historia de las relaciones de la psicología conductual con la medicina no es diferente a la producida por separado con otras escuelas o líneas psicológicas. Todas parten del hecho de que las relaciones entre los agentes patológicos y los cuadros clínicos no son ni simples ni lineales.

El modelo aportado por la psicología conductual en su acepción más restrictiva, la que se deriva del análisis experimental de la conducta, es la disciplina científica que tiene como objeto de estudio la conducta del individuo, entendida como la interacción entre éste y su ambiente. El individuo es considerado como un ente formado y configurado por la historia de sus interacciones pasadas, por lo que en cada momento lo que interactúa con el ambiente es un producto peculiar e idiosincrásico de las sucesivas transacciones con el ambiente.

La psicología conductista no es sinónimo inespecífico de la psicología basada en la conducta. En la actualidad no puede citarse caso alguno de psicología que no este basado en la conducta. Lo que define la praxis conceptual de la psicología conductual es el hecho de que las explicaciones de los fenómenos y relaciones que constituyen su objeto de estudio son buscadas en el organismo y en sus interacciones o transacciones con el ambiente.

El interés de la psicología en el ámbito de la medicina son los cuadros crónicos. Muchos de los fenómenos agudos son adecuadamente explicados en términos de las influencias lineales y directas, aunque a veces muy complejas, de la lesión que se produce o del agente nocivo que es el productor de la enfermedad aguda, sin necesidad de recurrir a postulados o explicaciones cualitativamente diferentes. En cambio en las enfermedades crónicas, el paso del tiempo da lugar a que intervengan otros factores (sociales, culturales y conductuales), por tanto el cuadro en gran medida se complica y las explicaciones lineales y directas, ya no resultan tan satisfactorias. Controladas las manifestaciones reflejas estrictamente biológicas, aparecen múltiples fenómenos y complejas relaciones que la medicina no puede explicar y que resultan ser mejor explicadas bajo el enfoque de la psicología.

Intervención - antecedentes históricos

Las principales manifestaciones de interés para la psicología son los factores indicativos de invalidez y los requerimientos de cambios en los estilos de vida. En segundo lugar, aparece en los cuadros crónicos, una nueva categoría de agentes causales; los factores mantenedores (etiológicos secundarios) muchas veces consistentes en las modificaciones en el estilo de vida y las relaciones interpersonales. Ambas esferas, los cambios adaptativos y los agentes mantenedores reactivos, suelen entrar de lleno en los dominios y competencias de la psicología, sobre todo de la psicología conductual.

De acuerdo con lo anterior, inicialmente, se propusieron una serie de procedimientos y aplicaciones, que se restringen al ámbito de la información recogida y que reciben el nombre de evaluación conductual. Dentro de ellas se incluyen: 1.- auto informes, 2.- auto observación, 3.- auto registro y 4.- observación directa. Además de estos procedimientos iniciales, se han desarrollado otros tratamientos conductuales, bajo el amparo de diversos enfoques dentro de la misma psicología.

En 1988, Penzo Giacca y Canalda Sahh (En Anguerra de Sojo, 1988) sugirió que dentro de los tratamientos conductuales es tradicional establecer tres grandes grupos:

- La modificación de las respuestas fisiológicas, en donde se incluyen técnicas que se dirigen al control de la ansiedad en sus componentes de "arousal" fisiológico, como la relajación, desensibilización sistemática y el biofeedback.
- La modificación de los hábitos desadaptativos o patógenos, que comprenden al conjunto de principios y procedimientos dirigidos a modificar, sustituir o eliminar patrones de comportamiento o estilos de vida o interacción con el ambiente que se han convertido en factores mantenedores del cuadro clínico.

Intervención - antecedentes históricos

- La modificación de las respuestas verbales internas o cogniciones, en donde pueden ubicarse las técnicas de reestructuración cognitiva (como la terapia racional emotiva de Ellis, la reestructuración sistemática de Beck, las auto instrucciones de Meichenbaum y la reestructuración racional sistemática de Goldfried), las habilidades para afrontar situaciones (como el modelo encubierto de Cautela, el entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn, el afrontamiento con inoculación de estrés de Meichenbaum) y el enfoque de solución de problemas (que incluye al entrenamiento en solución de problemas de D' Zurrilla o la ciencia personal de Mahoney).

En el mismo sentido Beneit (1994), ha considerado que los hábitos de salud son conductas determinadas por una gran variedad de factores, que se encuentran muy arraigadas en el repertorio conductual de las personas que resulta necesario modificar.

Existen cuando menos tres aproximaciones a la modificación de los hábitos de salud:

1. Cambio de actitudes y conductas de salud.

El punto de partida de esta aproximación es la hipótesis que establece que si los individuos son persuadidos de que determinados hábitos son perjudiciales para la salud, entonces, estarán motivados para cambiar dichos hábitos. Para probar esta hipótesis se han utilizado dos tipos de comunicación, que intentan conseguir un cambio de actitudes relacionadas con la salud.

- ✓ Mensajes de contenido emocional, que provocan miedo y amenazas de salud.

Este enfoque sobre el cambio de actitud, parte de la idea de provocar miedo en los individuos con respecto a una determinada conducta (como por ejemplo el comer, beber o fumar) que constituye una amenaza para la misma, que deberá originar una modificación de la conducta en cuestión, reduciendo el miedo y la amenaza.

Intervención - antecedentes históricos

Janis (op cit.) partió de este supuesto considerando que los efectos del miedo podrían ser un factor motivacional para que los individuos modifiquen sus hábitos de salud. Los resultados encontrados por Janis, indican que muy al contrario de lo que se pensaba con respecto a la relación entre miedo y cambio de actitud, como una relación directa, en realidad constituye una relación curvilínea. Lo que se encontró en esta investigación, fue que los niveles moderados de miedo, son los más efectivos para incrementar la motivación al cambio, mientras que los niveles altos y bajos de miedo, paralizaban o no motivaban suficientemente para que se diera un cambio de actitud.

Leventhal (1970), sin embargo, realizó investigaciones en el mismo sentido y llegó a resultados contradictorios. Primero, estableció, que los mensajes que provocan miedo no tienen un efecto consistente sobre el cambio de actitudes. Segundo, que cuando la relación se da en forma directa, los niveles altos de miedo producen más cambio de actitud y mayores intenciones de comportamiento a favor de las recomendaciones. Pero, estos cambios positivos no son permanentes y tienden a desaparecer con el tiempo. Tercero, Cuando una comunicación provoca altos niveles de miedo, produce dos reacciones distintas. Por un lado, se puede producir control en el temor creado por la comunicación. Por otro lado, aceptar las recomendaciones de la comunicación, reacción favorable que constituiría en afrontar el peligro.

En otras investigaciones llevadas a cabo por Leventhal y Cleary (1980), se estableció que los mensajes que recurren a crear miedo no son necesarios ni suficientes para modificar las actitudes. Que en el caso de que se produzcan cambios, estos no son estables en los hábitos de salud, si es que no se acompañan de instrucciones para tomar acciones y de información preventiva del cambio que se propone.

- ✓ Mensajes de contenido informativo sobre cuestiones relacionadas con la salud.

Generalmente, este enfoque del problema, se basa en todos los hallazgos encontrados en las investigaciones sobre la comunicación persuasiva, que se desarrollo en la década de los sesentas.

Intervención - antecedentes históricos

Las investigaciones (Zimbardo, Ebbesen y Maslach, 1977) en este sentido, han identificado algunos principios relacionados con la comunicación persuasiva; como por ejemplo 1. Las comunicaciones que extreman las recomendaciones son menos efectivas, 2. Los mensajes relacionados con la salud deben incluir las conclusiones en forma explícita, 3. Los mensajes deben ser cortos, claros y directos, 4. Los argumentos fundamentales deben ser presentados al principio y al final del mensaje, 5. Las comunicaciones bidireccionales son más efectivas (aquellas que presentan los beneficios de la acción sugerida y los problemas que origina el que no se produzca el cambio), 6. Los mensajes son más efectivos cuando se presentan por un personaje con prestigio, confianza y competencia, 6. El dinamismo y la viveza en el mensaje, son características más efectivas.

A pesar de los hallazgos establecidos por estas investigaciones, otros resultados han demostrado que el cambio de actitudes y su correspondiente cambio en la conducta de salud, constituyen un proceso mucho más complejo. Por ejemplo, la investigación llevada a cabo por McGuire (1964), que estableció que los componentes de la comunicación persuasiva incluyen cinco elementos (atención, comprensión, aceptación, retención y acción) y que los mismos deben darse en secuencia, sirvió para establecer que cuando esta secuencia se pierde, sencillamente la comunicación falla. Ubicado esto mismo en la comunicación persuasiva para el cambio de actitud y de conducta relacionada con la salud, tendría como consecuencia un nulo cambio de actitud.

2. Modelo de creencias sobre la salud y modificación de hábitos de salud.

Dentro de este modelo pueden ubicarse algunas técnicas o procedimientos conductuales que pueden ser utilizados para modificar los hábitos de salud.

El modelo de creencias sobre la salud, establece que estos hábitos están determinados por la percepción de vulnerabilidad de los individuos con respecto a una determinada enfermedad y por la creencia de que una conducta de salud en particular es efectiva para reducir esta vulnerabilidad.

Intervención - antecedentes históricos

La funcionalidad de este modelo se ha reconocido porque permite la explicación de las razones por las que un individuo exhibe en la práctica conductas de salud y porque es posible predecir las circunstancias en las cuales las personas modificarán determinados hábitos perjudiciales para la salud.

Al respecto, es necesario, inicialmente, establecer los determinantes de estas conductas. Es decir, los factores que tienen influencia en la práctica de dichas conductas. Dentro de ellos es posible diferenciar los factores de origen social y los factores de origen personal.

✓ Los factores de origen social como determinantes de la conducta de salud.

Algunas investigaciones han identificado los factores de origen social que en ciertos momentos juegan papeles determinantes de las conductas de salud (por ejemplo, Langlie, 1977; Leventhal y Cleary, op cit.; Kirscht, op cit.). Los siguientes, constituyen los factores más relevantes:

- Factores procedentes de las experiencias de socialización; que incluyen los comportamientos vinculados en el contexto familiar. Comportamientos que son transmitidos o enseñados por los padres y que tienden a convertirse en hábitos que después de haberse practicado toda la vida, terminan por ser muy resistentes al cambio.
 - Valores asociados a la cultura; en donde se incluyen normas (implícitas o explícitas), que pueden ir desde valores estéticos, hasta el establecimiento de papeles que deben ser jugados por los miembros de una comunidad.
 - Influencias de grupo; en donde pueden ser ubicados muchos de los patrones de conducta que se establecen por la presión de diferentes grupos a los cuales pertenece un individuo (pandillas, amigos, etc.).
 - Acceso a Servicios de Salud; en donde se ubican conductas que dependen de los tipos de servicios de salud a los que un cierto individuo tiene acceso.
- ✓ Los factores personales como determinantes de la conducta de salud.

Intervención - antecedentes históricos

- Auto percepción de síntomas; constituye un proceso que se inicia con la identificación de señales corporales (síntomas), que continúa con la búsqueda y establecimiento de relaciones causales entre los primeros y ciertas conductas y/o hábitos.

Belloch (1989), ha señalado que la interpretación de ciertas señales como síntomas, su categorización y el tomar conciencia de las mismas depende, básicamente, de lo novedoso que resulte cierta señal para la persona, en el contexto de las demás señales corporales que habitualmente se reciben. Asimismo, que la percepción de la señal corporal como síntoma, también depende de un conjunto de factores que se encuentran ligados con las expectativas con respecto al síntoma y sus consecuencias, a las experiencias previas con la enfermedad, a la educación sobre salud y a cuestiones relacionadas con aptitudes, motivación y finalmente de personalidad.

- Emociones; resulta indudable que muchos de los hábitos nocivos para la salud (fumar, beber, comer en exceso) en alguna medida y en algunos casos, pueden estar asociados a reacciones emocionales como estrés, ansiedad, miedo, etc.
- Creencias y actitudes; dentro de este factor se encuentran precisamente las creencias que se originan en el individuo sobre un comportamiento que puede contribuir a evitar una enfermedad, así como la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad. Estos dos factores resultan ser importantes para que se desarrolle y practique una conducta de salud determinada.

Desde 1966, Rosenstock (citado en Kirscht, op cit.), propuso el modelo de creencias sobre la salud, en donde se establece la importancia de dos tipos de factores que determinan la conducta de salud; la percepción de las amenazas sobre la propia salud y las creencias que el individuo desarrolla sobre la posibilidad de reducirlas.

Intervención - antecedentes históricos

El primer factor, la percepción de las amenazas, a su vez está influida por tres factores; los valores generales sobre la salud, las creencias sobre la vulnerabilidad propia ante la enfermedad y las creencias sobre la gravedad de la misma.

El segundo factor, posibilidad de reducción, también, se encuentra en función de otros elementos; la creencia sobre la eficacia de las medidas a tomar o tomadas para reducir las amenazas y la convicción de una relación de superioridad entre beneficios y costos.

En 1983, Kirscht, realizó una revisión sobre la investigación en conductas preventivas de salud y en ella se puede encontrar una cantidad significativa de estudios que refieren al modelo de creencias sobre la salud, como un recurso adecuado para predecir en qué condiciones los individuos pueden poner en práctica conductas de salud.

El modelo de acción razonada propuesto por Fishbein y Ajzen (Fishbein, 1980; Ajzen y Fishbein, 1980) y que se origina de investigaciones más generales sobre actitudes, intenta integrar tanto factores de actitud como de comportamiento para explicar las conductas de salud. De acuerdo con este modelo, la conducta de salud resulta de la intención comportamental (de lo que la persona intente llevar a cabo) y a su vez, ésta depende de las actitudes hacia la misma conducta o comportamiento concreto y de las valoraciones que el individuo realice de la misma.

Las actitudes a su vez se encuentran influidas por las creencias sobre el resultado más probable de la conducta y sobre la evaluación final de las consecuencias del comportamiento. Por otro lado, las valoraciones se ven influidas por lo que la persona cree que los demás piensan sobre la conducta (creencias normativas) y por la motivación general del individuo para conducirse de acuerdo con esas normas.

Wallston y Wallston (1983) han realizado una revisión de la investigación sobre las aplicaciones de este modelo a problemas como la obesidad, tabaquismo, etc., concluyendo que su utilidad resulta ser importante para establecer control sobre estos problemas.

Intervención - antecedentes históricos

Finalmente, una última línea de investigación sobre las conductas de salud, tiene sus bases en la investigación sobre las dimensiones de personalidad. Desde la perspectiva de lo individual, más que de lo social, esta línea de investigación pretende reunir pruebas para la hipótesis que señala que ciertas dimensiones o tipos de personalidad, son causa de que los individuos sean más propensos a exhibir conductas de salud (Belloch, op cit.). Por ejemplo el constructo de Locus de control, que surge de las teorías del aprendizaje social y que establece que la conducta está en función de las expectativas de refuerzo que el individuo desarrolla en una situación concreta. Las diferencias individuales sobre las creencias con relación a la fuente de reforzamiento, permiten establecer la existencia de dos dimensiones de personalidad; locus de control interno y externo. (Rotter, 1966; citado por Kirscht op cit.).

Los individuos con locus de control interno desarrollan creencias sobre el refuerzo como una consecuencia de su propia conducta. Los sujetos con locus de control externo, desarrollan creencias sobre el refuerzo como una cuestión dependiente de factores poco controlables e independientes de su comportamiento. En este sentido, las investigaciones se han dirigido a comprobar la hipótesis que establece cierta superioridad del locus de control interno sobre el externo (Strickland, 1978).

3. Aspectos cognitivo - conductuales en la adquisición y mantenimiento de hábitos de salud.

Dentro de este apartado se consideran los procedimientos psicológicos que han sido aplicados a la modificación de los hábitos de salud, algunos de ellos derivados de la teoría del aprendizaje.

Desde esta perspectiva se asume que los hábitos de salud en realidad son conductas aprendidas y por tal motivo, tanto los principios de adquisición del comportamiento, como los que intervienen para mantenerlos pueden ser útiles para comprender los procesos implicados en la modificación de las conductas de salud.

La expresión más actual de esta perspectiva se da en los campos "nuevos", que se inician hace 20 años, aproximadamente, en la psicología (Psicología de la Salud y Medicina Conductual). Muchas de las técnicas que desde este tiempo y en la actualidad se aplican para explicar y

modificar las conductas de salud, proceden del enfoque tradicional de la Modificación de Conducta. Este enfoque se ha centrado en las condiciones ambientales que desencadenan o mantienen una conducta.

Posteriormente, este enfoque original ha sido complementado por el enfoque Cognitivo Conductual, que reconoce la importancia que tienen las cogniciones de los sujetos (pensamientos, valoraciones, atribuciones, etc.) sobre su propia conducta. Luego entonces, su propuesta es la combinación de las técnicas conductuales tradicionales, con las técnicas de orientación cognitiva.

✓ Auto - Observación.

La auto - observación es un procedimiento doble que consiste en entender en forma deliberada la propia conducta y registrarla (auto registro), a través de un procedimiento establecido con anterioridad. Frecuentemente, los programas cognitivo conductuales utilizan este procedimiento como una primera fase en la modificación de la conducta. (Thorensen y Mahoney, 1974).

Se utiliza, cuando no existe una definición clara del problema conductual que refiere el paciente y que es la conducta blanco a modificar. Su intención es la compilación de información amplia y precisa en términos de frecuencia, duración e intensidad. En el mismo sentido, la información debe comprender, también a los eventos antecedentes y consecuentes, internos y externos (Avia, 1981).

Cuando el objetivo del procedimiento es establecer la ejecución del sujeto con relación a un criterio (fumar, beber, comer, etc.), es posible determinar la ocurrencia de ciertas conductas y su relación con estímulos ambientales desencadenantes (por ejemplo, la frecuencia con que un sujeto diabético rehúsa comer alimentos no comprendidos en su dieta, a pesar de estar expuesto a los mismos). Sin embargo, algunos sucesos internos como los pensamientos, no pueden ser sometidos a parámetros como la duración o la frecuencia. Empero, el sujeto puede limitar su auto observación o registro, simplemente, a la presencia o ausencia en intervalos regulares, consignando también su intensidad y la producción de malestar.

Intervención - antecedentes históricos

Generalmente esta técnica, se ha utilizado en las estrategias que buscan el auto control de la conducta y son recomendadas para sujetos que presentan dependencia del medio (sujetos pasivos, con problemas para tomar decisiones), que desarrollan pautas de comportamiento inseguro y para sujetos motivados, pero sin habilidad para cambiar su conducta. En estos casos las técnicas de auto observación y registro, puede ser un medio eficaz para involucrar activamente al sujeto, tanto en la intervención como en la modificación de su propia conducta (Kanfer, 1980).

✓ **Condicionamiento Clásico.**

Su principio fundamental es la asociación entre estímulos. Ha sido extensamente aplicado para modificar los hábitos de salud, como por ejemplo al alcoholismo. El tratamiento a través de esta estrategia intenta desarrollar en el individuo respuestas aversivas condicionadas, ante estímulos que con anterioridad estaban asociados a consecuencias agradables.

✓ **Desensibilización sistemática.**

Dentro del condicionamiento clásico se desarrolló la técnica de desensibilización sistemática. Este procedimiento creado por Wolpe desde 1958, ha servido como tratamiento para muchos trastornos conductuales como la ansiedad, fobias etc. En estos desórdenes es clara la asociación de estímulos o situaciones que producen una reacción intensa de ansiedad.

Los componentes básicos de la desensibilización sistemática son; 1. Entrenamiento en una técnica de relajación, 2. Elaboración de una jerarquía de situaciones que provocan en el sujeto la respuesta de ansiedad, 3. Exposición del sujeto, utilizando la imaginación, a cada una de las situaciones de la jerarquía.

El resultado de este entrenamiento es la producción de un contra condicionamiento, que dará como resultado que el sujeto deje de experimentar ansiedad, por efecto de la relajación muscular, que resulta ser una respuesta incompatible con la ansiedad.

Intervención - antecedentes históricos

En este sentido, una gran diversidad de investigaciones han establecido que muchos hábitos en contra de la salud (por ejemplo, fumar, beber, comer en exceso) se establecen en algunas personas como respuesta de afrontamiento ante situaciones que producen ansiedad. Por tanto, la desensibilización sistemática se propone como procedimiento que puede crear la respuesta de relajación para sustituir hábitos en contra de la salud, como los señalados.

✓ Condicionamiento Operante.

Las bases de este procedimiento proceden de los trabajos pioneros de L. Thorndike y B. F. Skinner, cuyo principio fundamental es el reforzamiento. Dicho procedimiento consiste en la manipulación de las contingencias ambientales, con el objetivo de incrementar o disminuir la frecuencia de conductas (McGuigan, 1976).

El supuesto básico en la aplicación de este procedimiento, es que muchos hábitos en contra de la salud son adquiridos y mantenidos por procedimientos operantes.

Dentro de los procedimientos del condicionamiento operante, adquieren especial relevancia los procesos de moldeamiento y el control de estímulos. El primero de ellos, está dirigido a conseguir una respuesta deseada, a través del reforzamiento sucesivo de respuestas aproximadas, originando con ello, la aparición de una conducta nueva no existente en el repertorio conductual del sujeto. La técnica de control de estímulos, supone que la ocurrencia de una respuesta se produce junto con la presencia de otros estímulos, de tal manera que en una nueva situación en la que aparezcan estos estímulos el sujeto presentará una tendencia a emitir la misma respuesta. Estos estímulos presentes adquieren la función de estímulos discriminativos, que se asocian a la consecuencia reforzante que originalmente mantiene la conducta.

Luego entonces, tanto el moldeamiento como el control de estímulos, se han utilizado, combinadas con otras técnicas, como componentes de programas orientados hacia la modificación de hábitos en contra la salud.

Intervención - antecedentes históricos✓ **Intervenciones cognitivas.**

Ellis (1962) y Beck (1976), introdujeron las intervenciones cognitivas que actualmente forman parte de muchos programas orientados hacia la modificación de conducta y estas mismas han sido ampliamente aplicados en el campo de la salud. Las intervenciones cognitivas tienen tres principios básicos a saber: 1. Toda conducta humana esta mediada por variables cognitivas. De tal forma que todos los acontecimientos medioambientales se ven acompañados de una valoración de tipo cognitivo, 2. Los procesos cognitivos determinan la forma en que el individuo percibe la realidad y el lugar que ocupa dentro de la misma. En este sentido, cuando existen distorsiones cognitivas de esta realidad, es muy probable que se originen muchos hábitos desadaptativos, 3. La comprensión y rectificación de las distorsiones en los pensamientos y en las atribuciones, son el blanco de las intervenciones de este tipo.

En correspondencia con los tres principios de las intervenciones cognitivas, es necesario subrayar la coincidencia existente entre ellas y el modelo de creencias de salud, señalado en el punto 2, como un elemento importante que determina la utilidad de estas estrategias de intervención en la modificación de hábitos en contra de la salud. Lo anterior, también, encuentra eco en lo señalado por Meichenbaum (1977) en el sentido de haber considerado como un factor importante en el control de la conducta a los pensamientos, imágenes mentales y monólogos internos.

La propuesta de estas intervenciones entonces, se realiza bajo el supuesto de que la modificación de los patrones cognitivos de los sujetos, tiene como consecuencia, niveles apropiados de motivación para el cambio y el logro y mantenimiento de cambios en los hábitos de salud por un tiempo aceptable.

Dentro de este tipo de intervenciones se encuentran las técnicas de condicionamiento encubierto introducidas por Cautela (1967) y dirigidas hacia la modificación de conducta. El procedimiento implica la presentación imaginaria de estímulos antecedentes, conductas y estímulos consecuentes, bajo la aceptación de dos postulados básicos; 1. Que los estímulos encubiertos responden a las mismas leyes que los estímulos manifiestos y 2. Que las conductas encubiertas influyen previsiblemente sobre las conductas

Psicología de la salud

manifiestas. Ejemplos de su aplicación para la modificación de hábitos en contra de la salud, son las intervenciones llevadas a cabo en problemas como el fumar, el alcoholismo y la obesidad.

Finalmente, dentro de esta perspectiva, es necesario referirse a la aplicación de combinaciones de técnicas cognitivo conductuales orientadas hacia la modificación de hábitos contra la salud. Esto ha sido realizado bajo las propuestas de Lazarus (1971), que han sido denominadas como terapia multimodal.

