



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES
DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

RUBI ESCOBEDO ALCANTAR

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. EDGAR PEREZ ORTEGA

COMITÉ: LIC. MARIO MANUEL AYALA GOMEZ

MTRA. MARIA FELICITAS DOMINGUEZ ABOYTE

LIC. RICARDO MEZA TREJO

MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCIA



México, D.F.

Septiembre, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

EN MEMORIA



A MI PADRE

AGUSTIN ESCOBEDO RUBI

Dios me dio la oportunidad de conocerte porque sabia que necesitaba la guía de un ser excepcional en mi vida, te eligió a ti porque solo tu podías enseñarme a valorar cada momento, porque solo tu podías ser el mejor papá para mí. Hoy agradezco tu amor, tu compañía, tus esfuerzos por darme lo mejor, tus sacrificios, y la confianza depositada en mí durante todo este tiempo pero sobre todo por darme libertad para elegir mi propio destino y por apoyarme en esta locura de la psicología donde se que esto es la mejor de las herencias que pudiste darme, lo reconozco y agradezco eternamente.

Alguna vez me preguntaron en que me había inspirado para elegir este trabajo, porque elegir un tema del que todos hablan y no otro del que nadie o casi nadie ha escrito o de algún tema más fácil, la respuesta es simple “tú fuiste mi inspiración y mi promesa”, además a ti te debo no haberme rendido en cada noche de desvelo, solo tú me motivaste a seguir en este proceso tan largo y con tantos obstáculos pero que al final lo alcance.

Por mí y un cosas, que no puedo plasmar en letras, te agradezco ser mi guía y haberme enseñado todo lo que sabías, sé que es mi turno de seguir sin tu presencia física pero sé que en algún momento nos volveremos a encontrar y te contare todo lo nuevo que logre en mi caminar.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por que siempre estas a mi lado iluminando mi camino, enseñándome que cada día es una nueva oportunidad de vivir y con ello de compartir con las personas que más amo mis experiencias, mis sueños, hoy gracias a ti puedo tener en mis manos el trabajo de tantos años, el desvelo de tantas noches, la satisfacción de saber que lo logre, la satisfacción de abrir los ojos y ver que los sueños se hacen realidad... gracias por no desampararme.

A MI MADRE MA. SILVIA, por el gran amor y la devoción que tienes a tus hijos, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me has dado, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado como una mujer de bien, y por ser la mujer que me dio la vida y me enseñó a vivirla. Además, por ser la amiga y compañera que me ha ayudado a crecer, gracias por estar siempre conmigo en todo momento, por la paciencia que has tenido para enseñarme, por el amor que me das, por tus cuidados en el tiempo que hemos vivido juntas, por los regaños que me merecía y que no entendía... no hay palabras en este mundo para agradecerte, mamá.

A MI HERMANO ERICK, por recorrer frente y al lado de mí el camino fraternal donde contigo crecí, llore, experimente, reí, me divertí, sufrí, goce, aprendí, caí, y mil cosas más. Tu confianza, paciencia, apoyo, motivación y amor fueron un gran motor para culminar este proyecto. Estoy orgullosa de tener un buen hermano.

A MI NOVIO RICARDO GARDUÑO MENDOZA Por ayudarme a redirigir mi vida, mis emociones y sentimientos, por enseñarme a rescatarme de mí misma, ya que cuando se tiene amor y apoyo de esa persona que te mejora no falta nada para tener la inspiración suficiente de luchar por los sueños. Me has motivado para no

dejarme caer, para levantarme y aprovechar la oportunidad que la vida me ha dado, ahora sé que el más mínimo esfuerzo vale la pena, tú me lo enseñaste.

Gracias amor por ser como un faro que me ilumina por donde ir pero no como caminarlo, por creer en mí, por crecer a mi lado. TE AMO!