3.3.2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

La psicología en la salud es un campo de aplicación relativamente reciente. En ella las características psicológicas y de la conducta son relevantes en el tratamiento o rehabilitación de enfermedades, en su prevención y en la promoción de la salud. (Fernández, op cit.).

En este campo el psicólogo centra su interés en el ámbito de problemas de salud, especialmente, físicos y orgánicos, con el objetivo de prevenir su ocurrencia o una vez ocurridos rehabilitar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la psicología, tomando en cuenta la conducta y las causas biológicas y sociales, como determinantes de la salud y de la enfermedad.

Matarazzo y Weiss (op cit.) se refieren a la psicología de la salud como un conjunto de aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud: en la prevención y tratamiento de la enfermedad y el diagnóstico de la salud, en la identificación de los correlatos etiológicos de la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Esta aplicación es interdisciplinaria y comparte acciones con especialidades médicas, tratando de acercarse al ideal de salud. El psicólogo en esta aplicación se encuentra implicado en el estudio de procesos afectados por la enfermedad física que alteran la relación de las personas consigo mismo y con su entorno. Debe trabajar en la vigilancia de la salud del individuo y de la comunidad en aspectos como:

Psicología de la salud

- Prevención; que contribuya a una buena relación del individuo consigo mismo, con su entorno y a un diálogo eficaz de sus mundos (interno y externo).
- Atención individual y comunitaria
- Seguimiento de procesos individuales y colectivos afectados en su salud. Interviniendo en la mejora de la calidad de vida.
- Vigilancia en todo el proceso vital de la población de manera que ningún grupo de edad ni colectivo social queden excluidos de la atención necesaria (Martínez, op cit.)

Para lograr lo anterior requiere llevar acciones como:

- ✓ Investigar acerca de las relaciones existentes entre la personalidad y susceptibilidad a la enfermedad o la habilidad para afrontarla.
- ✓ Diseños educativos para facilitar el afrontamiento de las enfermedades.
- ✓ Trabajo con organizaciones de cuidado de la salud para asistirlos en la definición de sus objetivos y la evaluación de los éxitos.
- ✓ Análisis de políticas alternativas en la provisión de la salud.
- ✓ Orientación y educación a las familias.

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, la atención a pacientes con diabetes mellitus se utilizan métodos y técnicas didácticas que han sido documentadas en diversos estudios. A continuación se presentan algunas formas de intervención, cabe aclarar que no son las únicas formas de tratamiento, se presentan con el objetivo de comprender al mayor número de ellas que han sido usadas en el cuidado de la salud en pacientes con diabetes.

En el tratamiento integral del paciente con diabetes no existe un procedimiento específico, la atención que se deberá proporcionar depende básicamente de las necesidades del paciente. En las aplicaciones que se presentan se combinan la selección de técnicas y métodos de intervención de acuerdo a cada situación específica. El objetivo final y común es lograr que la situación sea cálida, significativa para el paciente, que sea útil y favorable en el afrontamiento de su enfermedad y sobre todo para facilitar la adhesión al tratamiento médico prolongado (Cox y Gonder, 1991; Lerman, 1994; Maldonado y Bloise, 1995).

- Asesoría Específica.

Este procedimiento tiene como objetivo lograr una relación de trabajo fuerte y duradera entre el paciente y el personal de salud, que permita un buen control de los niveles de glucosa y facilite la adhesión al tratamiento. En muchos casos se realiza en forma individual, requiere de una considerable cantidad de tiempo y preferentemente de un equipo de trabajo multidisciplinario.

Reacciones como el temor, la negación, la incredulidad e indiferencia ante la enfermedad, son debidas a creencias del paciente a su enfermedad, este distanciamiento dificulta la adopción de nuevas conductas. Durante la entrevista con el paciente se deben aclarar expectativas de curación, situaciones independientes que se suman a la enfermedad y que producen estrés, falta de confianza del paciente en que el plan terapéutico mejorara el control de la glucosa, problemas psiquiátricos relacionados con la diabetes, aparición de complicaciones. Todas estas posibilidades deben abordarse para facilitar el tratamiento y adherencia al tratamiento.

A través de la asesoría individual se pretende reducir sentimientos de fracaso, desesperación y de resentimiento que el paciente presente ante dificultades. Al facilitar una relación positiva entre médico y paciente se crea un ambiente cálido y de cordialidad que permite la expresión de dudas, expectativas y sentimientos. Así se hace factible la recepción de información de apoyo y orientación para disminuir riesgos, para estimular el mantenimiento de la salud y de una buena calidad de vida (Aguilar, 1990).

La orientación debe estar enfocada también al control metabólico, además de dirigirse a disminuir estados de ansiedad o depresión, educando al paciente en la detección temprana de posibles daños para se encuentre en mejor disposición para observar síntomas y llevar a cabo indicaciones médicas. El éxito en el plan terapéutico aumenta el sentimiento de valerse por sí mismo y la auto estima.

El auto monitoreo es una técnica que consiste en registrar conductas de interés en sus cualidades previamente solicitadas o en frecuencia, sirve de apoyo al cambio conductual, ya que permite al paciente darse cuenta de las actividades que registra en determinado tiempo analizando cómo las lleva a cabo. Sirve como apoyo para la enseñanza

Psicología de la salud

de actividades como la medición de glucosa, aplicación de insulina, seguimiento de dietas y control de peso. Tiene valor limitado en tratamientos prolongados, en su uso se requiere la supervisión médica, ya que es él quien valora la calidad del cumplimiento y toma las medidas necesarias a partir de la información que proporciona le paciente.

Esta técnica sirve para reforzar el logro de las actividades llevadas a cabo para vigilar la salud; consecuentemente los pacientes están mas dispuestos a vigilar su estado mediante registros ya que han seguido su régimen, obviamente este registro debe ser claro, preciso y contener la información básica de apoyo en el proceso de aprendizaje de una nueva conducta (Meichenbaum y Turk, 1991).

Ya que el control del índice de glucosa es necesario para tener mejores pronósticos de salud, el auto monitoreo resulta ser una técnica indicada para llevarla a cabo por el paciente.

Algunas de las cuestiones que han tenido relevancia en esta técnica son:

- ✓ Proporcionar instrucciones precisas de tareas o pequeños pasos de acuerdo a situaciones y necesidades de cada paciente. Mediante registros hacer cumplir y vigilar las indicaciones médicas y señalar el cumplimiento de pequeños objetivos.
- ✓ Capacitar al paciente mediante destrezas tales como la medición rápida de glucosa en casa, en la detección de síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia.
- ✓ Detectar y solucionar pequeños problemas respecto a la alimentación, ejercicio y situaciones de la vida diaria que requieran ajuste.

Esta forma de intervención puede complementarse con información precisa para el paciente; el médico tiene un papel muy importante para enfocar la realización de actividades necesarias explicando su importancia, el paciente es considerado como una persona responsable e interesada en el cuidado de la salud. Para controlar su enfermedad es necesario que el paciente adquiera conocimientos y destrezas que sirvan como medidas preventivas y de cuidado. Revisar con el paciente los registros, hacerle notar sus fallas y aciertos en el seguimiento de su tratamiento médico e interesarlo y

Psicología de la salud

motivarlo en continuar con su régimen, son muestras de atención y resultan elementos de gran utilidad.

El auto monitoreo es una propuesta de interés tanto para la investigación como para la aplicación, no únicamente en el tratamiento de la diabetes mellitus, sino también en el de otras enfermedades (Fernández_Ríos, op cit.; Meichenbaum y Turk, op cit.).

- Control de Peso y Modificación de Hábitos Alimenticios.

El sobre peso es una característica que se asocia con la diabetes mellitus, tal condición contribuye a la resistencia a la insulina, por esta razón la reducción de peso es un factor que puede contribuir a normalizar el metabolismo de glucosa (Aguilar, op cit.; Goreczny, 1995).

El manejo de trastornos de la alimentación sirve como referencia para el tratamiento de pacientes obesos, aún cuando la obesidad no signifique diabetes, el tratamiento para la obesidad puede ser una alternativa de apoyo para el tratamiento médico.

El uso de técnicas conductuales tiene el objetivo de apoyar la decisión del paciente para disminuir y controlar el peso adecuado, interviniendo un equipo multidisciplinario. La vigilancia sobre la ingestión de calorías favorece el control de peso. Otros tratamientos tienen la función de educar al paciente para mejorar su alimentación y conservar un peso cercano al recomendable (Aguilar, op cit.).

La terapia cognitivo-conductual sugiere que los conocimientos y las creencias influyen en el comportamiento de una manera predecible. Al cambiar las creencias negativas se cambia también el resultado conductual. Los pensamientos sobrevalorados acerca del peso, la comida, la dieta y la idealización de la delgadez llevan a la perpetuación de respuestas como extremas medidas dietéticas y al abuso de sustancias. La conducta y las creencias afectan significativamente la autoestima y potencialmente pueden llevar a un detrimento del estado psicológico de la persona (Holtz y Tena-Suk, 1995).

Psicología de la salud

Mediante el auto monitoreo se puede buscar incrementar la conciencia de patrones alimentarios. Al analizar antecedentes conductuales incluyendo factores sociales, emocionales, cognitivos y fisiológicos, que tienen que ver con el desarrollo de trastornos de alimentación. Al analizar que alimentos desencadenan patrones de comer en grandes cantidades, el significado de los alimentos, patrones de alimentación, tiempos y lugares; se busca crear respuestas alternativas que rompan o impidan cadenas de respuestas inapropiadas, procurando que ocurra un aprendizaje en la manipulación de consecuencias y en el reforzamiento de hábitos alimenticios adaptativos.

Es necesario mayor investigación sobre los trastornos de la alimentación en pacientes diabéticos, sin embargo, hasta el momento se ha observado el predominio de factores de metabolismo, endocrinos y de origen genético. La psicofarmacología se ha utilizado en el tratamiento de trastornos alimentarios. La terapia de grupo se ha aplicado como una forma de intervención clínica. La psicoterapia tiene la función de apoyar expresión de sentimientos y dificultades, así como apoyar el control de peso corporal.

En el análisis de las creencias que tiene el grupo se confrontan aquellas creencias que no son adaptativas como las ideas acerca de la comida, (barriga llena corazón contento), el peso (una tortilla no es ninguna), la figura corporal (soy incapaz de controlar mi peso) y del concepto de sí mismo (soy gordo y nada cambiará).

- Control de Estrés.

Existen diferentes puntos de vista que conceptualizan el término estrés. Desde el punto de vista de la física, estrés designa una fuerza que actúa sobre un objeto y que al rebasar una determinada medida conduce a la deformación o a la destrucción de ese objeto o sistema. En el ser humano estrés designa el peligro que amenaza al bienestar. El organismo intenta ajustarse a esas condiciones del medio ambiente y actuar contra esa influencia perniciosa mediante la actividad o al huir de ella.

Psicología de la salud

El estrés es un estado del organismo cuando este percibe que su bienestar está en peligro y por ello debe dedicar toda su energía a su protección. Se inicia ante cualquier elemento capaz de producir cambios en respuesta al estímulo: representa una respuesta de preparación y acción del organismo para afrontar la emergencia que amenaza con alterar el estado de equilibrio biológico.

Lazarus y Folkman (1986) conceptualizan el estrés como una relación particular entre un individuo y el entorno cuando este es evaluado como amenazante o desbordante de recursos y que pone en peligro el bienestar.

Desde este punto de vista estrés queda definido como un estado de activación automática y neuroendocrina (córtico-suprarrenal) de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo con cognición de indefensión e inhibición inmunológica y conductual. Esta definición toma en cuenta aspectos del ambiente, así como la esfera cognoscitiva (Snyder, 1989).

El estrés se produce cuando en el organismo se da una activación mayor de la que es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento. El estrés representa la incapacidad para mantener niveles óptimos de rendimiento, implica un fracaso adaptativo ante un exceso de activación y tiene repercusiones emocionales.

Interviene tanto un estímulo como la interpretación dada a la situación. Dicha reacción tiene que ver con la forma en que impacte tal estímulo en el organismo, es decir, la demanda en el medio, así como las posibilidades de afrontarlos, los recursos y estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, op cit.).

Una reacción fisiológica inmediata al estrés incluye la producción de glucosa la cual sirve como combustible. Durante la fase de alerta se produce una reacción súbita de los sistemas que integran la defensa o el ataque. Durante la fase de resistencia estos mecanismos se encuentran en su fase máxima de acción como una forma de adaptación y en un grado mayor de eficiencia. En la fase de agotamiento disminuyen estos recursos adaptativos y la persona se vuelve vulnerable al carecer de defensas (Gunther, 1986).

Psicología de la salud

El estrés produce un exceso de actividad simpática, a través de nervios adrenérgicos produce inhibición de la secreción aguda de insulina lo cual altera la tolerancia a la glucosa. Durante el estrés hay hipersecreción de glucocorticoides, que son antagónicos de la insulina y causa hiperglucemia, aunque es necesario que la situación de estrés se mantuviera por varios días para agotar las reservas de insulina y de la capacidad del páncreas para secretar insulina; el estrés se considera un factor que eleva niveles de glucosa en la diabetes (Nava, op cit.).

El malestar resultante ante una enfermedad no sólo es somático, también existe un malestar psicológico. La enfermedad física puede crear ansiedad, es decir, una alteración del estado emocional secundario a temores e incertidumbre ante la misma enfermedad, o ante la posibilidad de invalidez o muerte (Matarazzo y Weiss, op cit.; Goreczny, op cit.).

Cuando el individuo se enferma está más atento sobre su cuerpo, necesita ocuparse más de sí mismo y es más sensible. Por lo general la enfermedad obliga a un estado de dependencia en el sentido material y emocional, ya que en su recuperación se requiere de ayuda externa, éstas son situaciones de estrés que pueden afectar el desarrollo o agravamiento de una enfermedad.

Cuando la enfermedad es grave o crónica el auto concepto puede verse afectado, la persona que es consciente de que no era tan fuerte como pensaba, puede sentirse castigada, derrotada, minimizada o sentir soledad, pero también puede suceder que se fortalezca demostrando habilidades de afrontamiento.

Puesto que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica, demanda un seguimiento médico continuo y educativo con el fin de evitar complicaciones; el paciente y su familia tienen la necesidad de aceptar el tratamiento requerido, así como las medidas de prevención y cuidado de la salud necesarias.

La relajación, el entrenamiento en solución de problemas y el auto control de la conducta voluntaria, son técnicas que sirven para la disminución del estrés, no se espera que el paciente diabético responda ante el diagnóstico como un evento de pérdida o amenaza o catástrofe, sino que logre la adaptación rápida y más favorable. Los objetivos son; reducir las condiciones ambientales que dañan, aumentar la

Psicología de la salud

tolerancia y ajuste a eventos y realidades, mantener una auto imagen positiva, el equilibrio emocional, y relaciones satisfactorias con los demás, estos son resultados que se espera lograr en el tratamiento del paciente diabético.

El auto monitoreo para el control de la glucosa y el entrenamiento en relajación pueden ser útiles para prevenir episodios de hiperglucemia al reducir la actividad del sistema nervioso simpático. El entrenamiento para el manejo del estrés, utilizando la bioretroalimentación, permite al paciente mayor tranquilidad para vigilar el índice de glucosa en sangre, le prepara para tener una mejor calidad de vida, así también previene posibles elevaciones de glucosa como consecuencia de posibles episodios de estrés. Incluir la relajación es útil para reducir la glucosa sanguínea y los días necesarios de hospitalización en pacientes con complicaciones médicas (Birgitta, Rusell, Allan y Madison, 1992).

Henry, Wilson, Bruce, Chisholm y Rawling (1997), evaluaron la eficacia de un programa de entrenamiento cognitivo conductual en el manejo del estrés y su relación con glucosa en 19 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mediante la relajación muscular progresiva y entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivo. Los resultados tuvieron efectos significativos en la disminución del estrés. Los resultados de la medición de hemoglobina glucocidada tuvieron la dirección esperada (disminuyeron) pero tuvieron menos significancia estadística.

- Intervención en grupos.

La terapia de grupo es un medio de apoyo para el paciente con el objetivo de facilitar el afrontamiento de enfermedades crónicas. Permite proporcionar al paciente un espacio que sirva para expresión de sentimientos y como una fuente de información para aprender técnicas de cuidado y mantenimiento de la salud (Yalom, 1975)

Permite, además, ejercer presión entre los integrantes e influenciar positivamente para el cambio de actitudes, valores o conductas. Participar en un grupo proporciona fortaleza y permite que se experimente un contagio e intensificación de emociones. Se recomienda para personas con negación, baja motivación, dificultad de socialización y somatización.

Psicología de la salud

La experiencia de participar en un grupo facilita la identificación con los integrantes, crea la sensación de conexión positiva con los demás y permite al paciente observar como otras personas enfrentan la misma enfermedad; lo que sirve como motivación para adueñarse de su tratamiento y participar activamente para la mejoría de la salud.

El paciente con enfermedades físicas acude a terapia al sentirse frustrado o asustado ante la incapacidad para mejorar. Los aspectos educativos como los emocionales sirven para enseñar a aceptar que se tiene alguna enfermedad y en causar la disposición para cuidarse.

El grupo facilita la catarsis con relación al hecho de estar enfermo, al apropiarse de su enfermedad el paciente tiene la oportunidad de enfocar su atención a la evolución de su enfermedad y favorecer la expresión de sentimientos con relación a su estado de salud, haciendo factible que el enfermo acepte su situación y sea consciente de las limitaciones en que se encuentra, permitiendo disipar sus temores para reorganizar su vida y lograr mayor fortaleza.

Los pacientes con diabetes que han participado en grupos han mejorado el mantenimiento de sus niveles de glucosa, mejorando también la aceptación de su enfermedad y su adaptación. Pacientes en diferentes fases de degeneración visual que asistieron a terapias de grupo, mostraron mejor adaptación a la pérdida de la visión.

La alternativa grupal permite a cada paciente la interacción entre personas que comparten una dificultad, donde se aprende tanto de la experiencia de otros como de la propia, permitiendo anticiparse a problemas que serían más difíciles de enfrentar sin el apoyo necesario y aún cuando el médico pudiera proporcionar esta atención, el apoyo grupal representa una opción para reforzar la adherencia al tratamiento.

Al inicio lo más importante para un paciente es recibir información sobre su enfermedad, posteriormente la importancia de factores curativos puede cambiar para dar mas importancia a la vida emocional.

Psicología de la salud

La formación de un grupo abre campo para abordar un problema específico donde la experiencia de cada uno dará pautas de solución, o de precaución, permitiendo anticiparse a la situación de conflicto, ampliando la perspectiva individual enriquecida en la interacción y dinámica grupal, más aún cuando se tiene en el grupo el apoyo de una persona experta que facilite la participación grupal.

La participación dentro de un grupo tiene la finalidad de motivar al paciente a experimentar y modificar hábitos que ponen en riesgo el control de la glucosa en el paciente con diabetes y como objetivo final evitar situaciones que a futuro pueden representar estrés o motivo de depresión, el grupo apoya al paciente en la realización de estos objetivos.

La terapia de grupo para enfermos crónicos hace posible obtener apoyo social para afrontar la enfermedad, ya que sentirse enfermo también tiene consecuencias emocionales como sentir que se pierde el control sobre la propia vida; los pacientes pueden sentirse marginados, vulnerables, con incertidumbre sobre el futuro y el avance de su enfermedad, con desesperanza.

La terapia de grupo se ha aplicado como una forma de intervención clínica. La psicoterapia tiene la función de apoyar la expresión de sentimientos y dificultades (Holtz y Tena-Suck, op cit.; Yalom, op cit.).

- Educación para la Salud.

La educación para la salud es una rama especializada de la salud pública que se apoya en conocimientos de psicología social, antropología y sociología.

Puede definirse como la preparación permanente del individuo para conocer su organismo desde el punto de vista físico, mental y social y su ambiente de vida desde su aspecto ecológico y social, con el objeto de saber vivir en salud (protección, prevención, curación) y de participar en la comunidad en la protección de la salud colectiva (San Martín, 1988).

Psicología de la salud

Para la Organización Mundial de la Salud, la educación para la salud es el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de salud.

Educar al paciente sirve para incrementar destrezas y motivación en el afrontamiento y seguimiento de los procedimientos terapéuticos de la medicina, la educación para el auto cuidado en forma individual o en grupo sirve de apoyo para enseñar al paciente la observación de signos precoces de su enfermedad y para el control de necesidades educativas de salud, puede darse en el ámbito escolar, laboral o comunitario, para aportar conocimientos básicos en el manejo de las conductas de salud.

Green (1984) propuso la ampliación del campo de la educación para la salud sumando las siguientes cuatro áreas de intervención:

- ✓ La educación del paciente refiriéndose al incremento de destrezas y motivación en el afrontamiento y seguimiento de los procedimientos terapéuticos de la medicina.
- ✓ Educación en el auto cuidado, que es el entrenamiento de individuos o grupos, enfermos o sanos, en la detección de signos precoces de enfermedad y en el control de sus necesidades de salud.
- ✓ Educación para la salud en el ámbito escolar laboral y comunitario, como estrategia para aportar conocimientos básicos para el propio cuidado de conductas de salud.
- ✓ Promoción de la salud que se refiere a la educación de la salud regulada por los sistemas institucionales en la promoción de las conductas de salud entre la población en general. (Buéla- Casal, et al. Op cit.).

Para lograr el control metabólico de la glucosa es necesario llevar a cabo acciones sobre la alimentación, la medicación y el ejercicio físico. El equipo de salud debe preocuparse por desarrollar confianza, formar una relación de trabajo, aliarse con el paciente y reconocer que el paciente tiene ideas irracionales y a menudo inconscientes que forman una barrera para llevar a cabo las indicaciones médicas.

Psicología de la salud

Lerman (1994) sugiere tres niveles de educación para los pacientes diabéticos:

- Educación inicial o de supervivencia. Debe ser proporcionada al paciente y a su familia desde el momento mismo en que se confirma el diagnóstico. Se lleva a cabo de acuerdo a las necesidades inmediatas del paciente y debe cubrir en mayor o menor extensión los tópicos siguientes:
 1. Causas que originan la deficiencia de insulina y las diferencias entre diabetes tipo 1 y 2.
 2. La necesidad de una terapéutica permanente.
 3. La importancia de una dieta como elemento clave en el tratamiento del paciente no insulino dependiente.
 4. El conocimiento de las complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis) incluyendo su identificación, prevención y tratamiento.
 5. La enseñanza de la auto vigilancia de la glucemia y de la medición de cuerpos cetónicos en orina.

- Educación intermedia o de profundidad. Se considera oportuno iniciarla después de tres o cuatro semanas de establecido el diagnóstico cuando el paciente ya ha iniciado su tratamiento y su régimen de dieta.

En esta fase se refuerza y complementa el conocimiento de los temas básicos y se enfatiza la importancia del control glucémico en la aparición de complicaciones tardías.

- Educación Continua. El tercer nivel comprende la revisión y refuerzo periódico de habilidades y conceptos básicos, con la finalidad de adquirir los conocimientos actualizados acordes con las necesidades de cada paciente.

Psicología de la salud

La educación para el paciente con diabetes incluye una variedad muy extensa de actividades como conferencias, pláticas, películas o lecturas. En grupos se puede organizar reuniones para lectura dirigida con el fin de permitir la participación de todos los miembros del grupo.

La educación del paciente con diabetes evalúa mediante la estimación de conocimientos teóricos, la eficiencia en la práctica de habilidades y destrezas, las actitudes hacia el estado de salud y el nivel de control clínico y bioquímico de la enfermedad.

El papel del psicólogo es muy importante para facilitar la adopción de mejores estilos de vida en el paciente para que acepte de manera más fácil la importancia de su participación en la vigilancia de la salud, evitarle estrés y en lo que respecta a enseñar técnicas de auto cuidado como medida de apoyo; más aún cuando el paciente tiene poco tiempo de ser diagnosticado y le es difícil afrontar su situación ya que esta es una enfermedad que no se cura. El paciente con diabetes tendrá que aceptar su propia responsabilidad para cuidar su nivel de salud y evitar complicaciones, lo cual le será más fácil si expresa sentimientos, temores, o malos entendidos acerca de su enfermedad y aprende a afrontar con confianza el cuidado de la salud.

- Auto cuidado.

En los últimos años se ha otorgado mayor prioridad a la promoción de la salud que consiste en proveer a las comunidades de los medios necesarios para mejorar la salud ya que esta es una dimensión fundamental de la calidad de vida, es riqueza de la vida cotidiana, un recurso para el progreso personal económico y social.

La adopción del auto cuidado como una estrategia, armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción de la salud en términos del desarrollo de aptitudes personales y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud.

El auto cuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud y las decisiones de utilizar tanto los sistemas formales de salud como los informales.

Psicología de la salud

Esta alternativa se incorpora a la atención integral de la población a través de un proceso educativo. Son actividades de auto cuidado de la salud la actividad física regular, la vigilancia de la tensión arterial, exámenes ginecológicos periódicos, la asistencia a citas de salud, la ingestión de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, el control de la glucosa, y el cumplimiento de dietas específicas, etc.

Se incluyen actividades referidas a la promoción y fomento de la salud, modificación de estilos de vida perjudiciales, disminución de factores de riesgo, y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud y la rehabilitación. El auto cuidado incluye conductas de carácter social, afectivo y psicológico.

De acuerdo con Nebot(1989)el auto cuidado es la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar. El auto cuidado es una actividad que realiza una persona madura con el fin de cuidarse a sí mismo en el ámbito en donde se desenvuelve; son las conductas que se aprenden y surgen de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales. El personal de salud es considerado como agente facilitador del auto cuidado. Este cuidado de la salud forma parte del patrimonio cultural de las comunidades en la protección y conservación de la salud.

- Adherencia al tratamiento.

El paciente diabético inicialmente deberá aceptar que tiene un trastorno del metabolismo y también la importancia de su participación para lograr un mejor bienestar físico y psicológico, necesita manejar adecuadamente índices metabólicos y prevenir en lo posible secuelas de la diabetes.

La participación del paciente facilita la puesta en práctica de los comportamientos recomendados que incluyen; el tomar parte y dar continuidad a un plan de tratamiento, mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a revisiones, tomar medicamentos como son prescritos, modificar el estilo de vida en áreas de alimentación, ejercicio y manejo de estrés, realizar correctamente el régimen domiciliario y evitar comportamientos de riesgo.

Psicología de la salud

El término adhesión (adherente) denota un compromiso de colaboración activa y con intención del paciente, implica un curso de conducta mutuamente aceptado con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado.

Meichenbaum y Tutk (op cit.) identifican a la adhesión como el grado en que una conducta coincide con la indicación médica o de la salud. Por ejemplo, tomar un medicamento o seguir una dieta.

En este capítulo sólo se refiere a la adherencia al tratamiento como una estrategia más que se ha desarrollado bajo el amparo de la psicología de la salud, como un elemento más que puede contribuir al logro del control glucémico del paciente diabético.

El siguiente capítulo está dedicado en forma exclusiva a revisar el concepto y la investigación realizada sobre el mismo, así como al establecimiento de los elementos que pudieran tomarse en cuenta para proponer la incorporación de esta estrategia combinada con el concepto de apoyo social familiar en el tratamiento de pacientes diabéticos en instituciones de seguridad médica social en el país.

4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

En cualquier tratamiento o terapia y principalmente en los de padecimientos físicos crónicos, como la diabetes, el incumplimiento y abandono o deserción de los pacientes es un grave problema social, familiar e individual (Sousa, 1987). La incapacidad del paciente para adherirse a un régimen de tratamiento es un problema de importancia universal en todos los niveles y especialidades de atención a la salud.

El concepto de adherencia ha sido definido por varios autores. Por ejemplo, Puente -Silva (1985) lo define como un proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta; Domínguez (1984; citado en Sousa, op cit.) considera que es la implementación completa de las instrucciones terapéuticas; Ulmer (1978; citado por Sousa, op cit.) se refiere al cumplimiento del paciente en lo que respecta a las órdenes del médico; Ruiz de Chávez (1984; citado en Sousa, op cit.) lo refiere como el grado en que el paciente cumple con la totalidad del esquema prescrito. Meichenbaum (citado por Rodríguez, 1999) considera a la adherencia como el grado en que una conducta, en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida, coincide con la indicación médica o de la salud. Sin duda, la adherencia implica un papel activo, voluntario y de colaboración en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente y comprende varias conductas:

- ✓ Difusión y mantenimiento de un programa de tratamiento.
- ✓ Asistencia a citas de seguimiento.
- ✓ Uso correcto de la medicación prescrita.
- ✓ Realización de cambios apropiados en el estilo de vida (en el caso de la diabetes: dieta, toma de medicamentos, ejercicio, monitoreo de glucosa. etc.).
- ✓ Evitación de conductas contraindicadas.

Adherencia al tratamiento

En el trabajo reportado por Rodríguez (1999) y realizado por Michelbaum sobre adherencia, con pacientes con diagnóstico reciente se señala que durante cada etapa del cuidado médico, la adherencia juega un papel importante. Los resultados de este estudio así lo demuestran, ya que del 20 al 50 % de los pacientes no asistieron a sus citas programadas. Entre los que asistieron a sus consultas del 20 al 60% a quienes se les prescribió medicamento descontinuaron su uso antes de que recibieran la indicación; del 15 al 74% no siguió el régimen de instrucciones; del 25 al 60% tuvieron equivocaciones en la auto administración del mismo y un 35% de estos errores fueron suficientes para poner en riesgo la vida del paciente. Del total de pacientes, entre 30 y 40% fallaron en el seguimiento de regímenes preventivos y de un 20 a un 30% fallaron en el seguimiento de regímenes médicos curativos. En la misma forma, cuando se prescribieron medicamentos a largo plazo, el 50% de los pacientes falló en la adherencia en un período de 6 meses a tres años.

No apearse al programa o tratamiento repercute en pérdidas personales, familiares y sociales. El costo de los servicios se eleva si son utilizados en forma inadecuada, al prolongarse el tratamiento o debido también a las recaídas constantes (Gilardi, 1991). Está perfectamente documentado que los pacientes en muchas ocasiones no siguen sus programas terapéuticos y es necesario preguntarse si la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento en forma adecuada recae solamente en ellos. Existe un consenso en la actualidad, sobre la realidad de que el incumplimiento del tratamiento o la falta de adherencia puede ser explicado por factores particulares en el ambiente del cuidado de la salud que hacen difícil la comunicación efectiva entre el profesional y el paciente; además, el hecho de que una enfermedad sea asintomática o no, la actitud de médico y personal paramédico, el nivel educativo del paciente, el diagnóstico adecuado, el apoyo social familiar, etc., determinan que se presente o no el problema (Sousa, op cit.).

Rodríguez (op cit.) proporciona una lista de factores que influyen en la falta de adherencia:

- ✓ El uso de términos médicos que los profesionales de la salud usan cuando hablan con los pacientes y que éstos no comprenden bien.

Adherencia al tratamiento

- ✓ El poco tiempo (2 minutos aprox.) que el médico dedica para dar información al paciente durante una consulta regular de aproximadamente 20 minutos.
- ✓ La insatisfacción de los pacientes con la interacción con su médico.
- ✓ La subestimación que el médico realiza sobre la necesidad que el paciente tiene por obtener información relacionada con su condición.
- ✓ La percepción del paciente sobre la falta de atención e interés de su médico

Una gran cantidad de contribuciones sobre el tema de adherencia al tratamiento se han realizado en el campo de la medicina general. Sin embargo, en este mismo campo, existe el reconocimiento de la participación de un componente psicológico importante que produce la falta de cumplimiento al tratamiento. Se han identificado algunos factores psicológicos que influyen en la no adherencia al tratamiento como por ejemplo, la idea que tenga el paciente sobre su padecimiento, las reacciones emocionales, y sus hábitos. De hecho se ha tratado de documentar la influencia de aspectos psicológicos inconscientes como por ejemplo algunos mecanismos de defensa (Sousa, op cit.). La severidad de los síntomas hace o no posible al sujeto negar su enfermedad; el grado de limitación de los síntomas propicia el reconocimiento de la enfermedad y el manejo de la misma (Gilardi, op cit.).

Ruiz de Chávez (1984; citado en Rodríguez y Montiel, 1986) señala variables o factores de riesgo cuya presencia afectan la conducta del apaciente hacia el esquema terapéutico. Los factores se agrupan en tres categorías:

- Inherentes al Paciente.
 - ✓ Psicológicos; percepción de la condición psicológica, carácter, actitudes, conducta, niveles de ansiedad, etc.
 - ✓ Socio-económicos; nivel educativo, creencias, valores, ingresos, etc.

Adherencia al tratamiento

- ✓ Fisiológicos; cronicidad, complicaciones, gravedad, tipo de manifestaciones clínicas del padecimiento, etc.
- Del esquema terapéutico y de la relación médico-paciente.
 - ✓ Duración del tratamiento.
 - ✓ Número y frecuencia de dosis de medicamento.
 - ✓ Indicaciones que pueden alterar el estilo de vida (dieta, actividad física, hábitos, etc.).
 - ✓ Efectos colaterales y gravedad de los mismos.
 - ✓ Satisfacción; a mayor satisfacción del paciente con el terapeuta, mayor cumplimiento.
 - ✓ Duración y continuidad en la relación terapeuta paciente, a mayor duración y continuidad mejor cumplimiento.
 - ✓ Actitud y comunicación del terapeuta; a una actitud abierta y comunicativa del terapeuta mayor probabilidad de adherencia.
- De la organización de los servicios de salud.
 - ✓ Recursos humanos.
 - ✓ Capacidad de instalaciones.
 - ✓ Naturaleza de los programas.
 - ✓ Nivel educativo, motivación y experiencia de los prestadores de servicios.
 - ✓ Grado de congruencia y adecuación de los programas de salud.
 - ✓ Accesibilidad de los usuarios a los servicios.
 - ✓ Modernización y eficacia de los sistemas administrativos.

Adherencia al tratamiento

En una dirección semejante Haynes y Sackett (1984; citados por Rodríguez y Montiel, 1986) clasifican a los factores de riesgo con carácter predictivo, en dos grupos; factores que aumentan la adherencia y factores que la disminuyen:

- Aumento de la adherencia.
 - ✓ Consideración y reconocimiento del paciente acerca de la gravedad de su padecimiento.
 - ✓ Grado de estabilidad Familiar.
 - ✓ Grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida.
 - ✓ Nivel de satisfacción con respecto a los resultados del tratamiento.
 - ✓ Supervisión cercana del médico y/o terapeuta.
- Disminución de la Adherencia.
 - ✓ Complejidad del tratamiento.
 - ✓ Grado requerido de cambio conductual.
 - ✓ Tiempo de espera para la consulta.

La adherencia al tratamiento sólo se logra cuando el paciente está motivado así como también las partes involucradas. El paciente debe estar consciente de la responsabilidad que debe tener sobre su salud. Por eso es necesario que se realice una evaluación cuidadosa de la capacidad del paciente para auto responsabilizarse de su tratamiento. El reconocimiento de la gravedad del padecimiento, sus implicaciones y la supervisión y apoyo de los miembros de la familia incrementan la adherencia al tratamiento. Afecta también, el grado de satisfacción con los resultados obtenidos ya que al percatarse de los beneficios, se incrementa el interés en continuar y mantener el tratamiento (Gilardi, op cit.).

Adherencia al tratamiento

El nivel de adherencia varía dependiendo del tratamiento. Las tasas más altas de adherencia se dan en los tratamientos con efectos directos sobre los síntomas de la enfermedad, programas de tratamiento con altos niveles de supervisión y monitoreos, y en condiciones de un ataque agudo. En contraste, las tasas más bajas de adherencia ocurren con pacientes que tiene desórdenes crónicos con molestias o riesgos no inmediatos, cuando se requieren cambios en el estilo de vida y cuando los resultados están en función de la prevención y no del alivio de los síntomas.

El peor o mejor control de la diabetes está supeditado, en la mayor parte de los casos, a que el diabético utilice bien la insulina o su medicamento oral, siga estrictamente el régimen dietético y el ejercicio físico prescrito y que se ajuste al estilo de vida aconsejado.

En un estudio realizado por Cerkoney y Hart en 1980 (citado por Rodríguez, op cit.) se encontró que sólo el 7 % de los pacientes diabéticos se adhieren a todas las recomendaciones necesarias para el adecuado control de la diabetes, que el 80% de ellos administró incorrectamente el medicamento, el 73% no siguió las instrucciones relacionadas con la dieta y el 50% no realizó los cuidados apropiados del pie.

Cuando las medidas encaminadas al auto cuidado, control alimenticio, régimen metabólico, ejercicio corporal, etc., se descuidan o se abandonan o voluntariamente se incumplen, la incapacidad para dominar sus consecuencias resulta obvia.

Polaino-Lorente (1994) proporciona las causas más frecuentes de descompensación diabética que pueden atribuirse a la falta de adherencia.

- ✓ Olvidos en la administración del medicamento.
- ✓ Excesos en la alimentación, especialmente carbohidratos.
- ✓ Monitoreo rutinario inadecuado.
- ✓ Hiperinsulinización crónica; desconocimiento de las sutiles hipoglucemias y de los rebotes.

Adherencia al tratamiento

- ✓ Aprendizaje pobre de las instrucciones debido a ineficaces e inadecuados métodos de enseñanza.
- ✓ Insuficiente comprensión de los contenidos de los programas y de los materiales.
- ✓ Falta de preparación para asimilar la información.
- ✓ Rápido olvido de lo aprendido.
- ✓ Interferencia en el aprendizaje, producida por el choque emocional del diagnóstico.

Los datos proporcionados por un estudio reportado por Polaino-Lorente (op cit.) indican que las conductas de adherencia se facilitan por el empleo de ciertas fuentes de ayuda o afrontamiento y el despliegue de otros repertorios subsidiarios. Dentro de estas fuentes de ayuda se encuentran las siguientes:

- ✓ La implicación de otros miembros de la familia en el diseño de una formula de responsabilidad compartida.
- ✓ Relacionarse con grupos de auto ayuda con el fin de manejar el estrés social que frecuentemente acompaña al diabético.
- ✓ La búsqueda necesaria de información a través del servicio médico o de fuentes de información diseñadas específicamente para diabéticos.
- ✓ El uso de recordatorios para las tareas que se programan en forma regular.
- ✓ La preplanificación sistemática de tareas familiares, en la que la presencia del diabético exija ciertos cambios.
- ✓ El entrenamiento en comportamiento asertivo, a fin de disminuir la presión social, en lugar de incrementar otras conductas no adaptativas como la de evitación o huida social de las situaciones conflictivas.
- ✓ La reorganización de ciertos hábitos familiares, como la sujeción de toda la familia a cierta dieta prudente, de manera que el estilo de alimentación no contraste drásticamente.

Barreras de adherencia al tratamiento**4.1. BARRERAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS.**

Masur y Anderson (1984) llevaron a cabo una revisión de diversos estudios, estableciendo diferentes proporciones en que los pacientes colaboran con las indicaciones médicas. La participación del paciente en su tratamiento médico varía en proporciones que van del 15 al 94%. Tomando en consideración el reporte de los médicos con respecto a la cantidad de sus pacientes que colaboran con el tratamiento, sólo el 42% de los médicos respondieron que casi todos sus pacientes seguían sus indicaciones, empero no todos los médicos tienen registros de esos datos. Estos autores concluyen que algunos pacientes siguen indicaciones incorrectamente o interrumpen su tratamiento y esta proporción no puede ser cuantificada con exactitud.

El afrontamiento y el curso de la Diabetes puede verse afectado por situaciones específicas o por condiciones continuas en las que el paciente esta expuesto a niveles de estrés asociados al impacto de la enfermedad o a las condiciones de vida del paciente (conflictos familiares o laborales).

Dentro del tratamiento médico están incluidas actividades como la realización de deporte, manejo de estrés y mejora de los hábitos alimenticios. Se ha observado que es más fácil seguir recomendaciones como la ingestión de medicamentos, que llevar a cabo actividades como vigilar el índice de glucosa, mantener la realización de ejercicios o la modificación de la dieta y controlar el peso, así como establecer una comunicación abierta con el médico y vigilar las posibles complicaciones de salud. Una dificultad conceptual, aún no superada en muchos estudios, es la realidad de que no todos los pacientes tienen un régimen específico a seguir, por ejemplo, cuando se considera la dieta o el ejercicio, no existe un estándar absoluto de estas variables (Glasgow, 1988).

Barreras de adherencia al tratamiento

Huxenbaugh (1996) encontró que en una muestra de 324 pacientes, 94 de ellos que cambiaron su tratamiento a insulina sólo el 23% tuvo una opinión de que era más difícil el tratamiento. En otro sentido los pacientes que cambiaron su tratamiento de un régimen de dieta a medicamento oral, el 14% reportó como más difícil el tratamiento. En este sentido, el cambio y las opiniones que se producen por el mismo, pueden constituir una barrera de adherencia al tratamiento.

Existen otros factores como el tipo de la diabetes, las características del tratamiento requerido, la calidad de la relación médico - paciente, las características de personalidad del mismo paciente, variables en el paciente que influyen su capacidad para afrontar la enfermedad, todos estas afectan la disposición para participar activamente hacia su recuperación bajo supervisión médica y en consecuencia también afectan la evolución de la enfermedad, ya sea buscando la recuperación o la eliminación de la patología.

Como resultado de la interacción de los factores señalados, el equipo de salud debe buscar beneficiar al paciente para lograr un mejor control de su estado de salud, pero en situaciones adversas el resultado puede ser la falta de adhesión al tratamiento médico. Es decir, el paciente deja de colaborar con las instrucciones médicas, dificultando la vigilancia y el control de la enfermedad y produciendo complicaciones de salud.

Masur y Anderson (op, cit.) señalan los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento. Estos factores se retoman y se presentan para el caso específico de la diabetes en el siguiente espacio, se han estudiado, bajo su relación en el incumplimiento de las indicaciones médicas.

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

En la década de 1980 - 1990, la hospitalización por diabetes aumentó considerablemente, de 52 000 a 280 000 al año. En instituciones de atención médica cuya población es numerosa la consulta se ha vuelto rutinaria, en cuanto a la calidad del servicio se ha observado que el médico se encuentra presionado por el número de pacientes que debe atender en un día laboral.

Barreeras de adherencia - características demográficas

Una consecuencia inmediata ante la demanda tan alta de atención es la falta de recursos disponibles para proporcionar la atención requerida, una más es la necesidad de ampliar los servicios y aminorar los costos económicos, así como crear formas de diversificar y hacer posible la atención de salud con calidad, en este sentido, los programas de detección temprana de diabetes y educación para la salud representan una alternativa en el tratamiento enfocado a prevenir y sobre todo para evitar las complicaciones de salud en el ámbito de la atención primaria (Fernández, 1993).

Existen variables demográficas que entran en juego en la adherencia al tratamiento, como la edad, sexo, educación y estatus socioeconómico. Una variable importante en el aspecto demográfico es el acceso a los servicios médicos, en el caso de las instituciones públicas la continuidad de un tratamiento médico se ve determinada por cuestiones administrativas y de acceso a estos servicios, en este caso, los enfermos que no cuentan con este acceso se verán afectados.

Se ha observado que este síndrome aumenta con ciertas variables como: la edad (mayor a 40 años), sexo femenino, dieta alta en grasas y carbohidratos, falta de actividad física y obesidad. Todas ellas, en mayor o menor medida, hacen más probable la aparición o gravedad de la diabetes, por eso deben manejarse y/o controlarse. Dentro de las medidas preventivas que deben tomarse en cuenta se encuentra la detección mediante la valoración de pacientes con riesgo y la atención anticipada a posibles complicaciones de salud, la educación para fomentar hábitos de vida saludables y la información sobre el manejo adecuado de esta enfermedad a la población afectada.

En un ámbito de salud integral, la atención a esta población debe tomar en cuenta el ciclo de vida de madurez, donde se enfrentan situaciones como la menopausia, ciclo familiar de retiro y nido vacío, cesantía de vida laboral que son elementos que se suman a la enfermedad física, propiamente dicha, y que representan riesgos que pueden producir depresión y estrés.

Si bien es cierto que la diabetes no respeta condiciones económicas (Sandoval, 1994) es innegable que afecta en mayor medida a personas adultas en niveles socioeconómicos bajos y por tanto se requiere llevar a cabo medidas de atención así como preventivas que disminuyan la prevalencia

Barreras de adherencia - características del tratamiento

de esta enfermedad e incrementar la atención médica haciendo accesible este servicio a la mayoría de la población (Escobedo de la Peña, et al. 1995; Masur y Anderson, op cit.).

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Al interior del tratamiento, los factores que influyen la adherencia son la complejidad, efectos colaterales, grado de cambio conductual requerido en los diferentes aspectos del plan terapéutico y el costo percibido por el paciente.

Con relación a la complejidad del tratamiento se ha observado una relación inversa entre la cantidad de cambio conductual requerido y la adherencia; los tratamientos que requieren abandonar hábitos como la alimentación no balanceada o fumar, o los que requieren establecer nuevas conductas como el ejercicio regular, observan mayores proporciones de falta de adherencia al tratamiento. En este sentido Wing, Koeske, Lampariski y Becker (1986) identificaron una serie de habilidades que resultan necesarias (como por ejemplo, la preparación del material y el uso adecuado del equipo) para los pacientes diabéticos al usar el auto monitoreo de glucosa.

La duración del tratamiento en enfermedades crónicas es larga y es una variable que disminuye la adherencia al tratamiento. Ya que el tratamiento de la diabetes es prolongado se necesita mantener la atención y el interés del paciente en el cuidado de su salud para que no abandone el tratamiento, ya que se da el caso en que los pacientes asisten a la atención médica sólo cuando se presentan estados de gravedad.

En el caso de la diabetes mellitus existe la necesidad de cambiar conductas referentes a hábitos alimenticios, actividad física, ingesta de medicamentos, chequeo de glucosa, etc., lo que muchas veces significa dificultades para la adherencia al tratamiento ya que son conductas que requieren dominio, tiempo y perseverancia.

Se ha observado que es más fácil seguir indicaciones relacionadas con la ingesta de medicamentos, pero es más complicado para el caso de la realización de ejercicios, para la mejora de los hábitos alimenticios, la vigilancia del índice de glucosa y el establecimiento de una

Barreras de adherencia - características del tratamiento

comunicación abierta con el médico. Por este motivo, en el tratamiento de la diabetes, se deben considerar diversas estrategias educativas.

Uno de los factores que tienen bien establecida la relación con la no adherencia al tratamiento son los efectos colaterales de un fármaco, ya que generalmente se tiene como consecuencia el abandono de su administración. En este sentido, la investigación en diabetes y otros síndromes ha sido dirigida a disminuir los efectos colaterales.

El costo, tiene especial referencia con el esfuerzo que representa para el paciente, realizar tareas asignadas con relación a los beneficios esperados. El paciente percibe un costo elevado si cree que implica un gran esfuerzo y siente improbable el logro de buenos resultados. La educación al paciente resulta una forma efectiva de facilitar el manejo adecuada de la enfermedad en este aspecto.

El profesionista de la salud necesita desarrollar habilidades interpersonales necesarias para la promoción y protección de la salud. En forma interdisciplinaria debe participar en la educación para la salud ya que la atención a la salud no es exclusiva del consultorio.

La educación del paciente es parte de la atención médica y es complementaria de la consulta, ya que produce mayor efectividad y funcionalidad en los recursos de unidades de atención primaria y hospitales, evitando también complicaciones. La educación para la salud es una alternativa que sirve para facilitar al paciente la adopción de hábitos de vida, informarle de los procedimientos para cuidar su salud y explicar como debe ser mejorado el curso de su enfermedad.

Es necesario contar con el personal necesario para la atención a los pacientes, este equipo debe conformarse de profesionistas en medicina, nutrición, enfermería, trabajo social y psicólogos con conocimientos en la atención de enfermedades crónicas como la diabetes (Vega y García, 1995).

Barreras de adherencia - relación médico - paciente**4.1.3. RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE.**

El enfermo busca adaptarse y afrontar la enfermedad. La relación médico-paciente determina también la participación del paciente durante el tratamiento y señala cómo debe ser la colaboración en la búsqueda de su propia recuperación (Borden y Burnstein, 1990).

La situación de gravedad en una enfermedad puede traer como consecuencia la incapacidad, en esta circunstancia el paciente requiere satisfacer sus necesidades con amplia ayuda de otras personas. Por ejemplo, en estado de coma, son necesarios los cuidados y medidas de primeros auxilios para conservar la vida del afectado. Una situación de emergencia como una cirugía de corazón es ejemplo del tipo de relación donde el paciente es pasivo y el médico es quien dirige toda la actividad. Esta relación médico-paciente es una relación de actividad-pasividad. El paciente requiere de la atención del personal de salud durante la cirugía, el médico toma toda la responsabilidad por la vida del paciente, posteriormente, el paciente tendrá que tomar mayor responsabilidad en su rehabilitación y la forma de relación médico-paciente será diferente. En situaciones de gravedad la incapacidad del paciente le impide realizar actividades cotidianas por sí mismo y le impide cumplir con sus obligaciones sociales habituales.

Otro tipo de relación, la relación dirección-colaboración, es aquella en la que el médico señala, da instrucciones y hace preguntas. El enfermo debe seguirlas al momento. Un ejemplo de esta relación es una curación, en donde el médico dirige la asepsia y protección de la herida, pero es necesario del esfuerzo por parte del paciente para indicar la intensidad del dolor o para adoptar una posición para facilitar un procedimiento médico.

En las enfermedades crónicas y degenerativas el paciente acude voluntariamente con el médico y se necesita de una amplia participación del enfermo para su recuperación. El paciente debe asumir una posición de interés y participación activa para controlar su enfermedad y aprender a vigilar su salud. En esta tercera forma de relación médico - paciente, se requiere de una cooperación activa mutua. La relación es de adulto a adulto, ya que el paciente debe asumir su responsabilidad para evitar complicaciones, cuidar su salud y llevar a cabo las indicaciones médicas, el médico, sugiere las actividades a realizar, pero si el paciente no las lleva a cabo es

Barreras de adherencia - relación médico - paciente

probable que repercuta en su estado de salud aún cuando tales consecuencias sean a largo plazo. Por eso en esta relación es muy importante la estimulación del paciente para que se haga cargo de su propia enfermedad y asuma la responsabilidad de su cuidado.

El tono e impacto emocional de la relación médico - paciente y la facilidad que el paciente tenga y demuestre para seguir las indicaciones dadas, son buenos predictores de la adherencia al tratamiento.

Para identificar los factores psicosociales que pueden representar problemas para el paciente, se puede investigar:

- ✓ Qué piensa el paciente acerca de la importancia del control de la glucemia, de la posibilidad de cumplir con la dieta prescrita y de la vigilancia de la glucosa en casa.
- ✓ Solicitar al paciente que describa situaciones de estrés, cambios de trabajo, lugar de residencia, acontecimientos inesperados e investigar si cuenta con el apoyo familiar y social adecuado.
- ✓ Preguntar acerca de su estado de ánimo, ansiedad y sensaciones de bienestar general.
- ✓ Planear preguntas sobre temas en que los pacientes puedan dudar en expresar.
- ✓ Determinar si el paciente usa de manera eficaz la información sobre diabetes
- ✓ Investigar sobre factores que pudieran dificultar la adherencia al tratamiento.

El incumplimiento de las indicaciones médicas compromete la salud del paciente; si el enfermo niega el valor de un tratamiento afecta también la interacción entre él y el médico. Por otra parte, el incumplimiento produce también el uso inadecuado de los servicios de salud; en cambio cuando el paciente lleva a cabo las indicaciones se facilita el afrontamiento de su enfermedad. Cuando la consulta se lleva a cabo bajo presión por exceso de pacientes o falta de recursos, existe el riesgo de que el paciente evite preguntar lo que no ha entendido, que no

Barreras de adherencia - características del paciente

siga las indicaciones o que deje de asistir a la consulta médica.

4.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.

Las enfermedades crónicas causan poco malestar, no son observables a corto plazo y además requieren de cambios de estilo de vida, en consecuencia, frecuentemente se observa que los pacientes incumplen las indicaciones médicas.

Los pacientes que perciben alto costo para asumir conductas de salud, demuestran incapacidad para afrontar demandas de participación, no planean tiempo para el cuidado de la salud, niegan la enfermedad y por tanto no se comprometen con el tratamiento.

Las personas que no siguen las indicaciones médicas y dejan de asistir a la consulta regularmente, se quejan de no recibir atención adecuada, se sienten insatisfechas y no aceptan que necesitan mejorar su calidad de vida. Se resisten a experimentar cambios de hábitos o no saben cómo mantener estos cambios.

Es importante tomar en cuenta que una gran parte de los enfermos ignoran las consecuencias de su conducta sobre la salud o que aún sabiéndolas insisten en mantener malos hábitos de salud, en parte debido a que las consecuencias de esta enfermedad no son visibles a corto plazo o los factores de riesgo que las condicionan se mantienen debido a que significan reforzadores positivos.

El paciente diabético está en riesgo de caer en situaciones de estrés o de depresión con mayor probabilidad a largo plazo ya que siendo una enfermedad crónica, requiere de un tratamiento continuo y de no seguirlo se tiene el riesgo permanente de complicaciones agudas o crónicas que repercuten en el estado emocional del paciente.

Existe el riesgo de que el paciente no acepte sus responsabilidades y esta situación se considera como regresiva. Un ejemplo de esta reacción es la demanda de atención encubierta por rebeldía y exigencia, donde el paciente se queja abiertamente y sin justificación, culpando al médico en situaciones de gravedad. Esta conducta de regresión depende de las características del tratamiento pero en gran parte depende de las

Barreras de adherencia - características del paciente

características de la personalidad del paciente y afecta la adherencia al tratamiento.

Helz y Templeton (1990) reportaron factores personales en niños con personalidad tipo A, quienes presentaron hipoglucemia en respuesta al estrés. Reportaron también que el rasgo de autovaloración positiva tuvo correlación con el control de la enfermedad. La personalidad tipo A, está caracterizada por un estilo particular de evaluar y afrontar al ambiente. Jenkins (1971, pág. 247) la describe como "un síndrome conductual o un estilo de vida caracterizado por una extremosa competitividad, sobre esfuerzos para el logro, agresividad (a veces fuertemente reprimida), prisa, impaciencia, inquietud, hiperactividad, explosividad al hablar, tensión de la musculatura facial y sentimientos de estar bajo presión del tiempo y bajo el reto de la responsabilidad.....".

Borden (1990) señaló dos barreras que impidieron asumir la responsabilidad por la propia salud (falta de conocimiento y falta de interés por aprender a cuidar su salud).

Lerman (1994), presentó una serie de consideraciones que es necesario tomar en cuenta en la planeación del tratamiento y tienen que ver con la clarificación de dudas al paciente:

Actitudes y creencias:

- Expectativas de curación
- Percepción de un plan de tratamiento difícil
- Falta de convicción de que se mejorará el control de la salud

Factores Psicosociales:

- Situaciones de estrés en la vida del paciente.
- Aparición de complicaciones nuevas.
- Disponibilidad y calidad de apoyo social para el paciente.
- Problemas psiquiátricos no relacionados con la diabetes.
- Conceptualización y metodología del médico para aplicar el plan de tratamiento.

Barreras de adherencia - características del paciente

Recientemente, la mayor parte de las intervenciones psicológicas en el campo de la diabetes se centran en el intento de mejorar la adherencia al tratamiento. Al pedagogo, psicólogo, educador en diabetes, enfermera y profesionales de la salud compete, en buena parte y siempre en colaboración con el especialista en endocrinología, la puesta en marcha de los programas diabetológicos, cuyo objetivo no es otro que el resolver esos problemas de comportamiento y optimizar el control de la diabetes (Polaino-Lorente, op cit.). El psicólogo puede participar con programas conductualmente orientados y dirigidos a incrementar la adherencia y cooperación de los pacientes en sus tratamientos. En este sentido se han utilizado diferentes técnicas psicológicas con el objetivo de producir cambios conductuales que mejoren en forma parcial o total la adherencia y, consecuentemente, el control metabólico de la diabetes. Algunas de las técnicas utilizadas a favor de la diabetes son:

- ✓ Participación de los familiares en las discusiones iniciales y en la enseñanza de la diabetes.
- ✓ Enseñanza del auto manejo a pacientes diabéticos y sus familiares.
- ✓ Combinación de instrucciones y contingencias positivas. Este procedimiento está basado en la aplicación de instrucciones escritas sobre la ejecución diaria de ciertas conductas de tratamiento y de un programa de reforzamiento consistente en un sistema de economía de fichas por el cumplimiento diario de objetivos.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales. Para muchos pacientes diabéticos las situaciones sociales son de alto riesgo para el cumplimiento del régimen y una fuente de tensión y conflictos emocionales.
- ✓ Relación del paciente diabético con el personal de salud.
- ✓ Terapias grupales. Fomentar la exploración de sentimientos, así como lograr la identificación con otros pacientes en sus mismas condiciones.
- ✓ Disminución de ansiedad en los pacientes. La preparación psicológica para la hospitalización y

Adherencia - Tendencias recientes

sobre todo para los procedimientos médicos es de vital importancia, ya que previene trastornos posteriores, ayuda a la adaptación, disminuye la ansiedad e incrementa la recuperación en caso de ser hospitalizados. La preparación consiste en proporcionar información sobre los propósitos, secuencia y sensaciones de cada procedimiento.

- ✓ Orientación y apoyo familiar. Además de dar seguimiento, y en su caso, intervenir en el proceso de duelo familiar, el psicólogo presta atención en que, a largo plazo, la enfermedad no se convierta para la familia en un sistema explicativo permanente y absoluto de toda conducta, pensamiento o afecto procedente del paciente (González, 2000). El psicólogo puede intervenir, también, en los conflictos que puedan surgir en la pareja, en donde la culpa y otras emociones negativas, pueden fracturar la relación o la familia.

La intervención psicológica en el tratamiento de la diabetes se ha enfocado a mejorar la adherencia. Esto no sería posible si el psicólogo no conociera bien las reacciones y los sentimientos de los pacientes y de sus familias en torno a la diabetes. El aspecto psicológico que abarca múltiples variables, es el factor principal que influye en la adecuada adherencia al tratamiento.

4.2. TENDENCIAS RECIENTES EN LA INVESTIGACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

Más recientemente las investigaciones han dirigido la atención a la relación entre diferentes variables que se ubican en las tres categorías señaladas por Ruiz de Chávez (op cit). Por ejemplo, Grier (1999), realizó un estudio que exploró la relación entre el estado del cambio (desde el modelo transteórico de cambio conductual), la auto eficacia, el estilo de afrontamiento, la adherencia auto reportada a el régimen de tratamiento diabético y el control metabólico en 81 pacientes adultos con diabetes no insulino dependiente. Todos los sujetos completaron cuestionarios de auto reporte para el estado de cambio en cuanto a: dieta y conducta de ejercicio, auto eficacia, estilo de afrontamiento y variables de adherencia. El control metabólico, fue indicado por los valores de hemoglobina A1C, obtenidos para cada sujeto de su registro médico. Los resultados indicaron que la única variable que

Adherencia tendencias recientes

mostró una relación significativa con el control metabólico fue el estilo de afrontamiento. Un estilo de afrontamiento activo estuvo asociado con un mejor control metabólico y un estilo de afrontamiento de evitación estuvo relacionado con un pobre control metabólico. La auto eficacia y el estado de cambio tuvieron una relación significativa con la adherencia auto reportada. Sin embargo, la adherencia no estuvo relación con el control metabólico. Análisis adicionales incluyeron variables demográficas (género, edad) y variables específicas de la enfermedad (años con diabetes, horas de educación sobre diabetes, complicaciones específicas de la enfermedad) pero no encontraron relaciones significativas con las variables: estado de cambio, auto eficacia, estilo de afrontamiento, y adherencia auto reportada ni con el control metabólico. El autor concluye que para esta muestra de adultos diabéticos, el estilo de afrontamiento es el más poderoso predictor del estatus de salud (por ejemplo, control metabólico) y que el estado de cambio no tuvo efectos o participación en alguna varianza adicional en el control metabólico. Más aún, la falta de una relación significativa entre la adherencia auto reportada y el control metabólico realza la importancia de estos auto reportes, así como la significancia de variables relacionadas solo con la adherencia y no con el control metabólico (como por ejemplo, la auto eficacia, el estado de cambio en la dieta y el ejercicio).

En una investigación sencilla pero muy ilustrativa, Weiss y Hutchinson (2000) abordaron el problema básico de la relación entre pacientes y proveedores de cuidados de salud, y las creencias que el paciente desarrolla sobre su vulnerabilidad a partir de esa relación, así como su efecto en la adherencia su tratamiento. Los autores utilizaron entrevistas con 21 pacientes (24-71 años) con diabetes e hipertensión y con tres proveedores de cuidados de la salud quienes cuidaron a estos pacientes, que además fueron concurrentemente observados, codificados y registrados. Los pacientes con diabetes e hipertensión describieron ser bombardeados repetidamente con amenazas sobre su vulnerabilidad. Las amenazas fueron clasificadas como externas (procedentes de los proveedores, familia y amigos) y como internas (procedentes de sí mismos). Las amenazas internas fueron reconocidas como más influyentes en la adherencia. Este descubrimiento puede ser usado para moldear las interacciones sociales con los proveedores y el diseño de estrategias de intervención con pacientes con diabetes e hipertensión.

Adherencia tendencias recientes

Tratando de incrementar el apoyo sobre el importante papel de los factores psicológicos en la adherencia al tratamiento, Edwards (1999), realizó un estudio que tuvo dos objetivos: (1) examinar la utilidad del modelo de cinco factores de la personalidad como un sistema para identificar diferencias individuales determinantes de la adherencia al régimen de tratamiento para la diabetes y su control metabólico; (2) examinar la auto eficacia y el uso de estrategias de afrontamiento activo como posibles mediadores en algunas asociaciones encontradas entre los rasgos de personalidad del modelo de cinco factores y el régimen de adherencia o el control metabólico. Los 180 pacientes adultos con diabetes mellitus (tipo 1 y 2) completaron una serie de instrumentos de auto reporte que incluyeron; el Big Five Inventory, el Perceived Health Competente Scale, el Diabetes Specific Self Efficacy Scale, el COPE, un cuestionario de adherencia y un instrumento sociodemográfico. Además fueron obtenidos los valores de HbA1c (una medida de control metabólico) de los registros médicos de laboratorio. En un análisis de regresión (controlado por factores demográficos) fue asociada una mayor conciencia con una mayor adherencia al régimen con los auto reportes, pero no con el control metabólico. Los otros cuatro rasgos del modelo de cinco factores de personalidad no estuvieron asociados con el régimen de adherencia o con el control metabólico en esta muestra. Consistente con la predicción, el análisis reveló que la auto eficacia y el uso de estrategias de afrontamiento activas sirvieron como mediadores parciales en la asociación entre conciencia y adherencia al régimen. Los resultados de este estudio indicaron que la conciencia esta asociada con una mejor adherencia al régimen de tratamiento de la diabetes y que la auto eficacia y el uso de estrategias de afrontamiento activo sirvieron como mediadores parciales en esta relación. En resumen, la auto eficacia y el uso de estrategias de afrontamiento activo proporcionan una influencia única sobre la adherencia al régimen auto reportada.

El aspecto asintomático de la enfermedad, también es una variable que ha tenido relevancia. Por ejemplo, Murphy y Kinmath (1995) estudiaron los significados de la diabetes en un grupo de pacientes con al menos dos años de experiencia y las asociaciones que ellos hicieron entre esos significados y sus respuestas a informes sobre su estilo de vida. Fueron realizadas entrevistas profundas con 46 pacientes (edades 50-75 años) con diabetes no insulino dependiente. En el curso de sus narrativas, los

Adherencia tendencias recientes

respondientes desplegaron sus pensamientos sobre la naturaleza de su enfermedad y su comprensión o conocimiento de cómo deberían responder. El estudio permitió identificar dos variaciones en la interpretación de la diabetes; la amplitud con que los pacientes primeramente se orientan por sí mismos hacia el control de los síntomas y hacia la prevención de las complicaciones y sus percepciones de la seriedad de las condiciones. Los autores llegaron a concluir que muchos pacientes creen que la diabetes es una condición seria que puede causar complicaciones. Sin embargo, muchos no son capaces de reconciliar estas creencias con el menor y sincero intento de adherencia al tratamiento médico y la mejora de su estilo de vida.

En el apartado siguiente se revisará en mayor detalle el concepto de apoyo social y su relación con la diabetes. Para ilustrar la investigación en relación con el concepto de adherencia en este espacio, puede mencionarse la investigación realizada por La Greca, et al. (1995). En ella los autores intentan llevar a cabo una comparación del apoyo proporcionado por los miembros de la familia y los amigos en un grupo de 74 adolescentes (edades entre 11 - 28 años) en el manejo de la diabetes y en la presentación de una actitud positiva hacia el desorden. Los sujetos completaron una entrevista sobre apoyo social, la escala de medio ambiente familiar, la lista de chequeo de conductas familiares y el apoyo social percibido de amigos, así como la escala de adherencia al cuidado diabético. Los resultados indicaron que las familias proporcionaron mayor apoyo que los amigos para las inyecciones de insulina, el monitoreo de glucosa en sangre y las comidas; este apoyo fue más de tipo instrumental. En contraste, los amigos proporcionaron apoyo de tipo emocional para el diabético. El apoyo familiar estuvo más relacionado con los más jóvenes, con la enfermedad con duración más corta y con la mejor adherencia al tratamiento.

5. APOYO SOCIAL.

El papel de la sociedad, de los cambios que ha sufrido, de los efectos que ha tenido sobre la salud de los individuos a través de la producción de estrés y de patrones de comportamiento culturalmente mantenidos y transmitidos, así como la función de los elementos de tipo social y su utilidad para reducir o aliviar los efectos del estrés, y como elementos para mantener la adherencia a tratamientos de enfermedades principalmente crónicas, ha sido tema de una considerable cantidad de investigaciones (Pollok, 1988; Belle, 1982; Lieberman, 1982).

Concretamente, el interés para realizar investigación sobre estos elementos (redes, soporte y recursos sociales) procede o tiene sus orígenes en la sociología. A partir de esto, se ha desarrollado un conjunto de investigaciones que intentan aclarar las condiciones bajo las cuales el mundo social de las personas se relaciona funcionalmente con la salud física y mental (Lieberman, 1982; Thoits, 1986; Belle, op cit.).

Tratando de identificar y conocer el papel que juega el apoyo social con relación al estrés y a la enfermedad, se han llevado a cabo investigaciones sobre diferentes problemas como por ejemplo, la reducción de complicaciones originadas por el embarazo en mujeres con altos niveles de estrés, la prevención de reacciones psicológicas después de la hospitalización por diversas enfermedades, la recuperación postoperatoria para la recuperación como protección para la depresión clínica y, asimismo, el papel del apoyo social como reductor del estrés después de alguna pérdida, privación desgracia, como reductor del estrés en áreas laborales muy estresantes y como elemento promotor de la adherencia a los tratamientos médicos.

A pesar de que la investigación ha sido muy extensa, éstas han enfrentado diversos obstáculos, entre los cuales se encuentra la imposibilidad de llevar a cabo comparaciones de resultados por la gran diversidad en todos los rubros y los problemas clásicos de medición, muestreo y la derivación de relaciones causales a partir de los resultados o de la información procedente de estudios seccionales (Lieberman, op cit.; Cohen y Ashby, 1985).

Apoyo Social

La investigación de los efectos que tiene la ayuda proporcionada por una persona a otra, que se encuentra en una situación o condición crítica, se ha desarrollado tanto en situaciones no específicas (estudio de la estructura y función de las redes sociales) como específicas (estudio de la estructura y función del apoyo social).

Las redes sociales se han conceptualizado como el contexto en el que los recursos sociales están contenidos. Se han estudiado sus características (tamaño, densidad, composición cantidad, contenido de intercambio, interconexión de sus miembros) y el impacto de éstas sobre el ajuste.

El apoyo social o recurso social es un concepto más estrecho y su investigación ha dependido de la percepción que la gente tiene de su red social. De esta forma, la investigación ha generado índices generales del contexto social de las personas (situación no específica) y ha requerido la identificación de personas que son cuestionadas sobre la ayuda proporcionada o recibida en el afrontamiento de una situación estresante o crítica (situación específica).

En general, el campo se está moviendo no sólo hacia la especificación de las fuentes sociales relevantes, sino hacia la definición de las clases de ayuda recibidas y de los individuos que figuran o forman parte en un intercambio funcional o emocional.

Se ha diferenciado el tipo de apoyo social como formal o informal; dentro del primero pueden identificarse como ejemplos los servicios de asistencia social y la psicoterapia proporcionada por los profesionales; dentro del segundo, se incluyen a los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Asimismo, por lo común se identifican cuatro tipos importantes de apoyo (Thoits, op cit.; Meagher, Gregor y Stewart, 1987), a saber: emocional, informativo, instrumental y de evaluación.

El apoyo emocional incluye el proveer empatía, cariño, amor, estimación, afecto y relación. Este soporte es considerado como uno de los más importantes.

Apoyo Social

Proveer a una persona con información que pueda usar en el afrontamiento de problemas con personas o con el ambiente, se considera como apoyo de información y generalmente incluye sugerencias, directrices, información y avisos.

La conducta instrumental que ayuda directamente a la persona en la satisfacción de una necesidad o en el afrontamiento de un problema, se considera como apoyo instrumental y en él se incluyen las ayudas monetarias, laborales, temporales y las modificaciones directas del medio ambiente.

El apoyo de evaluación solo incluye la transmisión de información, como por ejemplo la afirmación de posiciones, retroalimentación y comparación social.

Un gran avance sobre el conocimiento e identificación de los tipos de apoyo social, de los elementos más efectivos para proporcionar apoyo, de las diversas situaciones en las que funciona, etc., se ha originado en diversas investigaciones. Sin embargo, parece haber un consenso en el sentido de señalar una cuestión aún no resuelta: ¿Cómo opera el apoyo social? (Belle, op cit.; Lieberman, op cit.; Heller y cols. 1986; Vingerhoets y Marcelisen, 1988).

Cohen y Ashby (op cit.) han propuesto que el efecto del apoyo social sobre el "bienestar" ocurre a través de dos procesos y los explica mediante dos modelos de apoyo: el llamado "de amortiguación" propone que el apoyo tiene un efecto protector o amortiguador contra la influencia patológica de los eventos estresantes. El modelo alternativo propone que los recursos sociales tienen un efecto benéfico *per se* sin importar cuándo y dónde la persona está bajo estrés (modelo de efecto principal). De acuerdo con este modelo, un efecto benéfico generalizado producido por el apoyo social ocurre porque las redes sociales proporcionan a las personas experiencias positivas y un conjunto de roles o papeles estables y reconocidos socialmente por la comunidad. Esta clase de apoyo social es relevante en virtud de que proporciona al individuo afecto positivo, sentido de predicción, estabilidad en las propias situaciones de la vida y reconocimiento de autovaloración. La integración en una red social puede también ayudar a evitar experiencias negativas (por ejemplo, problemas legales o económicos) que en otro momento pueden incrementar la probabilidad de que ocurran desórdenes físicos y psicológicos.

Apoyo Social

Las redes de apoyo social están relacionadas con la salud física a través de efectos inducidos emocionalmente en el funcionamiento del sistema neuroendocrino o inmune, o influyen sobre los patrones conductuales relacionados con la salud como el fumar, el uso de alcohol o la búsqueda de ayuda médica. En una versión extrema el modelo postula que un incremento en el apoyo social produce un incremento en el bienestar sin importar el nivel existente de soporte.

Por otro lado, considerando que el estrés surge cuando se evalúa una situación como amenazante y no se tiene una respuesta de afrontamiento adecuada (Lazarus, 1966) y teniendo en cuenta además que un solo evento estresante puede no significar una gran demanda de afrontamiento para muchas personas, la acumulación de problemas múltiples puede persistir y presiona al individuo para resolver el problema, originando con ello la presencia potencial de desórdenes serios.

El proceso de evaluación está íntimamente relacionado con sentimientos de desamparo y una posible baja en la autoestima.

Los sentimientos de desamparo son producidos por la inhabilidad percibida para afrontar las situaciones que demandan una respuesta efectiva. La baja autoestima puede ocurrir por considerar que la falla para afrontar adecuadamente se debe a la carencia de habilidad o a rasgos de personalidad estables. De esta forma los efectos de amortiguación del estrés producidos por el apoyo social pueden ser ubicados en dos diferentes puntos: el primero puede intervenir entre el evento estresor y la respuesta o la reacción al estrés previniendo o atenuando el proceso de evaluación; en otras palabras, la percepción de que otros pueden y deben proporcionar los recursos necesarios puede redefinir la potencialidad dañina de la situación y/o reforzar la habilidad percibida de afrontamiento, previniendo que una situación particular sea evaluada como altamente estresante.

En otro momento, el apoyo adecuado puede intervenir entre la experiencia del estrés y el inicio de los efectos patológicos reduciendo o eliminando la reacción al estrés o influyendo directamente sobre los procesos fisiológicos.

Apoyo Social

El apoyo puede aliviar o eliminar el impacto de la evaluación del estrés proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida de éste, tranquilizando al sistema neuroendocrino, de tal forma que la persona sea menos reactiva al percibir el estrés y facilitando la presencia y mantenimiento de conductas saludables.

Por otro lado, Stewart (1989) revisa las cinco perspectivas teóricas que han sido propuestas como interpretaciones conceptuales del apoyo social. En primer lugar se menciona a la teoría de la atribución, que postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su ambiente de acuerdo a pesos (importancia) relativos asignados a factores internos (persona) o externo (ambiente). Por tanto cuando un individuo asigna la culpa del origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.

La teoría del afrontamiento considera que el apoyo social puede influir en el proceso de afrontamiento en el nivel de la evaluación primaria o secundaria, en la reevaluación, o finalmente, como también lo establece Thoits (op cit.), puede funcionar como una estrategia de afrontamiento asistido, proporcionando las fuentes o recursos requeridos para encontrar las necesidades específicas evocadas por el estresor, redirigiendo la estrategia de solución de problemas, proporcionando ayuda tangible, etc.

La teoría del intercambio social o de la equidad, establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambio en las relaciones.

Una cuarta corriente teórica, la de la comparación social, postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a elicitar información sobre sus características, conducta, opiniones y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social de evaluación, que tiene por objeto exaltar el valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación, es semejante al concepto de comparación social.

Apoyo Social

Finalmente, la teoría de la soledad, que afirma que si bien existe una gran cantidad de explicaciones, solo tres son relevantes para el apoyo social:

- a) la explicación sociológica, que considera a la soledad como un producto común y normal de los problemas sociales externos del individuo.
- b) la explicación interaccionista, que ve a la soledad como una reacción producida por la interacción de la personalidad y de los factores situacionales.
- c) la explicación cognoscitiva, que considera el factor mediacional entre los déficits sociales y la experiencia displacentera.

Taylor y Sheley (1990), al realizar una revisión sobre el campo de la psicología de la salud, señala que una gran parte de la investigación sobre afrontamiento se ha dirigido sobre la determinación de los recursos para que éste se dé y muy especialmente, sobre el apoyo social.

Muchas investigaciones han sido realizadas tratando de probar el efecto (directo o de amortiguación) del apoyo social. Sin embargo, quedan pendientes cuestiones tales como cuándo y dónde el soporte social puede ser realmente un recurso que está determinado por las diferencias individuales, de tal forma que algún individuo tenga mejores habilidades para hacer un uso efectivo del apoyo social potencial de otros.

Igualmente Taylor y Shelley (1990) y Heller y cols. (op cit.) coinciden en señalar que otra cuestión importante que tampoco ha sido investigada tiene que ver con los problemas que los proveedores experimentan en sus intentos para proveer a otra persona de apoyo social.

En secciones anteriores se ha establecido que la mayoría de los enfermos crónicos tienen una etiología multifactorial muy compleja y que son importantes los factores ambientales (hábitos y estilos de vida, contaminación ambiental, estrés), los factores hereditarios y que incluso la etiología puede proceder de una enfermedad aguda que se cronifica. Los factores sociales, también, son muy importantes en la etiología de las enfermedades crónicas, ya que definen en gran medida, la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas, recursos y contactos físicos,

Apoyo Social

químicos, biológicos y psicológicos con incidencia en la salud del paciente.

El factor psicológico es importante porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos, así como las cargas que recibe y por las consecuencias y correlatos neuroendocrinológicos y viscerales ligados a la actividad mental, emocional y conductual.

Taylor (1986), también ha señalado, que después de las acciones adaptativas, se pueden producir reacciones que son comunes a toda situación de crisis:

- Mantener un equilibrio personal
- Conservar auto imagen satisfactoria
- Preservar relaciones familiares y de amistad
- Prepararse para un futuro incierto

Los enfermos crónicos pueden adoptar distintas estrategias para afrontar los problemas de esta fase crítica:

- Negar o minimizar la gravedad de su trastorno.
- Buscar información relevante.
- Obtener o buscar apoyo emocional (familiares, amigos, profesionales).

Cuando la enfermedad es incapacitante amenaza gravemente el equilibrio existencial del paciente, con la pérdida de capacidades se devalúa la posición, la función social, familiar y laboral y se produce el aislamiento social, además aparecen tensiones y cambios en los papeles y relaciones del paciente.

El curso de la enfermedad, el fracaso de las sucesivas expectativas terapéuticas, las pérdidas sociales y personales van sumiendo al paciente en la desesperanza, el desamparo, la apatía y socavan su autoestima.

También, la epidemiología, desde una perspectiva sociológica, ha mostrado interés en destacar la importancia sanitaria del ambiente familiar, de trabajo, vivienda, ocio, pobreza, los grupos de competencia, la red de amigos y las relaciones sociales de apoyo. Este enfoque

Apoyo Social

complementa al psicológico y psicofisiológico, su objetivo mayor es identificar factores psicosociales que aumentan la resistencia a la enfermedad y los que la disminuyen, así como la forma de obtener cambios favorables. Se enmarca bien en teoría de sistemas que sitúa al individuo como un todo, al que inevitablemente tienen que estar referidos todos los niveles de realidad y partes que lo componen (sistemas, órganos, tejidos, células, moléculas, átomos).

Las principales manifestaciones de interés para la psicología son los factores indicativos de invalidez y los requerimientos de cambios en los estilos de vida. En segundo lugar, aparece en los cuadros crónicos, una nueva categoría de agentes causales; los factores mantenedores (etiología secundaria) muchas veces consistentes en las modificaciones en el estilo de vida y las relaciones interpersonales. Ambas esferas, los cambios adaptativos y los agentes mantenedores reactivos, suelen entrar de lleno en los dominios y competencias de la psicología, sobre todo de la psicología conductual.

En diversas investigaciones se ha tratado de establecer la importancia de que el diabético perciba su propia conducta como parte importante de la responsabilidad en el control de su enfermedad y la importancia que tienen las personas que se encuentran en su entorno ya que la percepción y recepción de apoyo, resulta importante para el logro de los objetivos del tratamiento (Schlenk y Hart, 1984; Ruzicki, 1984; Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 1997; Robles-Silva y Cols. 1995; Valádez-Figueroa, Aldrete-Rodríguez y Alfaro-Alfaro, 1993).

En un trabajo reciente Valádez-Figueroa, Aldrete-Rodríguez y Alfaro-Alfaro (op cit.) intentaron identificar y determinar la asociación de algunas características familiares en pacientes diabéticos tipo II y su posible relación con el control glucémico. Dicha investigación la realizaron en 120 familias que asistían a dos unidades de primer nivel de atención en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. En este trabajo se evaluaron las actitudes e información sobre la enfermedad, sus complicaciones y los tratamientos. En el mismo sentido, se realizaron estimaciones psicosociales sobre la etapa de desarrollo familiar, tipo de familia y la funcionalidad de la misma.

Apoyo Social

Los resultados indicaron que las familias demostraron actitudes negativas y conocimientos profundos y una falta de apoyo familiar para los enfermos diabéticos en su control glucémico. En consecuencia, el control también fue deficiente.

Robles- Silva (op.cit.), realizaron una investigación con el fin de conocer los factores sociodemográficos asociados a las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes mellitus. Los participantes en este estudio fueron 121 sujetos que acudían a 11 centros de salud de primer nivel de atención en la zona metropolitana del estado de Jalisco. Se determinaron las fuentes de apoyo y diferentes características del enfermo y de su enfermedad. De manera general se concluye que la participación de las fuentes de apoyo es muy importante para el logro de los objetivos en el tratamiento y se reconoce a la familia como una fuente de apoyo accesible y disponible para este tipo de enfermos.

En el mismo sentido Rodríguez-Moran y Guerrero - Romero (op cit.), intentaron determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en diabéticos tipo II. La población estudiada asistía a las unidades médicas de primer nivel del estado de Durango. Se realizaron evaluaciones de la glucemia en sangre venosa y se aplicó el cuestionario Environmental Barriers to Adherent Scale, tratando de evaluar el apoyo familiar y la percepción que el paciente tiene del mismo. Sus resultados indicaron que el apoyo familiar que recibe el paciente diabético se encuentra asociado significativamente a la presencia de glucemia ($< 140\text{mg/dl}$) y por tanto resulta tener influencia en el control de la glucemia en diabéticos.

Más recientemente, las líneas de investigación se han dirigido hacia el estudio de la relación entre el apoyo familiar, la adherencia al tratamiento y el control glucémico, así como otras variables psicosociales. Por ejemplo, Kutz (2000) realizó un estudio en donde examinó el papel que pueden tener algunas variables psicosociales en la afectación de las conductas de adherencia en dos poblaciones de pacientes con diabetes tipo II. Las variables psicosociales incluidas fueron; la relación paciente - doctor, estilo de afrontamiento, apoyo social, distres psicológico y estrés percibido. Los resultados indican que cuando el paciente está satisfecho con el aspecto interpersonal de su cuidado médico, es más probable que se adhiera a las recomendaciones de su tratamiento.

Apoyo Social

Aún más, se encontró que cuando el paciente utilizó en menor medida la evitación como un medio de afrontamiento para su enfermedad, hubo más tendencia a adherirse a los regímenes de tratamiento prescritos. La satisfacción general con el cuidado médico, así como con el nivel de apoyo social percibido que el paciente siente haber obtenido, contribuye también a mejorar la adherencia al tratamiento.

En un intento semejante Skinner, John, y Hampson, (2000) examinaron cuando el apoyo de amigos y la representación personal de la enfermedad median la relación entre el apoyo familiar, el auto cuidado y el sentirse bien. 52 adolescentes de edades entre 12 y 18 años de edad con diabetes tipo I fueron reclutados y se les dio seguimiento por espacio de seis meses. Ellos completaron mediciones de auto cuidado, sentirse bien y de apoyo social. El impacto percibido de la diabetes y del apoyo familiar y de los amigos fue predictivo de las mediciones del sentirse bien de los pacientes. Si bien el apoyo de la familia y de los amigos fue predictivo de una mejor dieta, esta relación estuvo mediada por el modelo personal de creencias. En particular, las creencias sobre la efectividad del régimen de tratamiento para controlar la diabetes fueron predictivas de un mejor auto cuidado de la dieta. Ambos apoyos, de la familia y de los amigos son importantes para ayudar a los adolescentes en su vida y con el manejo de la diabetes. Los modelos personales de la enfermedad son importantes determinantes del auto cuidado de la dieta y del sentirse bien. En resumen, los modelos personales pueden servir para mediar la relación entre el apoyo social y las conductas que tienen que ver con la dieta.

En estudio sencillo pero muy representativo Ilias y cols. (2001), investigaron en 98 pacientes nativos griegos con diabetes tipo II, sus grados de control glucémico fueron evaluados con los niveles de hemoglobina glucosilada Alc, y estuvieron correlacionados con el apoyo familiar percibido. Si bien los autores reconocen la existencia de algunas diferencias producidas por el contexto social y el efecto correspondiente en la percepción del apoyo familiar, concluyen que el apoyo familiar debe ser tomado en cuenta en el manejo de los pacientes con diabetes mellitus.

Apoyo Social

King (2002) realizó un estudio usando el meta análisis para examinar las relaciones entre ambiente familiar, adherencia al tratamiento y control metabólico en niños con diabetes tipo I. 65 estudios (N = 6889) examinaron la relación entre adherencia y control metabólico, 57 estudios (N = 5887) examinaron la relación entre ambiente familiar y control metabólico y 38 estudios (N = 5151) examinaron la relación entre ambiente familiar y adherencia. Fueron examinados los efectos directos entre estas variables y la amplitud y/o la dirección de esos mismos (por ejemplo, estatus de la publicación, reporte, edad, etc.). Conductas específicas de adherencia (por ejemplo, dieta, ejercicio, monitoreo de glucosa, tratamiento de insulina) fueron examinadas para comprender mejor las conductas que tienen una fuerte influencia sobre el control metabólico. Similarmente, el ambiente familiar de apoyo, de conflicto y de control, fueron examinados para comprender, también, sus efectos sobre la adherencia al tratamiento y sobre el control metabólico. Finalmente, estas variables fueron analizadas dentro de un modelo que examina los efectos directos del ambiente familiar sobre el control metabólico así como los efectos indirectos a través de la adherencia al tratamiento. Los resultados sugieren que la dieta y el monitoreo de glucosa tuvieron una estrecha relación con el control metabólico y adherencia. El apoyo familiar tuvo fuertes efectos sobre el ambiente familiar. El análisis indica que la adherencia tuvo mayor efecto directo sobre el control metabólico en comparación con el ambiente familiar.

Pendley, et al.(2002), se examina el apoyo social procedente de la familia y de los iguales (amigos) en relación al manejo de la diabetes dentro de un contexto de desarrollo de 68 jóvenes de edades entre 8 y 17 años diagnosticados con diabetes tipo I. El estudio presenta la primera fase de datos procedente de una intervención multisistémica llevada a cabo en casa. Los datos incluyen el reporte de los padres y los jóvenes sobre el manejo de la enfermedad y los conflictos, el reporte de los jóvenes incluye el apoyo percibido, y la participación de sus iguales en la intervención. Los resultados muestran que el adolescente percibe un gran apoyo social de parte de sus iguales. El apoyo percibido de sus amigos y de la familia no estuvo correlacionado con el control metabólico. La participación de los iguales en la intervención estuvo correlacionada con el control metabólico.

Apoyo Social

Los autores concluyen que existe en el desarrollo un cambio en la percepción del apoyo que procede de los amigos. Que el incremento en la percepción del apoyo recibido de las dos fuentes puede no tener como resultado la mejora en el control metabólico. Los autores recomiendan que las intervenciones que contemplen el apoyo social deben enfocar su atención sobre el tipo de apoyo que está más asociado con resultados positivos en la salud.

Williams y Bond (2002) realizaron una investigación tratando de estudiar la relación entre las expectativas del paciente sobre los resultados del tratamiento, la auto eficacia y el apoyo social. Ellos utilizaron a 94 adultos diabéticos de edades entre 22 y 86 años, quienes completaron un cuestionario conteniendo mediciones relacionadas con la auto eficacia, los resultados esperados, el apoyo social y el auto cuidado de la diabetes. La auto eficacia fue consistentemente asociada con el auto cuidado en las áreas de dieta, ejercicio y pruebas de glucosa en sangre. Los resultados esperados fueron correlacionados con el ejercicio y con las pruebas de glucosa en sangre. La relación entre auto eficacia y pruebas de glucosa en sangre fue moderada con los resultados esperados, de tal forma que la auto eficacia tuvo un gran efecto cuando estuvo combinada con firmes creencias en los resultados. Con bajos niveles de auto eficacia, las firmes creencias en los resultados estuvieron asociadas con un pobre auto cuidado. El apoyo social estuvo asociado con el ejercicio y con las interacciones familiares positivas específicamente relacionadas con la dieta que estuvieron asociadas con una mejor adherencia en este aspecto del tratamiento. La relación entre apoyo social y ejercicio fue mediada por la auto eficacia. Cuando los efectos de la auto eficacia estuvieron controlados, el apoyo social no fue un predictor significativamente independiente del auto cuidado. Los resultados sugieren que los programas diseñados para incrementar la confianza en las habilidades de auto cuidado pueden ser probablemente efectivos. Es igualmente posible que una historia de éxito en el auto cuidado de la diabetes construya la confianza del paciente en sus habilidades de auto cuidado y que estas mismas se vean reforzadas en algunos aspectos por el apoyo social proporcionado por amigos y familiares.

Apoyo Social

Poradzisz (2002), realizó un estudio tratando de identificar las variables que afectan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en adultos con diabetes tipo II.

Los pacientes fueron 94 diabéticos pertenecientes a la Asociación Americana de Diabetes, quienes recibieron educación sobre su enfermedad. El 61 % de ellos tuvo un nivel educativo superior a la secundaria y el 41 % reportó un ingreso familiar superior a los 50.000 dólares anuales.

Se evaluaron la auto eficacia, las demandas de la enfermedad, el apoyo familiar, la satisfacción con el cuidado médico, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Los pacientes con baja adherencia, así como aquellos con una larga duración de la enfermedad, tuvieron una baja significativa de auto eficiencia y altas demandas de la enfermedad en comparación con aquellos pacientes con alta adherencia. Los pacientes con baja y alta adherencia reportaron bajos niveles de auto eficiencia cuando fue necesario hacer ajustes en el régimen de auto cuidado de la enfermedad. La auto eficacia fue un predictor significativo para la adherencia y para la calidad de vida, pero no fue una influencia significativa. Se encontró una correlación moderada entre adherencia y calidad de vida.

Las demandas de la enfermedad y el apoyo familiar contribuyeron a la calidad de vida, pero no influyeron significativamente en la adherencia. Se encontró, también, una correlación moderada entre adherencia y calidad de vida. Los resultados indican, en términos generales, que los educadores en diabetes deben enfocar sus esfuerzos para mejorar la auto eficacia y la percepción individual de la calidad de vida para de esta forma mejorar la adherencia al tratamiento. En el mismo sentido, deben poner atención en aquellos aspectos que son necesarios para proporcionar adecuado apoyo familiar, principalmente para aquellos que tienen una enfermedad con una duración mayor.

En un intento por diferenciar el apoyo familiar del apoyo de la pareja en el matrimonio y así mismo de ubicar en forma directa las conductas específicas que describen un adecuado apoyo Trief (2003) realizó un estudio cualitativo en el que solicitó a las parejas quienes vivían con diabetes que definieran el apoyo. 74 individuos (pacientes y esposas con un promedio de edad de 49 años) participaron

Apoyo Social

en una entrevista semi estructurada. La transcripción de esas entrevistas fueron codificadas y analizadas por un equipo de investigadores. Las conductas de ayuda fueron particularmente evidentes en las áreas de control de dieta y apoyo específico al régimen, y apoyo de relación en general, así como recordatorios. Las conductas que no representaron apoyo incluyeron regaños, problemas con el manejo de la dieta y pobre comunicación. La descripción de la interacción de las parejas ilumina las cuestiones relacionadas con la independencia y el afrontamiento con la hipoglucemia. Se establece que estas áreas pueden ser enfatizadas en las intervenciones que incluyen la ayuda de las esposas para proporcionar apoyo afectivo a sus parejas quienes tienen diabetes.

En la actualidad, existe un reconocimiento amplio del importante papel que puede tener el apoyo social y principalmente el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de la diabetes. Obviamente no es la única variable que determina la adherencia, pero es un elemento importante que debe ser incluido en las intervenciones psicológicas que tienen como objetivo mejorar el seguimiento o cumplimiento de las instrucciones médicas involucradas en el tratamiento de las enfermedades crónicas, principalmente de la diabetes.

Falta página

N° 105

Conclusiones**6. CONCLUSIONES**

En este trabajo se ha presentado una visión general de uno de los problemas más importantes de salud pública en México y a nivel mundial. A la luz de la información incluida, algunas conclusiones pueden ser establecidas en este momento:

- La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que algunas veces permanece asintomática y que puede presentar el cuadro característico de las enfermedades de este tipo.

Tiene una etiología multifactorial, una larga evolución y complicaciones muy severas, cuando el tratamiento no se sigue o se cumple adecuadamente. Como en todas las enfermedades crónicas se presenta primeramente una fase de crisis que se inicia con el conocimiento del diagnóstico y una fase de afrontamiento, cuando se enfrenta el paciente con los problemas derivados de la propia enfermedad.

Los problemas que afronta el paciente diabético son; complicaciones físicas asociadas a la enfermedad crónica y las derivados de los tratamientos médicos; problemas laborales, sociales y emocionales. Uno de los problemas más importantes, que se ubica dentro de los derivados de los tratamientos médicos, es la adherencia o cumplimiento del tratamiento prescrito.

- La Diabetes se considera, no sólo como un trastorno metabólico, que tiene como característica principal a la hipoglucemia, sino también como un síndrome que deteriora gradualmente la calidad de vida y en el cual el paciente debe participar activamente en su tratamiento, principalmente modificando su estilo de vida, cumpliendo con el mismo en forma puntual y constante.

Conclusiones

Es un cuadro muy heterogéneo en cuya etiología se entremezclan factores ambientales (nutrición, infecciones virales, fármacos, etc.) y genéticos; dando lugar a que se produzca un trastorno del metabolismo hidrocarbonato y graso, que compromete a los vasos pequeños y de gran calibre del organismo.

- Está establecido que en el 2000, de un total de población de 97'483,412 en México, la tasa bruta de mortalidad fue de 4.3 ‰, la esperanza de vida fue de 75.3 años y la edad media fue de 22 años.

En el 2001, la mortalidad total en México, en el área urbana fue de 336,551 y en la rural fue de 100,670. En este mismo año la diabetes se ubicó como la tercera causa de muerte con 49,954 casos, 22,355 hombres y 27,577 mujeres (INEGI,2001)

- Dentro de las complicaciones más importantes que enfrentan los diabéticos que no siguen un tratamiento apropiado se encuentran: enfermedades cardiovasculares, accidente vascular cerebral, enfermedades arteriales periféricas, gangrena, enfermedades renales, ceguera, hipertensión, lesiones de los nervios, impotencia, aumento en la incidencia de infecciones, perdida de fuerza y masa muscular, disfunciones gastrointestinales, rigidez de articulaciones y piel, disminución de la capacidad de distinguir colores, etc.
- Los tratamientos para esta enfermedad crónica, originalmente, provienen de la terapéutica médica y a lo largo de los años se ha complementado con terapéuticas que provienen de otras disciplinas, como por ejemplo de la psicología, pero aún así, la enfermedad y su tratamiento sigue representando un problema nacional.

Conclusiones

- El interés de la psicología en el ámbito de la medicina son los cuadros crónicos. Muchos de los fenómenos agudos son adecuadamente explicados en términos de las influencias lineales y directas, aunque a veces muy complejas, de la lesión que se produce o del agente nocivo que es el productor de la enfermedad aguda, sin necesidad de recurrir a postulados o explicaciones cualitativamente diferentes. En cambio en las enfermedades crónicas, el paso del tiempo da lugar a que intervengan otros factores (sociales, culturales y conductuales), por tanto el cuadro en gran medida se complica y las explicaciones lineales y directas, ya no resultan tan satisfactorias. Controladas las manifestaciones refleja estrictamente biológicas, aparecen múltiples fenómenos y complejas relaciones que la medicina no puede explicar y que resultan ser mejor explicadas bajo el enfoque de la psicología.

Las principales manifestaciones de interés para la psicología son los factores indicativos de invalidez y los requerimientos de cambios en los estilos de vida. En segundo lugar, aparece en los cuadros crónicos, una nueva categoría de agentes causales; los factores mantenedores (etiología secundaria) muchas veces consistentes en las modificaciones en el estilo de vida y las relaciones interpersonales. Ambas esferas, los cambios adaptativos y los agentes mantenedores reactivos, suelen entrar de lleno en los dominios y competencias de la psicología, sobre todo de la psicología conductual.

De acuerdo con lo anterior, inicialmente, se propusieron una serie de procedimientos y aplicaciones, que se restringen al ámbito de la información recogida y que reciben el nombre de evaluación conductual. Dentro de ellas se incluyen: 1.- auto informes, 2.- auto observación, 3.- auto registro y 4.- observación directa. Además de estos procedimientos iniciales, se han desarrollado otros tratamientos conductuales, bajo el amparo de diversos enfoques dentro de la misma psicología.

Conclusiones

- La psicología de la salud es un campo de aplicación relativamente reciente. En ella las características psicológicas y de la conducta son relevantes en el tratamiento o rehabilitación de enfermedades, en su prevención y en la promoción de la salud.

En este campo el psicólogo centra su interés en el ámbito de problemas de salud, especialmente, físicos y orgánicos, con el objetivo de prevenir su ocurrencia o una vez presentes rehabilitar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la psicología, tomando en cuenta la conducta y las causas biológicas y sociales, como determinantes de la salud y de la enfermedad.

Esta aplicación es interdisciplinaria y comparte acciones con especialidades médicas, tratando de acercarse al ideal de salud. El psicólogo en esta aplicación se encuentra implicado en el estudio de procesos afectados por la enfermedad física que alteran la relación de las personas consigo mismo y con su entorno. Debe trabajar en la vigilancia de la salud del individuo y de la comunidad en aspectos como: prevención, atención individual y comunitaria, seguimiento de procesos individuales y colectivos afectados en su salud. Para lograr lo anterior el psicólogo debe llevar acciones de: investigación, diseño educativo, trabajo con organizaciones, análisis de políticas en la provisión de salud, orientación y educación del paciente y de sus familias.

En el tratamiento integral del paciente con diabetes no existe un procedimiento específico, la atención se debe proporcionar básicamente tomando en cuenta las necesidades del paciente. En las aplicaciones se combina la selección de técnicas y métodos de intervención de acuerdo a cada situación específica. El objetivo final y común es lograr que la situación sea cálida, significativa para el paciente, que sea útil y favorable en el afrontamiento de su enfermedad y sobre todo que facilite la adhesión al tratamiento médico prolongado. Dentro de estas técnicas se encuentran: asesoría individual, auto monitoreo, técnicas derivadas de la terapia cognitivo conductual, técnicas para el control de estrés (relajación, entrenamiento en solución de problemas), terapia de grupo, entrenamiento en habilidades de auto cuidado,

Conclusiones

técnicas orientadas a la eliminación de las barreras para la adherencia al tratamiento y educación para la salud.

- La adherencia al tratamiento se conceptualiza como el grado en que una persona lleva a cabo el tratamiento o las indicaciones médicas de acuerdo al padecimiento que presenta y cuyo objetivo principal es lograr el control y la estabilidad de la enfermedad a fin de evitar complicaciones.
- En cuanto a las enfermedades crónicas, la adherencia se vuelve compleja, ya que los tratamientos a los que deberá someterse el paciente serán por el resto de su vida. Este es el caso de la Diabetes Mellitus e implica la participación de la familia. A diferencia de otras enfermedades incurables, la diabetes es una enfermedad controlable por el mismo paciente y el tratamiento no produce iatrogenia.
- El tratamiento implica acciones directas sobre el organismo a través de medidas dolorosas como los piquetes en el dedo varias veces al día que sirven para monitorear el nivel de glucosa en la sangre. Está caracterizado por restricciones impuestas en la alimentación, en actividades sociales y actividades de la vida cotidiana que modifican el estilo de vida del paciente y de su familia.
- El control del diabético no sólo implica una relación entre médico y paciente, sino una relación entre médico, paciente y familia. Así que el monitoreo y el cumplimiento del tratamiento involucra por un lado a la familia haciéndola parte de las consultas al médico, del entrenamiento para conocer los niveles adecuados de glucosa, etc., y por otro lado se trata de lograr paulatinamente, la responsabilidad del paciente sobre su propio tratamiento.
- Varios factores están implicados en la adherencia al tratamiento. Estos factores pueden ser agrupados bajo dos vertientes. La primera toma en cuenta los niveles de acción de las personas afectadas por la diabetes y su

Conclusiones

familia, por lo que es necesario tomar en consideración sus actitudes y reacciones hacia la enfermedad. En la segunda vertiente se encuentra la institución a la cual se adhieren, principalmente por necesidad económica. En la institución se hace necesario, entonces, revisar las actitudes que presenta el personal médico que atiende a estas familias, pues ocasiones pueden percibir las reacciones de los pacientes como algo en contra de su persona o portarse indiferentes o desinteresados ante ellos.

- Un primer elemento que podría favorecer la adherencia al tratamiento es la información que tanto el paciente como la familia tengan sobre la enfermedad. Los médicos son generalmente los primeros en proporcionar la información inicial al dar a conocer el diagnóstico, pero en un segundo momento, la información puede ser reforzada a través de un curso o taller sobre la enfermedad y sus cuidados. Este segundo momento de información, puede formar parte de la intervención psicológica.
- La diabetes es una enfermedad que requiere visitas periódicas al médico ya que los pacientes necesitan estar bien controlados en cuanto a la dosis del medicamento que requiere su organismo, al ejercicio ya la dieta. Por tanto el paciente y su familia deben establecer una relación cercana con el equipo multidisciplinario, una relación que exige además de información, un contacto cercano y una relación empática entre el personal de salud, el paciente y su familia.
- La forma en la que reaccione la familia ante la diabetes determina ciertas habilidades que pueden beneficiar o perjudicar el modo como se afronta la enfermedad. La dinámica familiar se modifica a partir del síntoma somático. Generalmente éste sirve para evitar otros conflictos existentes en la familia. Lo más adecuado es que la familia asuma un modelo de afrontamiento no evitativo, es decir, que afronte sus conflictos y se adapte a los requerimientos de la enfermedad crónica en lugar de evitarlos.

Conclusiones

- Resulta vitalmente importante conocer y comprender qué es lo que sucede en el paciente y en la familia cuando se presenta una enfermedad crónica como la diabetes. No se debe pasar por alto que se está tratando con personas que poseen características muy diferentes y únicas entre ellas, que por esto mismo reaccionan de diferente forma ante la situación de una enfermedad crónica. Empero, se ha observado que existen actitudes y reacciones similares durante el diagnóstico y en etapas de crisis como la depresión y la ansiedad tanto en pacientes como en la familia.
- Las técnicas conductistas son las más utilizadas en psicología de la salud y sobre las que más investigaciones se han realizado. Son técnicas directivas que trabajan con objetivos específicos y que han mostrado resultados satisfactorios y significativos en la adherencia al tratamiento. En una gran variedad de pacientes se ha visto que resultan los programas que establecen metas cuantificables como por ejemplo, lograr que el paciente auto monitoree el nivel de glucosa en la sangre cierto número de veces al día, que cumpla los horarios exactos para la toma de sus medicamentos orales, que se inyecte una dosis de insulina a la misma hora todos los días. Y las recompensas también están en función de ciertas conductas como cumplir con una dieta, lograr cierto nivel de glucosa en forma constante, etc.

Propuesta - antecedentes**7. PROPUESTA: UN TALLER DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE DIABÉTICO Y SU FAMILIA; INCORPORACIÓN DEL APOYO FAMILIAR COMO ELEMENTOS QUE MEJORAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.****7.1. ANTECEDENTES.**

Con el trabajo de revisión bibliográfica desarrollado para la elaboración del presente trabajo, se tuvo la oportunidad de obtener dos subproductos. El primero de ellos, fue la elaboración y publicación de un artículo de difusión publicado en la Revista Síndesis en la FES Zaragoza, titulado: Diabetes y Apoyo Social; Revisión general y posibles líneas de investigación (véase anexo 1). El segundo producto fue la preparación y propuesta de un taller de información para pacientes diabéticos y su familia, así como la incorporación del apoyo familiar como elementos que mejoran la adherencia al tratamiento.

Dicho taller fue propuesto en el Programa académico de Psicología de la Salud, de la carrera de Psicología en la FES Zaragoza y se encuentra en espera de su aprobación para ser implementado. A continuación se presenta el Programa del Taller en sus rasgos esenciales:

7.2. FUNDAMENTACIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica evolutiva, es condicionada por factores ambientales y hereditarios. Altera el metabolismo intermedio de carbohidratos, proteínas y lípidos, dichas alteraciones llevan a daños vasculares y neurológicos.

Es un problema de salud pública, en nuestro país se registra un aumento en la proporción de muertes atribuidas a esta enfermedad. En los 70's la diabetes fue una de las diez principales causas de mortalidad en México; en 1990 la tasa de mortalidad aumentó de 15.2 a 31.7 por 100.000 habitantes y fue la cuarta causa de muerte.

En el 2001, la mortalidad total en México, en el área urbana fue de 336,551 y en la rural fue de 100,670. En este mismo año la diabetes se ubicó como la tercera causa de muerte con 49,954 casos, 22,355 hombres y 27,577 mujeres.

Propuesta - fundamentación

En México prevalece en 10.6 % en mujeres y en 6 % de hombres, los grupos de edad que predominan son de 55 a 64 años. Actualmente se incrementa la demanda de hospitalización y su tratamiento ideal incluye el control dietético, ejercicio y mejoramiento de la calidad de vida.

Una dificultad en la adhesión al tratamiento es que para el paciente es más fácil seguir indicaciones para tomar medicamentos, sin embargo indicaciones como guardar y continuar una dieta, realizar ejercicio, etc., resultan ser más complicadas. Al formar parte del tratamiento estos requerimientos se convierten en motivos para que el paciente desista del tratamiento y deje de asistir a la consulta médica. Seguir una dieta o realizar ejercicio, se vuelve un problema mayor, cuando la familia no muestra interés en los problemas del enfermo o no proporciona el apoyo adecuado para que cumpla con el régimen de tratamiento. Aún cuando el médico lleve un control cuidadoso, si el paciente no es constante en su esfuerzo por controlar su enfermedad y si no cuenta con el apoyo suficiente y adecuado de su familia, tendrá mayores riesgos de acelerar sus complicaciones irreversibles, quedando dañados diversos órganos del cuerpo.

Diversas investigaciones han mostrado que la educación para diabéticos, respecto a cómo evitar complicaciones es útil para que éste tenga mejor conocimiento de su padecimiento y de cómo se pueden disminuir los factores de riesgo, además de ser una oportunidad de interactuar con otros en las mismas condiciones y con sus familias, expresar sus inquietudes y compartir experiencias de cuidado en esta enfermedad, facilitando su afrontamiento.

En este sentido la educación para la salud y la enseñanza de hábitos para lograr un mejor nivel de vida son medidas adecuadas para evitar consecuencias graves de esta enfermedad.

La intervención del psicólogo es importante para favorecer un mejor nivel de vida, haciendo que el paciente acepte la importancia de su propia participación, ayudando a la familia a comprender la importancia que tiene el apoyo para el enfermo para facilitar una pronta adaptación, estimulando en el paciente la comprensión y el conocimiento de su enfermedad y facilitando la práctica de estrategias de auto cuidado.

Propuesta - hipótesis

El paciente necesita aprender a sentirse bien al realizar las medidas de cuidado.

Bajo la premisa que reconoce al nivel de conocimiento sobre la enfermedad y al apoyo familiar que percibe el paciente, como elementos importantes que afectan la adherencia al tratamiento, se desarrolló la idea de construir un Taller que comprendiera el manejo de estos elementos en pacientes diabéticos y comprobar si el taller y el mejorar la percepción que tiene el paciente del apoyo que recibe de su familia, causa algún efecto sobre la adherencia al tratamiento a través de evaluaciones del control glucémico en el supuesto de la existencia de una posible relación positiva entre control glucémico y adherencia al tratamiento.

7.3. HIPÓTESIS

H1: Si existen diferencias significativas en los indicadores de glucosa y en los puntajes de los diferentes cuestionarios para evaluar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y el apoyo familiar en pacientes con diabetes tipo II antes y después de participar en el Taller de Información sobre auto cuidado y corrección del apoyo social.

H0: No existen diferencias significativas en los indicadores de glucosa y en los puntajes de los diferentes cuestionarios para evaluar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y el apoyo familiar en pacientes con diabetes tipo II antes y después de participar en el Taller de Información sobre auto cuidado y corrección del apoyo social.

VARIABLES:

V.I.

Taller de Información sobre auto cuidado y corrección del apoyo social.

V.D.

Índice de Glucosa

Calificación en el Cuestionario de conocimientos

Calificación en el Cuestionario de Apoyo Social Percibido

Calificación en el Apgar Familiar.

7.4. MÉTODO.

Los sujetos que participarán serán 20 personas diagnosticadas con diabetes mellitus y sus familias, con un tiempo de diagnóstico reciente, de aproximadamente seis meses.

Muestreo:

El muestreo será intencional y la participación voluntaria. Los sujetos serán informados sobre los objetivos de la investigación y del taller en específico.

Diseño:

Se utilizará un diseño preexperimental intra sujeto con mediciones pretest y postest.

Instrumentos:

Nivel de Glucemia. Puede obtenerse por medio de biometría hemática (examen de laboratorio) o manualmente mediante el uso de glucómetro o dextrostix. Se considera un nivel de glucosa aceptable al resultado de obtener cifras recomendadas de glucosa (120 a 140 mg/dl en sangre venosa en ayunas).

Nivel de conocimientos sobre la enfermedad. Adecuación de la versión original del cuestionario desarrollado por el Diabetes and Hormon Center of the Pacific (Anexo 2)

Funcionalidad de la familia. APGAR Familiar. Cuestionario que permite clasificar a la familia en función de la calificación obtenida con la prueba, como: 0-3= severamente disfuncional, 4-6= Moderadamente funcional y 7-10= Funcional. (Anexo 3).

Propuesta - procedimiento

Percepción de Apoyo Familiar. ASPF. Adecuación de la Escala de Apoyo Social Percibido de la Familia. Cuestionario general sobre la ayuda que el paciente percibe y siente recibir de su familia, que consta de 20 preguntas simples. (Anexo 4)

Procedimiento:

- Se invitará a personas diagnosticadas con diabetes mellitus no insulina dependientes a participar en la investigación y en el taller. La invitación será realizada a través del servicio que se proporciona en la Clínica de Salud de la FES Zaragoza, en el servicio de Psicología de la Salud.
- En el Servicio de Psicología de la Salud se le explicará a cada paciente en que consiste la investigación y el taller, la duración y su objetivo: aprender a cuidar su salud y hacer uso del apoyo familiar para afrontar su enfermedad (ver contenido temático en Anexo 5. Además será perfectamente especificado que será realizada una selección con algunos criterios consistentes en algunas pruebas, por los objetivos de la investigación.
- En este primer contacto se tomarán datos personales, peso, talla, etc. Un formato para el registro de estos datos se encuentra en el Anexo 6.
- Se solicitará información sobre el último registro de su nivel de glucosa y se realizará la medición de su nivel glucosa si es posible. Cuando no existan condiciones para tomar la medición del nivel de glucosa se programará para reunir las condiciones del registro (ayuno de por lo menos ocho horas).
- Se aplicarán los cuestionarios para medir el apoyo social percibido de familiares, el apgar familiar y el cuestionario sobre conocimientos de su enfermedad.
- Los sujetos seleccionados para participar en el taller serán aquellos que tengan altos niveles de glucosa y bajos puntajes en los cuestionarios que evalúan el

apoyo familiar percibido, el apgar familiar, el cuestionario sobre conocimientos de su enfermedad.

- Una vez seleccionados los 20 pacientes y sus familias, se llevará a cabo el taller que consiste en 10 sesiones de 2 horas (una sesión por semana).
- Al finalizar el taller se realizará nuevamente la medición del índice de glucosa y se aplicarán nuevamente los tres cuestionarios aplicados en un inicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Aguilar, E. (1990). Cartas a un paciente diabético: como prolongar una vida saludable. México, Trillas.

Anguera de Sojo Peira y E. Palerm, Mari.(1988) El marco biopsicosocial en la asistencia de los pacientes crónicos y terminales. En: Anguera de Sojo Peira, I. Medicina Psicosomática. Ed. Doyma. México.

Anguera de Sojo, Peira y J. olla Panadés.(1988). Psicosomática: orígenes, conceptos, marcos de referencia, limitaciones y perspectivas. En : Anguerra de Sojo, Peira . Medicina Psicosomática. Doyma. México.

Ajzen, I., y Fisbhein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey, Prentice - Hall.

Avia, M.D. (1981): La auto observación: En R. Fernández - Ballesteros y J. A. Carrolles: Evaluación conductual. Madrid, Piramide.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emocional disorders. New York. International University Press.

Belle, D. (1982). The stress of caring: Women as providers of social support. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) Handbook of stress: Theoretical and clinical asects. New Yor. The Free Press.

Belloch, A. (1989). Conducta de salud y conducta de enfermedad. En: E. Ibañez y A. Belloch (eds). Psicología y medicina. España, Promolibro.

Birguita, I.R., Rusell, M.D., Alan, J.K. y Madison. W. (1992). Increased healing rate of food ulcers with termal bioffedback assisted relaxation training. Diabetes Care, 15: 7: 430-438.

Bowden, CH.L. y Burstein, A.G. (1990). Bases psicosociales de la atención médica. México. Ed. Limusa.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J.C. (1996). Manual de psicología clínica y de la salud. España. Siglo XXI.

Cargoso, G.M.A. (1998). Importancia de la cultura como referencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus. Comunidad Zaragoza. México, 4:4: 17- 18.

Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (1998). Hoja Nacional de Datos sobre la Diabetes: Estimados nacionales e información general sobre la diabetes en los Estados Unidos. Atlanta, Georgia: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centro para el control y prevención de enfermedades.

Cohen, S. Y Ashby, T. (1985). Stress, social support and buffering hypotesis. Psychological Bulletin, 98(2),pp. 310-357.

Cox, J.D. y Gorder, F.L. (1991). Mayor developments in behavioral diabetes research. Behavioral Diabetes Research. 628-638.

Drury, M.I. (1991). Diabetes Mellitus. Barcelona. Ed. Médica Panamericana.

Edwards, D.L. (1999). Psychological factors affecting adherente and metabolic control in diabetes mellitus. Diseertation Abstracts Internacional: Section B: The Science & Enginnering. 60: 2-B: 0825.

Escobedo, de la P, J., Frank, M. J. y Langer, G.A. (1995). Transición de la atención a la salud. La diabetes Mellitus en México. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Report. Diabetes Care, (Suppl.7), 1183-1197.

Fernández, G.O. (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México.

Fernández, R.L. (1994). Manual de psicología preventiva; teoría y práctica. México. Siglo XXI.

Fisbhein, M. (1980). A theory of reasoned action; some applications and implications. En: M.M. Page (eds): 1979

Foster, M. Francis. Problemas psicológicos del enfermo crónico. pág. 46-53. En : Wohl, G. Michel. (1959).

Enfermedades de larga duración; tratamiento del enfermo crónico. Ed. Interamericana. México.

Foster, W. D. Diabetes Sacarina. En. Harrison. Medicina Interna; principios. Vol.1. pág. 2167 Ed. Interamericana.

Gallardo, M. (1998). Diabetes mellitus. Comunidad Zaragoza. México. 4: 3: 12-19.

Garryty, T.F. y Cols. (1976) Report to the Task Group on Cardiac Rehabilitation. EN: S.M. Weiss (ed): Proceedings of the national Heart and Lung Institute Working Conference of Health Behavior, Washington, U.S. Government Printing Office.

Glasgow, R.E. y Toobert, D.J. (1988). Social environmental and regimen adherence among type II diabetic patients. Diabetes Care. 11:377-386.

Gilardi, V. (1991). Programa de prevención y rehabilitación para pacientes con retinosis pigmentaria. México. Facultad de Psicología. UNAM. Tesis de Licenciatura.

González, E. (2000). Escala de desesperanza para niños: Características psicométricas en tres muestras de niños mexicanos. México. Facultad de Psicología. UNAM. Tesis de Licenciatura.

Good, B.J. y Good, M.J.D. (1980). The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice. En: Eisenberg y A. Kleinman (eds): The relevance of social science for medicine, Boston, Reidel.

Green, W. A; Moss, A. J. Y Goldstein, S. (1974). Delay, denial and death in coronary heart disease. En: R.S. Eliot (ed). Stress and Heart, New York, Futura.

Grier, J.B. (1999). The relationship of stage of change, self-efficacy and coping style to health status in adults with non-insulin dependent diabetes. Dissertation Abstracts International: Section B: The Science & Engineering. 60:5-B:2340.

Heller, K. (1986). Introduction to the special series. Journal of Consulting and clinical psychology. 54(4),pp-415.

Heller, K., Swindle, R.W. y Dusenbury, L. (1986). Coments social suport processes. Coments and integration. Journal of consulting and clinical psychology. 54 (4),pp. 466-470.

Herman, W.H., Sinnock, P., Brenner, E., Brimberry, J.L. et.al. (1984). An epidemiologic model for diabetes mellitus: incidencia, prevalencia and mortality. Diabetes Care: 7:4.

Ilias, Ioannis, et al. (2001). Perception of family support is correlated with glycemc control in Greeks with diabetes mellitus. Psychological Reports. 88:3: 929-930.

I.N.E.G.I. (2001). INEGI.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?t=msa104&c=3354>.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. (1989). Estudio sobre egresos hospitalarios de diabetes mellitus durante siete años a nivel nacional en el IMSS. 1980-1986. México, D.F.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993). Información estadística del sector salud y seguridad social. Cuaderno. No. 11, México.

Janis, I. I. (1967). Effects of the arousal on attitude change; recent developments in theory and experimental research. En: L. Bercowitz (ed). Advances in experimental social psychology. Vol. 3. New York, Academic Press.

Jenkins, D.C. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease. New England Journal of Medicine. 284:244-255.

Krall, P.L. y Beaser, S.R. (1992). Manual Joslin de diabetes. Barcelona. Ed. Científicas y técnicas.

King, Eva Marie. (2002). The role of family environment and treatment adherente in the metabolic control of children with type I diabetes: A meta- Análisis. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering. 63:5-B:2590.

Kirscht, J.P. (1983). Preventive health behavior: A review of research and issues. Health Psychology, 2, 277-301.

Kutz, David J. (2000). A modelo f adherente in type 2 diabetes mellitus: The role of psychosocial factors. Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences & Engineering. 60: 8-B: 4231.

La Greca, A.M. et al. (1995). I get with a little help from my family and friends; adolescent's support for diabetes care. Journal of Pediatric Psychology. 20: 4: 449-476.

Langlie, J.K. (1977). Social networks, health beliefs and preventive behavior. Journal of Health and Social Behavior. 18; 244-259.

Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and coping process. New York. McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. (1983). The costs and benefits of denial. En: S. Bresnitz (ed). Denial of Stress. New York, International Universities Press.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. 1986). Stress, Appraisal and coping. New Cork. Springer.

Lerman, I. (1994). Atención integral del paciente diabético. México. McGrall Hill.

Leventhal, H. (1970). Finding and theory in the study of fear communications. En: L. Berkowitz (ed). Advances in experimental social psychology. Vol. 5. New York, Academic Press.

Levanthal, H., y Cleary, P.D. (1980). The smoking problem; Review of the research and theory in behavior risk modification. Psychological Bulletin, 88, 370-405.

Lezama Fernandez, M., et.al. (1990). Información epidemiológica para la elaboración del diagnóstico de la salud en México. 1988. Boletín mensual de epidemiología. Sistema Nacional de Salud. 5: 2.

Lieberman, M.A. (1982). The effects of social support on response to stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York. The Free Press.

Litvak, J., Ruiz, L., Restropo, H Y McAlister, A. (1987). El problema creciente de las enfermedades no transmisibles; un desafío para los países de las Américas. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 103: 5: 433-448.

Maldonado, A. y Bloise, D. (1995). Diabetes Mellitus: Lessons from patient education. Patient Education and Counseling. Diabetes unit. CIMS. Roma. La sapienza University.

Martínez, M. (1994). La psicología clínica en la actualidad; Salud, Formación e interdisciplinariedad. Anuario de psicología. (63). Barcelona. Universidad de Barcelona.

Matarazzo D., Weiss, J. y Sharlene, M. (1985). Behavioral Health. A Handbook of health enhancement and disease prevention. Nueva York. John Wiley & Sons.

McGuigan, F.J. (1976). Psicología experimental; enfoque metodológico. México, Trillas.

McGuire, W. J. (1969). The nature of attitudes and attitudinal change. En: G. Lindzey y E. Aaronson: Handbook of social psychology. Cambridge, Addison-Wesley.

Meagher, M.D., Gregor, F. Y Stewart, M. (1987). Dyadic social support for cardiac surgery patients: A Canadian Approach. Social Science and Medicine, 25(7), pp. 833-837.

Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behavior modification. New York. Plenum Press.

Meichenbaum, D. y Turk, C.D. (1991). Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Desclée Brouwer.

Moncada, L.E. (1984). Educación en diabetes. Barcelona Ed. Científico médico.

Morales, C.F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires. Paidós.

Murphy, E., y Kinmonth, A.L. (1995). No symptoms, no problem? Patient's understandings on non-insulin dependent diabetes. Family Practice. 12: 2: 184-192.

Nava, T.A. (1984). Diabetes Mellitus. Estudio Clínico y Complicaciones. Hospital General de Zona (HGZ). Unidad de Medicina Familiar No. 8 (U.M.F. No.8). México.

Nebraska symposium on motivation. Lincoln, University of Nebraska Press.s/f.

Nerenz, D.R. y Leventhal, H. (1983). Self-regulation theory in chronic illness. En: T. C. Burish y L. A. Bradley (eds): Coping with chronic disease: research and applications, New York, Academic Press.

Pendley, Jennifer Shroff, et al. (2002). Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes. Journal of Pediatric Psychology. 27: 5: 429-438

Polaino - Lorente, A. (1994). Psicología y diabetes infatojuvenil. México. Siglo XXI.

Pollock, K. (1988). On the nature of social stress: Preoduction of a modern mythology. Social Science and Medicine, 26(3),pp. 381-392.

Poradzisz, Michele (2002). Variables affecting quality of life and adherence in adults with type 2 diabetes. Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences & Enginnering. 62: 11-B. 5036.

Puente Silva, F. (1985). Adherencia terapéutica. México. Le Petit.

Robles Silva, Leticia y Cols. (1995). Las fuentes de apoyo en los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública de México. 37: 187-195.

Rodríguez, M. y Montiel, A. (1986). El auto registro como factor determinante en el incremento de la adherencia terapéutica dentro de los programas de salud implementados en el Hospital General de la Secretaría de Salud del D.F. México. Facultad de Psicología. UNAM. Tesis de Licenciatura.

Rodríguez Morán, Martha Y Guerrero Romero, F. (1997). La Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública de México. 39: 44-47.

Rodríguez, O.G. (1999). Fortalecimiento de la adherencia al tratamiento. México. Porrúa.

Ruzicki, D. (1984). Relationship of participation preferente and health locus of control in diabetes education. *Diabetes Care*. 7: 372-377.

Sandoval, R. (1994). Diabetes mellitus; Un problema de Salud Pública. Segundo Foro. *Gaceta UNAM*. México. 2885.: 19 -21.

San Martín, H. (1981). Salud y Enfermedad. México. Prensa Médica Mexicana.

San Martín, H. (1988). Tratado general de salud en las sociedades humanas. México. Prensa Médica Mexicana.

Schlenk, E., y Hart, L. (1984). Relationship between health locus of control, health value and social support and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 7: 566-574.

Secretaría de Salud. (1993). Encuesta nacional de Enfermedades crónicas. México, D.F.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, (1995). Epidemiología de la diabetes en la Secretaría de Salud. México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1988-2001). Boletín de Información Estadística. Daños a a Salud. Vol. II, Nos. 18, 19, 20. México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (2002). Base de datos sobre morbilidad (2002). Por categorías de la CIE 10. Procesamiento INEGI, México.

Skinner, T. Chas; John, Mary; Hampson, Sarah E. (2000). Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 25:4: 257-267.

Snyder, J.J.(1989) Health Psycgology & Behavioral Medicine.New Jersey, Prentice Hall.

Sousa, A. (1987). Aproximaciones psicológicas para la promoción de la adherencia terapéutica. México. Facultad de Psicología. UNAM. Tesis de Licenciatura.

Stewart, J.M. (1989). Social support: diverse theoretical Perspectives. *Social Science and Medicine*, 28(12), pp.1275-1282.

Strickland, B.R. (1978). Internal - external expectancies and health - related behaviors. *Journal of consulting and clinical psychology*. 46; 1192-1211.

Surwitt, R.S. et al. (1982). Behavioral approaches to cardiovascular disease. New York. Academic Press.

Taylor, S.E. (1986). Health Psychology. New York, Random House.

Taylor, R. Y Shelley, E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45(1), pp.40-50.

Thoits, A.P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4), p.416-423.

Trief, Paula M. (2003). Describing support: A qualitative study of couples living with diabetes. *Families, Systems & Health*. 21:1: 57-67.

Valádez Figueroa, Isabel y Adrete Rodríguez, María Guadalupe. (1993). Influencia de la Familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública de México*. 35:464-470.

Vázquez, R.M., Romero, R.E., Escandón, R.C., Escobedo de la Peña, J. (1993). Prevalencia de la diabetes mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo asociados en una población de México, D.F. *Gaceta Médica de México*. 129: 3.

Villalobos, B.E., Elizabeth Rivera Campos y Alfredo Villegas López. (2004). Diabetes y Apoyo Social; revisión general y posibles líneas de investigación. *Síndesis-Z*. 13:3-10.

Vingerhoets, A.J.J. y Marcelissen, F.H. (1988). Stress research; its present status and issues for future developments. *Social Science and Medicine*, 26(3), pp.279-291.

Wallston, K.A., y Wallston, B.S. (1983): Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. En: G. Saunders y J. Suls (eds). Social psychology of health and illness. New Jersey, Erbaum.

Weiss, J., y Hutchinson, S.A. (2000). Warning about vulnerability in clients with diabetes and hipertensión. Qualitative Health Research. 10:4: 521-537.

Williams, K.E. y Bend, M.J. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. Psychology Health & Medicine. 7:2: 127-141.

Wing, R.R. et al. (1986). Behavioral self regulation in the treatment of patient with diabetes mellitus. Psychological Bulletin. 45: 78-89.

Wohl, G. Michel. (1959). Enfermedades de larga duración; tratamiento del enfermo crónico. Ed. Interamericana. México

Yalom, I.D. (1975). Teoría y práctica de la psicoterapia de grupos. Nueva York. Basic Books.

Zarate, A. (1989). Diabetes mellitus. México. Trillas.

Zubirán, S. (1974). Historia Natural de la Diabetes Mellitus. Revista de la Facultad de Medicina. XVIII, junio.

ANEXO 1.

Villalobos Bernal, Ernesto; Elizabeth Rivera Campos y Alfredo Villegas López. (2004) Diabetes y Apoyo Social; revisión general y posibles líneas de investigación. Síndesis. No. 13; 3-10.

Diabetes y apoyo social; revisión general y posibles líneas de investigación

Ernesto Villalobos Bernal*, Elizabeth Rivera Campos**, Alfredo Villegas López***

Este artículo tiene como intención principal realizar una breve revisión sobre los conceptos de diabetes y apoyo social. Después de la misma, se intenta caracterizar la relación que pueden tener estos conceptos en el campo terapéutico y de manera específica en la adherencia al tratamiento de la diabetes. En la parte final, se desarrolla una sugerencia que, como línea de investigación pudiera ser importante.

El papel de la sociedad, de los cambios que ha sufrido, de los efectos que ha tenido sobre la salud de los individuos a través de la producción de estrés y de patrones de comportamiento culturalmente mantenidos y transmitidos, así como la función de los elementos de tipo social y su utilidad para reducir o aliviar los efectos del estrés, y para mantener la adherencia a tratamientos de enfermedades principalmente crónicas, ha sido tema de una considerable cantidad de investigaciones (Pollok, 1988; Belle, 1982; Lieberman, 1982).

Concretamente, el interés para realizar investigación sobre estos elementos (redes, soporte y recursos sociales) procede o tiene sus orígenes en la sociología. A partir de esto, muy recientemente se ha desarrollado un conjunto de investigaciones que intentan aclarar las condiciones bajo las cuales el mundo social de las personas se relaciona funcionalmente con la salud física y mental (Leavy, 1983; Thoits, 1986; Belle, 1982).

Tratando de identificar y conocer el papel que juega el soporte social con relación al estrés y a la enfermedad, se han llevado a cabo investigaciones sobre diferentes problemas, como por ejemplo, la reducción de complicaciones originadas por el embarazo en mujeres con altos niveles de estrés, la prevención de reacciones psicológicas después de la hospitalización por diversas enfermedades, la recuperación postoperatoria como protección para la depresión clínica y, asimismo, el papel del apoyo social como reductor del estrés después de alguna pérdida, privación, desgracia, o como reductor del estrés en áreas laborales muy estresantes y como elemento promotor de la adherencia a los tratamientos médicos.

A pesar de que la investigación ha sido muy extensa, ésta ha enfrentado diversos obstáculos, entre los cuales se encuentran: la imposibilidad de llevar a cabo comparaciones de resultados, por la gran diversidad en todos los rubros, los problemas clásicos de medición y muestreo, así como la derivación de relaciones causales a partir de los resultados o de la información procedente de estudios seccionales (Lieberman, 1982; Cohen y Ashby, 1985).

La investigación de los efectos que tiene la ayuda proporcionada por una persona a otra, que se encuentra en una situación o condición crítica, se ha desarrollado tanto en situaciones no específicas (estudio de la estructura y función de las redes sociales) como específicas (estudio de la estructura y función del apoyo social).

Las redes sociales se consideran como el contexto en el que los recursos sociales están contenidos. Se han estudiado sus características (tamaño, densidad, composición cantidad, contenido

* Licenciado en Psicología, profesor de la FES Zaragoza

** Pasante de la carrera de Psicología, FES Zaragoza

*** Licenciado en Psicología, profesor de la FES Zaragoza

de intercambio, interconexión de sus miembros) y el impacto de éstos sobre el ajuste.

El apoyo social o recurso social es un concepto más estrecho y su investigación ha dependido de la percepción que la gente tiene de su red social. De esta forma, la investigación ha producido índices generales del contexto social de las personas (situación no específica) y ha requerido la identificación de personas que son cuestionadas sobre la ayuda proporcionada o recibida en el afrontamiento de una situación estresante o crítica (situación específica).

En general, el campo se ha movido no sólo hacia la especificación de las fuentes sociales relevantes, sino hacia la definición de las clases de ayuda recibidas y de los individuos que figuran o forman parte en un intercambio funcional o emocional.

Se ha diferenciado el tipo de apoyo social como formal o informal; dentro del primero pueden identificarse como ejemplos los servicios de asistencia social y la psicoterapia proporcionada por los profesionales; dentro del segundo, se incluyen a los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etcétera.

Asimismo, por lo común se identifican cuatro tipos importantes de apoyo (Thoits, 1986; Meagher, Gregor y Stewart, 1987), a saber: emocional, informativo, instrumental y de evaluación.

El apoyo emocional incluye el proveer empatía, cariño, amor, estimación, afecto y relación. Este soporte es considerado como uno de los más importantes.

Proveer a una persona con información que pueda usar en el afrontamiento de problemas con personas o con el ambiente, se considera como apoyo de información y generalmente incluye sugerencias, directrices, información y avisos.

La conducta instrumental que ayuda directamente a la persona en la satisfacción de una necesidad o en el afrontamiento de un problema, se considera como apoyo instrumental y en él se incluyen las ayudas monetarias, laborales, temporales y las modificaciones directas del medio ambiente.

El apoyo de evaluación sólo incluye la transmisión de información, como por ejemplo la afirmación de posiciones, retroalimentación y comparación social.

En diversas investigaciones se ha originado un gran avance sobre el conocimiento e identificación de los tipos de apoyo social, de los elementos más efectivos para proporcionar apoyo, de las diversas situaciones en las que funciona, etcétera. Sin embargo, parece haber un consenso en el sentido de señalar una cuestión aún no resuelta: ¿Cómo opera el apoyo social? (Belle, 1982; Lieberman, 1982; Heller, 1986; Vingerhoets y Marcelisen, 1988).

Cohen y Ashby (1985) han propuesto que el efecto del apoyo social sobre el "bienestar" ocurre a través de dos procesos y los explica mediante dos modelos de apoyo: el llamado de "amortiguación", propone que el apoyo tiene un efecto protector o amortiguador contra la influencia patógena de los eventos estresantes. El modelo alternativo propone que los recursos sociales tienen un efecto benéfico *per se* sin importar cuándo y dónde la persona está bajo estrés (modelo de efecto principal).

De acuerdo con este modelo, un efecto benéfico generalizado producido por el apoyo social ocurre porque las redes sociales proporcionan a las personas experiencias positivas y un conjunto de roles o papeles estables y reconocidos socialmente por la comunidad. Esta clase de apoyo social es relevante en virtud de que proporciona al individuo efecto positivo, sentido de predicción, estabilidad en las propias situaciones de la vida y reconocimiento de autovaloración. La integración en una red social puede también ayudar a evitar experiencias negativas (por ejemplo, problemas legales o económicos) que en otro momento pueden incrementar la probabilidad de que ocurran desórdenes físicos y psicológicos.

Las redes de apoyo social están relacionadas con la salud física a través de efectos inducidos emocionalmente en el funcionamiento del sistema neuroendócrino o inmune, o influyen sobre los patrones conductuales relacionados con la salud como el fumar, el uso de alcohol o la búsqueda de ayuda médica. En una versión extrema el modelo postula que un incremento en el apoyo social produce un incremento en el bienestar sin importar el nivel existente de soporte. Por otro lado, conside-

rando que el estrés surge cuando se evalúa una situación como amenazante y no se tiene una respuesta de afrontamiento adecuada (Lazarus, 1966) y teniendo en cuenta, además, que un solo evento estresante puede no significar una gran demanda de afrontamiento para muchas personas, la acumulación de problemas múltiples puede persistir y presionar al individuo para resolver el problema, originando con ello la presencia potencial de desórdenes serios.

El proceso de evaluación está íntimamente relacionado con sentimientos de desamparo y una posible baja en la autoestima.

Los sentimientos de desamparo son producidos por la inhabilidad percibida para afrontar las situaciones que demandan una respuesta efectiva. La baja autoestima puede ocurrir por considerar que la talla para afrontar adecuadamente se debe a la carencia de habilidad o a rasgos de personalidad estables. De esta forma los efectos de amortiguación del estrés producidos por el apoyo social pueden ser ubicados en dos diferentes puntos: el primero puede intervenir entre el evento estresante y la respuesta o la reacción al estrés previniendo o atenuando el proceso de evaluación; en otras palabras, la percepción de que otros pueden y deben proporcionar los recursos necesarios puede redefinir la potencialidad dañina de la situación y/o reforzar la habilidad percibida de afrontamiento, previniendo que una situación particular sea evaluada como altamente estresante.

En otro momento, el apoyo adecuado puede intervenir entre la experiencia del estrés y el inicio de los efectos patológicos reduciendo o eliminando la reacción al estrés o influyendo directamente sobre los procesos fisiológicos.

El apoyo puede aliviar o eliminar el impacto de la evaluación del estrés proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida de éste, tranquilizando al sistema neuroendócrino, de tal forma que la persona sea

menos reactiva al percibir el estrés y facilitando la presencia y mantenimiento de conductas saludables.

Por otro lado, en un trabajo reciente Stewart (1989) revisa las cinco perspectivas teóricas que han sido propuestas como interpretaciones conceptuales del apoyo social. En primer lugar se menciona a la Teoría de la Atribución, que postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su medio ambiente de acuerdo a pesos (importancia) relativos asignados a factores internos (persona) o externos (medio ambiente). Por tanto cuando un individuo asigna la culpa del origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.

La Teoría del Afrontamiento considera que el apoyo social puede influir en el proceso de afrontamiento en el nivel de la evaluación primaria o secundaria, en la reevaluación o finalmente, como también lo establece Thoits (1986), puede funcionar como una estrategia de afrontamiento asistido, proporcionando las fuentes o recursos requeridos para encontrar las necesidades específicas evocadas por el estresor, redirigiendo la estrategia de solución de problemas, proporcionando ayuda tangible, etcétera.

La Teoría del Intercambio Social o de la Equidad, establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambio en las relaciones.

Una cuarta corriente teórica, la de la Comparación Social, postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a solicitar información sobre sus características, conducta, opiniones y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social de evaluación, que tiene por objeto exaltar el valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación, es semejante al concepto de comparación social.

Un efecto benéfico generalizado producido por el apoyo social ocurre porque las redes sociales proporcionan a las personas experiencias positivas y un conjunto de roles o papeles estables y reconocidos socialmente por la comunidad

Finalmente, la Teoría de la Soledad, que afirma que si bien existe una gran cantidad de explicaciones, solo tres son relevantes para el apoyo social:

1. La explicación sociológica, que considera a la soledad como un producto común y normal de los problemas sociales externos del individuo
2. La explicación interaccionista, que ve a la soledad como una reacción producida por la interacción de la personalidad y de los factores situacionales
3. La explicación cognoscitiva, que considera el factor mediacional entre los déficits sociales y la experiencia displacentera

Taylor y Sheley (1990), al realizar una revisión sobre el campo de la psicología de la salud, señalan que una gran parte de la investigación sobre afrontamiento se ha dirigido sobre la determinación de los recursos para que éste se dé y muy especialmente, sobre el apoyo social.

Muchas investigaciones han sido realizadas tratando de probar el efecto (directo o de amortiguación) del apoyo social. Sin embargo, quedan pendientes cuestiones tales como cuándo y dónde el soporte social puede ser realmente un recurso que está determinado por las diferencias individuales, de tal forma que algún individuo tenga mejores habilidades para hacer un uso efectivo del apoyo social potencial de otros.

Igualmente Taylor y Shelley (1990) y Heller y cols. (1985) coinciden en señalar que otra cuestión importante que tampoco ha sido investigada tiene que ver con los problemas que los proveedores experimentan en sus intentos para proporcionar apoyo social a otra persona.

En otras investigaciones se ha establecido que la mayoría de los enfermos crónicos tienen una etiología multifactorial muy compleja y que son importantes los factores ambientales (hábitos y estilos de vida, contaminación ambiental, estrés), los factores hereditarios y que incluso la etiología puede proceder de una enfermedad aguda que se hace crónica. Los factores sociales, también, son muy importantes en la etiología de las enfermedades crónicas, ya que definen en gran medida, la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas, recursos y contactos físicos, químicos, bio-

lógicos y psicológicos con incidencia en la salud del paciente.

El factor psicológico es importante porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos, así como las cargas que recibe y por las consecuencias y correlatos neuroendócrinos lógicos y viscerales ligados a la actividad mental, emocional y conductual.

Taylor (1986), también ha señalado, que después de las acciones adaptativas, se pueden producir reacciones que son comunes a toda situación de crisis:

- Mantener un equilibrio personal
- Conservar una auto imagen satisfactoria
- Preservar relaciones familiares y de amistad
- Prepararse para un futuro incierto

Los enfermos crónicos pueden adoptar distintas estrategias para afrontar los problemas de esta fase crítica:

- Negar o minimizar la gravedad de su trastorno
- Buscar información relevante
- Obtener o buscar apoyo emocional (familiares, amigos, profesionales)

Cuando la enfermedad es incapacitante amenaza gravemente el equilibrio existencial del paciente; con la pérdida de capacidades se devalúan la posición, la función social, familiar y laboral y se produce el aislamiento social, además aparecen tensiones y cambios en los papeles y relaciones del paciente.

En el curso de la enfermedad, el fracaso de las sucesivas expectativas terapéuticas, las pérdidas sociales y personales van sumiendo al paciente en la desesperanza, el desamparo, la apatía y socavan su autoestima.

También la epidemiología desde una perspectiva sociológica, ha mostrado interés en destacar la importancia sanitaria del ambiente familiar, de trabajo, vivienda, ocio, pobreza, los grupos de

competencia, la red de amigos y las relaciones sociales de apoyo. Este enfoque complementa al psicológico y psicofisiológico, su objetivo mayor es identificar factores psicosociales que aumentan la resistencia a la enfermedad y los que la disminuyen, así como la forma de obtener cambios favorables. Se enmarca bien en la teoría de sistemas que sitúa al individuo como un todo, al que inevitablemente tienen que estar referidos todos los niveles de realidad y partes que lo componen (sistemas, órganos, tejidos, células, moléculas, átomos).

Las principales manifestaciones de interés para la psicología son los factores indicativos de invalidez y los requerimientos de cambios en los estilos de vida. En segundo lugar, aparecen en los cuadros crónicos, una nueva categoría de agentes causales; los factores mantenedores (etiología secundaria) muchas veces consistentes en las modificaciones en el estilo de vida y las relaciones interpersonales. Ambas esferas, los cambios adaptativos y los agentes mantenedores reactivos, suelen entrar de lleno en los dominios y competencias de la psicología, sobre todo de la psicología conductual.

A partir de la idea de que la diabetes representa hoy en día un problema de salud muy importante en la mayoría de los países, de que en la actualidad no existe una cura o tratamiento definitivo para la misma y de que dicha enfermedad es considerada como una enfermedad crónica que requiere de un control adecuado para lograr vivir con ella, las concepciones de la misma y las alternativas de tratamiento han rebasado la esfera médica tradicional y se ha reconocido la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario que asegure un mayor éxito en el control y tratamiento de la diabetes (Harris y Lustman, 1998).

Como problema de salud importante, en donde se mezclan diversas clases de variables (genéticas, ambientales, sociales, etcétera), la psicología no pudo estar ausente desde el momento mismo en el que se dió esta apertura conceptual, primeramente con los intentos de la medicina psicosomática y más recientemente con el surgimiento de la llamada Medicina Conductual (Pomerleau, O., 1979).

Información que el paciente tiene sobre su enfermedad

Dentro de las aproximaciones de la medicina conductual, han sido destacadas algunas consideraciones:

1. Que el cambio conductual de pacientes diabéticos es considerado como la meta principal de los programas de educación para los mismos
2. Que un cuidado de la salud activo debe comprender la realización de algunas actividades diarias como un monitoreo regular de la glucosa en sangre, variación de la nutrición para las necesidades diarias, observar dosis adecuadas de medicamentos prescritos y un ejercicio físico regular
3. Que para influir y hacer posible un cambio de conductas relacionadas con la salud, es determinante el nivel de conocimiento sobre la enfermedad que el mismo paciente y su familia tengan
4. A lo largo de muchos años y a través de diferentes investigaciones, las ciencias sociales han tratado de establecer y comprobar diferentes teorías tratando de explicar las conductas relacionadas con la salud en general. En este sentido Janz y Becker (1984), han realizado una revisión de algunos estudios que han tratado de comprobar la utilidad del modelo de creencias de salud, para explicar dichas conductas. En general, los resultados de esta revisión indican que los estudios han producido resultados contradictorios.

Bloom y Hart (1980) y Harris y Linn (1985), también realizaron revisiones semejantes para evaluar el valor de este modelo en la explicación de las conductas de salud relacionadas con la diabetes. En el mismo sentido que Janz y Becker (op.cit.), ellos encontraron que los resultados de estos estudios revisados fueron muy divergentes.

Más recientemente, Weerd, Visser y Van der Veen (1989), propusieron la teoría de Fishbein y Ajzen como una posible guía para explicar y cambiar las conductas de salud relacionadas con la diabetes, así como para desarrollar programas de educación para los afectados por esta enfermedad.

La teoría de Fishbein y Ajzen se basa en la suposición de que la conducta del ser humano es una conducta razonada. La teoría considera a la intención de una persona como el determinante inmediato de la acción y en el mismo sentido, la intención de una persona es una función de dos determinantes básicos: la actitud y la norma social.

En correspondencia con lo anterior, se sabe que dentro de las bases importantes de la formación de actitudes se encuentra el conocimiento antecedente sobre lo que esté relacionado con la actitud y en este mismo sentido, investigaciones anteriores (por ejemplo, Janz y Becker, 1984) han mostrado la importancia de variables externas (nivel de conocimiento de la diabetes, locus de control y variables demográficas como edad, sexo, nivel educativo) en las actitudes y conductas relacionadas con la salud de pacientes diabéticos.

Luego entonces, adquiere importancia el intento de investigar para tratar de establecer la correlación existente entre el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes diabéticos de tipo II, (quizá aquellos que se encuentran inmersos en las instancias de atención primaria, posiblemente IMSS) y los valores registrados en cuanto al control glicémico observado y consignado en sus expedientes.

La evaluación de los conocimientos sobre diabetes podría ser realizada con la aplicación de un cuestionario. Este último podría ser adecuado de una versión original desarrollada por el Diabetes and Hormone Center of the Pacific (1986).

El apoyo familiar (estructura, función y percepción) del paciente diabético

En diversas investigaciones se ha tratado de establecer la importancia de que el diabético perciba su propia conducta como parte importante de su responsabilidad en el control de su enfermedad y la importancia que tienen las personas que se encuentran en su entorno, ya que la percepción y recepción de apoyo, resulta importante para el logro de los objetivos del tratamiento (Schlenk, E., Hart, L., 1984; Ruzicki, D., 1984; Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 1997; Robles-Silva y cols, 1995; Valádez-Figueroa, Aldrete-Rodríguez y Alfaro-Alfaro, 1993).

En un trabajo reciente Valádez-Figueroa, Aldrete-Rodríguez y Alfaro - Alfaro (1993), intentaron identificar y determinar la asociación de algunas características familiares de pacientes diabéticos tipo II y su posible relación con el control metabólico. Dicha investigación la realizaron en 121 familias que asistían a dos unidades de primer nivel de atención en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. En este trabajo se evaluaron las actitudes e información sobre la enfermedad, sus complicaciones y los tratamientos. En el mismo sentido, se realizaron estimaciones psicosociales sobre la etapa de desarrollo familiar, tipo de familia y la funcionalidad de la misma. Los resultados indicaron que las familias demostraron actitudes negativas y conocimientos profundos y una falta de apoyo familiar para los enfermos diabéticos en su control.

Robles-Silva (1995), realizaron una investigación con el fin de conocer los factores sociodemográficos asociados a las fuentes de apoyo de los individuos con Diabetes Mellitus tipo II. Los participantes en este estudio fueron 121 sujetos que acudían a 11 centros de salud de primer nivel de atención en la zona metropolitana del Estado de Jalisco. Se determinaron las fuentes de apoyo y diferentes características del enfermo y de su enfermedad. De manera general se concluye que la participación de las fuentes de apoyo es muy importante para el logro de los objetivos en el tratamiento y se reconoce a la familia como una fuente de apoyo accesible y disponible para este tipo de enfermos.

En el mismo sentido Rodríguez - Morán y Guerrero - Romero (1997), intentaron determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en diabéticos tipo II. La población estudiada asistía a las unidades médicas de primer nivel del estado de Durango. Se realizaron evaluaciones de la glucemia en sangre venosa y se aplicó el cuestionario Environmental Barriers to Adherence Scales, tratando de evaluar el apoyo familiar y la percepción que el paciente tiene del mismo. Sus resultados indicaron que el apoyo familiar que recibe el paciente diabético se encuentra asociado significativamente a la presencia de glucemia (< 140 mg/dl), y por tanto resulta tener influencia en el control de glucemia en los diabéticos.

En este sentido, realizar una investigación futura con el fin de evaluar la importancia del apoyo familiar sería relevante, a partir de las siguientes tres medidas y establecer su posible correlación:

1. *Estructura:* Retomando las ideas iniciales, en donde se indicó que la investigación de los efectos que tiene la ayuda proporcionada por una persona a otra, que se encuentra en una situación o condición crítica, se ha desarrollado tanto en situaciones no específicas (estudio de la estructura y función de las redes sociales) como específicas (estudio de la estructura y función del apoyo social), una de las evaluaciones del apoyo social de la familia, estará dirigida a establecer la estructura de la familia a través de un cuestionario diseñado para tal efecto. Esta evaluación, podrá ser comparable con los hallazgos reportados por Robles - Silva y Cols. (1995).
2. *Funcionalidad:* Con el fin de tener también un nivel de comparación con los resultados reportados por Valádez- Figueroa y Aldrete - Rodríguez (1993), podría ser evaluada la funcionalidad de la familia a través de la aplicación del APGAR familiar, que permite clasificar a la familia, en función de la calificación obtenida en la prueba, como : 0-3 = severamente disfuncional, 4 - 6 = moderadamente funcional y de 7 - 10 = funcional.
3. *Percepción:* La percepción que tiene el paciente diabético sobre la ayuda que le es proporcionada por su familia, como se indicó también es una cuestión muy importante, Rodríguez - Moran y Guerrero Romero (1997), realizaron un intento de evaluar esta percepción a través de la aplicación de la Environmental Barriers to Adherence Scales (EBAS), que está conformada por dos partes que se encuentran dirigidas a evaluar: a) el apoyo familiar del paciente, expresado desde falta de apoyo familiar hasta apoyo familiar muy bueno, b) la importancia de este apoyo según lo percibe el paciente, expresado desde indiferente hasta muy útil. Asimismo, para correlacionar los resultados de estas escalas, sería pertinente aplicar la Escala de Apoyo Social Percibido de la Familia (ASPF), que es un cuestionario general, que consta de 20 preguntas simples.

Control glicémico

Se ha establecido que, la cantidad normal de azúcar en la sangre es de 115 miligramos o menos, por 100 mililitros de sangre (115mg/dl) en ayunas. Después de una comida abundante, el nivel puede aumentar entre 130 y 140 mg/dl.

En correspondencia, en su estudio, Rodríguez - Figueroa y Guerrero - Romero (1997), establecieron como criterio de buen control glicémico, los casos en que los niveles de glicemia se encontraron en un nivel <140 mg/dl. En este sentido la presente investigación contempla, la utilización de este mismo criterio y dos posibilidades para su medición: a) realizar la medición de manera concurrente a la aplicación de los cuestionarios y/o b) tomar los promedios de las mediciones que aparezcan en los expedientes de los sujetos comprendidos en el estudio.

Con la evaluación de estas tres variables se pretendería realizar correlaciones que permitan decidir si existe una posible relación entre:

- Nivel de información y control glicémico
- Nivel de información y apoyo familiar
- Apoyo familiar y control glicémico
- Estructura de la familia y control glicémico
- Funcionalidad de la familia y control glicémico
- Estructura de la familia y funcionalidad de la familia
- Apoyo social otorgado y apoyo social percibido
- Medición del apoyo percibido (EASPF) y medición del apoyo percibido (EBAS)

Muy recientemente, con los adelantos de la tecnología, biología, biología molecular, genética, etcétera, se ha desarrollado la especulación sobre grandes curas o tratamientos para las enfermedades crónicas, incluida la diabetes.

Muchas promesas están contenidas en las investigaciones de la estructura del ADN y la clonación. Sin embargo, los mismos avances tecnológicos y las discusiones éticas que se derivan de estas investigaciones, necesariamente retrasarán el acceso a estos nuevos tratamientos.

Mientras tanto, es necesario continuar la búsqueda de elementos más prontamente alcanzables para que si no se alivian completamente las enfermedades crónicas, cuando menos se identifiquen aquellos que puedan mejorar la calidad de vida de las personas que sufren estas enfermedades crónicas.

Referencias

1. Belle, D. (1982). "The stress of caring: Women as providers of social support". En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York. The Free Press.
2. Bloom Cerkoney K. A., y Hart L. K. (1980). "The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus". *Diabetes care*. 2: 594-598.
3. Cohen, S Y Ashby, T. (1985). "Stress, social support and buffering hypothesis". *Psychological Bulletin*. 98(2),pp. 310-357.
4. Harris R., y Linn M.W.(1985). "Health beliefs, compliance and control of diabetes mellitus". *South Medical Journal*. 2. 162-166.
5. Harris, A. M. Y Lustman, J.P. (1998). "Team Approach; The Psychologist in Diabetes care". *Clinical Diabetes*. 16: 2.
6. Heller, K. (1986). "Introduction to the special series". *Journal of Consulting and clinical psychology*. 54 (4), pp-415.
7. Heller, K., Swindle, R.W. y Dusenbury, L. (1986). "Comments social support processes Comments and integration". *Journal of consulting and clinical psychology*. 54 (4),pp. 466-470.
8. Janz N. K., y Becker M.H. (1984). "The health model: a decade later". *Health Education Quarterly*. 11: 1-47.
9. Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York. McGraw-Hill.
10. Leavy, R.L. (1983). "Social support and psychological disorder: A review". *Journal of Community Psychology*. 11, 3-21.
11. Lieberman, M.A. (1982). "The effects of social support on response to stress". En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York. The Free Press.
12. Meagher, M.D., Gregor, F. Y Stewart, M. (1987). Dyadic social support for cardiac surgery patients: A Canadian Approach. *Social Science and Medicine*, 25(7),pp. 833-837.
13. Pollock, K. (1988). "On the nature of social stress: Production of a modern mythology". *Social Science and Medicine*, 26(3),pp. 381-392.
14. Pomerleau Ovide, F.(1979) "Behavioral medicine; the contribution of experimental analysis of behavior to medical care". *American Psychologist*. 34 8, 654-633.
15. Robles- Silva, Leticia y Cols. (1995). "Las fuentes de apoyo en los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México". *Salud Pública de México*. 37. 187-195.
16. Rodríguez - Moran Martha y Guerrero - Romero, F. (1997). "La importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia". *Salud Pública de México*. 39: 44-47.
17. Ruzicki, D. "Relationship of participation preference and health locus of control in diabetes education". *Diabetes care*: 7. 372-377.
18. Schlenk, E. Y Hart, L. (1984). "Relationship between health locus of control, health value and social support and compliance of persons with diabetes mellitus". *Diabetes Care* 7. 566-574.
19. Stewart, J.M. (1989). "Social support diverse theoretical perspectives". *Social Science and Medicine*, 28(12),pp.1275-1282.
- 20 Taylor, R. Y Shelley, E. (1990). "Health psychology: The science and the field". *American Psychologist*, 45(1),pp.40-50.
21. Thoits, A.P. (1986). "Social support as coping assistance". *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4),p.416-423.
22. Valárez - Figueroa, Isabel y Aldrete Rodríguez, María Guadalupe. (1993). "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II". *Salud Pública de México*. 35: 464- 470.
23. Vingerhoets, A.J.J. y Marcelissen, F.H. (1988). "Stress research; its present status and issues for future developments". *Social Science and Medicine*, 26(3),pp.279-291.
24. Weerd de J., Visser A.P., y Van der Veen E. A. (1989). "Attitude behavior theories and diabetes education programmers". *Patient Education Counseling*. 14. 3-19.

ANEXO: 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES.

Instrucciones: Las siguientes preguntas pueden evaluar el nivel de conocimiento que Usted tiene sobre los aspectos principales de la diabetes.

I. Por favor señale con una (X), la respuesta que considere como correcta:

1. La Diabetes Mellitus:

- es causada por comer mucha azúcar y comidas endulzadas
- es una condición en la que el cuerpo no puede usar la comida apropiadamente
- resulta cuando el riñón no puede controlar el azúcar en la orina
- es causada por una falla del hígado

2. El (Los) síntoma (s) más común (es) de la Diabetes Mellitus es (son):

- dolor de cabeza y pecho
- frecuencia urinaria alta, hambre, sed
- deseos por lo dulce
- transpiración, nervios

3. El nivel normal de azúcar en la sangre en ayunas está sobre:

- 40 - 70 mg/dl
- 65 - 110 mg/dl
- 115 - 160 mg/dl
- 160 - 240 mg/dl

4. Las pastillas para la Diabetes (medicamento oral):

- es insulina tomada en forma de pastilla
- puede bajar el nivel de azúcar en la sangre
- son recomendadas a cualquier persona con Diabetes
- pueden ser tomadas a cualquier hora del día

5. La insulina:

- mantiene constante el nivel de azúcar en la sangre todo el día
- pueden ser tomadas a cualquier hora del día
- ayuda al cuerpo a usar la comida apropiadamente permitiendo la entrada del azúcar en las células
- eleva el nivel de la azúcar en la sangre, manteniendo azúcar en los vasos sanguíneos

6. Un programa de ejercicio regular:

- puede ayudar a controlar el azúcar en la sangre
- puede bajar la presión sanguínea y los niveles de colesterol
- no afecta los niveles de azúcar en la sangre
- puede ayudar a controlar el azúcar en la sangre Y puede bajar la presión sanguínea y los niveles de colesterol
- puede ayudar a controlar el azúcar Y no afectar el nivel de azúcar en la sangre

7. Un plan de alimentación para la diabetes:

- debe ser individualizado para satisfacer sus necesidades
- es una dieta que requiere muchas comidas especiales
- no permite que consuma harinas
- permite que coma las veces que desee

8. Las comidas con altos niveles de grasas saturadas y colesterol deben ser limitadas para:

- bajar su nivel de azúcar en sangre
- disminuir la probabilidad de enfermarse del corazón
- bajar su ritmo cardíaco
- se desconoce

9.Cuál es la mejor elección de comida para tener menos molestias en el día, para una persona con diabetes que toma insulina diariamente?

- refresco dietético y té caliente
- sopa y ensalada de manzanas
- licuado
- no comer o beber nada excepto agua

10. Cuál de las siguientes declaraciones es correcta para la gente con Diabetes?

- todo aquel con diabetes debe tomar un tente(e)n pié entre comidas
- todos los deportes activos o ejercicios fuertes deben ser evitados si se está tomando insulina
- los cambios en el estilo de vida (planear la comida, ejercicios, medicamentos, controlar el estrés) puede ayudar a manejar la diabetes exitosamente.
- Los viajes deben ser evitados si se toma insulina

II. Por favor, indique para cada una de las declaraciones siguientes, si las considera Falsas (F) o Verdaderas (V).

11. No es necesario controlar la cantidad de comida cuando se toman pastillas para la Diabetes (medicamentos orales para la Diabetes).

- FALSO
- VERDADERO

12. Ciertas pastillas para la Diabetes pueden ayudar para bajar de peso.

- FALSO
- VERDADERO

13. En muchos casos, el ejercicio puede bajar los niveles de azúcar en la sangre.

- FALSO
- VERDADERO

14. Los efectos del ejercicio pueden, después de un tiempo pararse.

- FALSO
- VERDADERO

15. Las comidas deben ser igualmente espaciadas durante el día, por ejemplo, 4 - 5 horas.

- FALSO
- VERDADERO

16. El plan de alimentación de la diabetes debe ser modificado de tiempo en tiempo, de acuerdo con el estilo de vida.
- FALSO
 - VERDADERO
17. A la gente con diabetes se le permite usar la cantidad de sustituto de azúcar que deseé
- FALSO
 - VERDADERO
18. Mucha gente con diabetes tipo II puede mantener buen control de azúcar en la sangre, siguiendo un plan apropiado de alimentación sin tener que tomar medicamentos.
- FALSO
 - VERDADERO
19. La comida, el ejercicio, los medicamentos para la diabetes y el estrés, pueden afectar los niveles de azúcar en la sangre.
- FALSO
 - VERDADERO
20. La hemoglobina Glucosada (hemoglobina A_{1c}) es una prueba de sangre que muestra el nivel de grasa en la sangre durante las pasadas 8 - 12 semanas.
- FALSO
 - VERDADERO
21. La probabilidad de sufrir diabetes tipo II es más grande si un familiar ha tenido diabetes.
- FALSO
 - VERDADERO
22. Una persona con diabetes puede, frecuentemente, tener miedo, ansiedad, negación, frustración, resentimiento o cólera.
- FALSO
 - VERDADERO

23. Una persona con diabetes puede tener una más grande probabilidad de sufrir un ataque al corazón, embolia, ceguera o enfermedades del riñón, en comparación con una gente que no tiene diabetes.
- FALSO
 - VERDADERO
24. Teniendo buenos cuidados para sus pies (protección, limpieza y apoyo) puede estar protegido de cualquier infección, daño y otros problemas relacionados con la pobre circulación y daño nervioso.
- FALSO
 - VERDADERO
25. Cuando el nivel de azúcar en la sangre de una persona está fuera de control (alto), existe un mayor probabilidad de sufrir infecciones y enfermedades.
- FALSO
 - VERDADERO

CALIFICACION DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES.

23 RESPUESTAS CORRECTAS O MÁS = EXCELENTE (90%)

20 - 22 RESPUESTAS CORRECTAS = BUENO (80%)

17 - 19 RESPUESTAS CORRECTAS = RAZONABLE (70%)

MENOS DE 17 RESPUESTAS CORRECTAS = ES NECESARIO MAYOR EDUCACIÓN SOBRE DIABETES.

RESPUESTAS CORRECTAS:

1. es una condición en la que el cuerpo no puede usar la comida apropiadamente.
2. frecuencia urinaria alta, hambre, sed
3. 65 - 110 mg/dl
4. puede bajar el nivel de azúcar en la sangre
5. ayuda al cuerpo a usar la comida apropiadamente permitiendo la entrada del azúcar en las células
6. puede ayudar a controlar el azúcar en la sangre Y puede bajar la presión sanguínea y los niveles de colesterol
7. debe ser individualizado para satisfacer sus necesidades
8. disminuir la probabilidad de enfermarse del corazón
9. sopa y ensalada de manzanas
10. los cambios en el estilo de vida (planear la comida, ejercicios, medicamentos, controlar el estrés) puede ayudar a manejar la diabetes exitosamente.
11. Falso
12. Verdadero
13. Verdadero
14. Verdadero
15. Verdadero
16. Verdadero
17. Falso
18. Verdadero
19. Verdadero
20. Falso
21. Verdadero
22. Verdadero
23. Verdadero
24. Verdadero
25. Verdadero

ANEXO 3

APGAR.FAMILIAR. (FUNCIONALIDAD FAMILIAR)

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene Usted un problema?

Casi nunca _____

A veces _____

Casi siempre _____

2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?

Casi nunca _____

A veces _____

Casi siempre _____

3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

Casi nunca _____

A veces _____

Casi siempre _____

4. ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?

Casi nunca _____

A veces _____

Casi siempre _____

5. ¿Siente que su familia lo quiere?

Casi nunca _____

A veces _____

Casi siempre _____

7.- Ciertos miembros de mi familia acuden a mi cuando ellos tienen problemas o necesitan ayuda.

SI NO NO SE

8.- Yo confié en mi familia para obtener apoyo emocional.

SI NO NO SE

9.- Existe un miembro de mi familia con quien yo puedo acudir sin sentirme mal, cuando me siento desanimado.

SI NO NO SE

10.- Mi familia y yo somos muy abiertos sobre lo que pensamos de las cosas.

SI NO NO SE

11.- Mi familia es sensitiva a mis necesidades personales.

SI NO NO SE

12.- Los miembros de mi familia acuden a mí por apoyo emocional.

SI NO NO SE

13.- Los miembros de mi familia son buenos con ayudarme a resolver mis problemas.

SI NO NO SE

14.- Yo tengo una profunda relación con algunos miembros de mi familia.

SI NO NO SE

15.- Los miembros de mi familia obtienen buenas ideas sobre como hacer las cosas para mí.

SI NO NO SE

16.- Cuando yo confié en un miembro de mi familia , me siento inconforme.

SI NO NO SE

ANEXO 5.

TALLER DE INFORMACIÓN SOBRE EL AUTOCUIDADO Y CORRECCIÓN DEL APOYO DE LA FAMILIA PARA PACIENTES CON DIABETES TIPO II.

Objetivo General: Contribuir a preservar un óptimo estado de salud, promover el apoyo familiar para el paciente y de esta forma, prevenir complicaciones debidas a malos cuidados por parte de los pacientes.

Duración: 10 sesiones de dos horas. Una sesión por semana.

TEMA. 1. Qué es la Diabetes. DURACIÓN. 1 SESIÓN

Objetivos Específicos:

El Participante:

- Comentaré sus expectativas sobre el taller y realizará actividades para integrarse al grupo.
- Se informará sobre lo que es la diabetes mellitus.
- Se informará sobre posibles complicaciones de la diabetes mellitus.

SUBTEMAS:

- Bienvenida
- Integración grupal
- Diabetes Mellitus
- Diagnóstico y Tratamiento
- Prevención
- Complicaciones
- Porqué es importante cuidar la salud?

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA:

- Saludos y presentación
- Presentación de integrantes
- Exposición
- Exposición
- Dinámica de grupo: Lluvia de ideas.

TEMA 2. Control de estrés.

DURACIÓN. 1 SESIÓN

Objetivos Específicos:

El Participante:

- Definirá su concepto de estrés
- Analizará con el grupo su concepto de estrés
- Comentaré sus propias reacciones ante el estrés
- Clasificará las fuentes de estrés
- Analizará sus reacciones a corto y largo plazo ante situaciones de estrés.
- Expresará como distribuir su tiempo en diversas actividades para cuidar su salud.

SUBTEMAS:

- Qué es el estrés?
- El estrés en la vida cotidiana
- Como reaccionamos ante el estrés
- Fuentes de estrés
- Consecuencias ante el estrés
- Aprendiendo a ocupar nuestro tiempo saludablemente

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA.

- Trabajo en equipos
- Conferencia informal
- Discusión grupal
- Trabajo en equipos
- Exposición
- Dinámica de grupo: Lluvia de ideas.

TEMA 3. La familia y su apoyo en situaciones de crisis.

DURACIÓN: 1 SESIÓN.

Objetivos Específicos.

El Participante:

- Establecerá la importancia que tienen las relaciones familiares para solucionar los problemas de la vida.
- Conocerá la importancia que tiene la familia funcional para todos sus miembros.
- Conocerá los tipos de apoyo que pueden proporcionar los miembros de su familia.
- Identificará los apoyos que ha recibido de su familia.

SUBTEMAS:

- La familia
- La familia funcional
- El Apoyo familiar
- Los tipos de apoyo familiar
- La percepción del apoyo familiar

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA.

- Conferencia informal
- Exposición
- Exposición
- Dinámica de grupo: Lluvia de ideas.
- Trabajo en equipos.

TEMA 4. Medidas de Higiene. Duración: 2 SESIONES.

Objetivos Específicos.

El participante:

- Se informará sobre medidas de higiene en general.
- Se informará sobre medidas básicas para el cuidado de la piel.
- Se informará de la importancia de la higiene bucal.
- Analizará situaciones en el ambiente que le hacen sentir estrés y llevará a cabo medidas para disminuirlas.
- Mencionará pensamientos y realizará acciones que le sirvan para controlar el estrés.
- Se informará sobre la importancia del cuidado de sus extremidades inferiores.

SUBTEMAS:

- Higiene y salud
- Higiene de la piel
- Entorno y estrés
- Soluciones a las situaciones de estrés
- Higiene y cuidado de las extremidades inferiores (pie diabético).

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA:

- Lluvia de ideas.
- Exposición
- Corrillos
- Lluvia de ideas
- Exposición y ejemplificación.
- Manejo del auto registro de diversas actividades.

TEMA 5. Cuidado de los ojos. Duración: 1 SESIÓN

Objetivos Específicos:

El participante:

- Se informará de la relación entre diabetes y daño de la visión
- Practicará medidas básicas de prevención.

SUBTEMAS:

- Examen de fondo de ojo, detección temprana y tratamiento de retinopatía.
- Prevención.

TÉCNICAS DE ESEÑANZA.

- Exposición
- Exposición.

TEMA 6. Alimentación. Duración: 2 SESIONES.

Objetivos Específicos:

El Participante:

- Se informará de los componentes de una alimentación adecuada.
- Analizará la importancia de seguir un plan dietético para prevenir complicaciones en la salud.
- Se informará de los tipos de alimentos existentes y de las cantidades que requiere de acuerdo a sus características individuales.
- Elaborará auto registros para comparar la calidad de alimentación real, con las recomendaciones del médico.

SUBTEMAS:

- La función de la alimentación adecuada.
- " El señor X come a escondidas"
- Grupos de alimentos.
- Registro de alimentación en una comida.
- Dieta balanceada.

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA.

- Exposición
- Estudio de casos
- Exposición
- Auto registro
- Exposición.

TEMA 7. Ejercicio Físico. Duración: 2 SESIONES.

Objetivos Específicos:

El participante:

- Comentaré sobre los beneficios de practicar ejercicio físico
- Aclararé dudas sobre los cuidados que debe tener para practicar ejercicio.
- Practicará alguna forma de ejercicio físico y comentará su experiencia al grupo.

SUBTEMAS:

- El ejercicio y el cuerpo
- Cuidados básicos durante el ejercicio.
- Practica de alguna rutina de ejercicios

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA.

- Exposición
- Exposición
- Tarea dirigida

ANEXO 6

CUESTIONARIO – CÉDULA DE ENTREVISTA. APOYO SOCIAL – ESTRUCTURA FAMILIAR. DIABETES.

La siguiente entrevista tiene como objetivo, recabar información relacionada con su enfermedad y la ayuda que su familia le proporciona para afrontarla (hacerle frente). Toda la información que proporcione será sólo utilizada para los fines que persigue esta investigación y será tratada en forma confidencial.

I. DATOS ENFERMO / ENFERMEDAD.

EDAD _____ SEXO _____

ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____

SITUACIÓN LABORAL. TRABAJA ACTUALMENTE _____ NO TRABAJA _____

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD _____

ENFERMEDAD CRÓNICA CONCOMITANTE _____

PRESCRIPCIÓN EN LA ÚLTIMA CONSULTA:

DE MEDICAMENTO _____

DE DIETA _____

DE EJERCICIO _____

PESO _____

NIVEL DE GLUCOSA _____

OTRAS _____

II. DATOS FUENTE DE APOYO.

¿Qué miembro de su familia le proporciona apoyo – ayuda para hacerle frente a su enfermedad?

ESPOSA (O) _____

HIJA (O) _____

OTROS _____
(Especifique)

¿De las siguientes clases de ayuda, cuál de ellas recibe con mayor frecuencia?. Especifíquelo en orden de importancia señalando las opciones del 1 – 3.

AYUDA EMOCIONAL (Compañía, información, consejos) _____

AYUDA TANGIBLE O MATERIAL (preparación de alimentos, supervisión de horarios, etc.) _____

AYUDA ECONÓMICA (dinero para medicamentos, comida, etc.) _____

¿El familiar que le proporciona ayuda vive con Usted en el mismo hogar?

SI _____

NO _____

¿Cuál es la situación laboral del familiar que le proporciona ayuda?

TRABAJA ACTUALMENTE _____ NO TRABAJA ACTUALMENTE _____

¿Cuál es su edad? _____

¿Cuál es su sexo? _____

III. DATOS UNIDAD DOMESTICA.

¿Cuál es el número total de integrantes de la familia, que viven en el mismo hogar? _____

Detalle el parentesco con relación a Usted y el sexo de cada uno de los integrantes de la familia?

PARENTESCO	SEXO	PARENTESCO	SEXO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Cuál es el ingreso mensual de la unidad familiar? _____