MIS SINODALES

Edgar Pérez Ortega - Mario Manuel Ayala Gómez

Gracias por ser grandes apoyos en los momentos de más oscuridad y desequilibrio en mi vida, por sus silencios, consejos, abrazos, regaños y motivaciones. Son unos grandes maestros de vida y de profesión. Siempre los llevaré en la mente y en el corazón.

Felicitas Domínguez - Ricardo Meza - Alejandra Luna

Gracias por su tiempo, por sus exhortaciones y por su amabilidad conmigo.

Abuel@s - Ti@s - Prim@s - Sobrin@s

Amig@s - Compañer@s - Conocid@s

He aprendido que las personas llegan y se marchan en el momento justo, no antes, no después. Gracias a los que se han marchado porque su tiempo en mi vida terminó, y sobre todo gracias a quienes sin importar el tiempo o la distancia han estado presentes, apoyándome durante esta larga travesía, creyendo en mí y alentándome cuando pensaba que no podía lograrlo.

A todas las personas directa o indirectamente que han estado en mi vida y que si no se hubieran cruzado junto a mí, hoy mi lugar sería otro, por lo que de alguna forma son parte de este trabajo.

¡MUCHAS GRACIAS!

El primer paso hacia el control, es el conocimiento de la enfermedad

Pero

No es garantía de que los conocimientos adquiridos se apliquen a la práctica

Esto es igual a...

DICHO pero no escuchado

ESCUCHADO pero no entendido

ENTENDIDO pero no aceptado

ACEPTADO pero no puesto en práctica

PUESTO EN PRÁCTICA pero ¿POR CUÁNTO TIEMPO?

El reto es...

¡QUE LO DICHO SE ESCUCHE, QUE LO ESCUCHADO SE ENTIENDA,
QUE LO ENTENDIDO SE ACEPTE Y QUE LO ACEPTADO SE PONGA
EN PRÁCTICA DURANTE TODO EL TIEMPO!

(Konrad Lorenz)

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO 1 DIABETES MELLITUS 6

Enfermedades Crónicas Degenerativas 6

Fisiología del Metabolismo Normal del Cuerpo Humano 13

 Páncreas 13

 Nutrientes 15

 Hidratos de Carbono 18

 Proteínas 18

 Lípidos 19

 Vitaminas y Minerales 20

Fisiopatología de la Diabetes 22

 Factores de Riesgo 22

 Clasificación de la Diabetes 24

 Manifestaciones clínicas de la Diabetes 27

 Complicaciones de la Diabetes 28

Aspectos Psicológicos Frente a la Diabetes 37

 Proceso de Duelo 37

 Intervención Profesional 47

CAPITULO 2 SALUD-ENFERMEDAD 50

Concepto de Conducta de Enfermedad 53

Psicología de la Salud 56

 Modelo Biopsicosocial 60

 Psicología Social de la Salud 63

Adherencia Terapéutica 65

 Factores Propiciantes para la No Adherencia al Tratamiento 73

 Factores Propiciantes para una Buena Adherencia al Tratamiento 80

El papel de la Medicina en la Adherencia Terapéutica 85

Empoderamiento y Resiliencia	88
Apoyo Social	94
Calidad de Vida y Estilo de Vida	97
CAPITULO 3 CULTURA Y CREENCIAS	107
Cultura	107
Creencias	115
Desarrollo Histórico de las Creencias Acerca de la Salud y la Enfermedad	117
Análisis Psicosocial de Creencias	127
Creencias Asociadas a la Diabetes	133
Mitos sobre el Conocimiento de la Enfermedad	134
Mitos sobre Alimentos	142
Mitos sobre la Insulina	147
Mitos sobre las Relaciones Interpersonales	150
MÉTODO	155
RESULTADOS	164
DISCUSION Y CONCLUSIONES	175
REFERENCIAS	184
Anexo I	
Glosario	196
Abreviaturas	215
Anexo II	
Relación de las Unidades Documentales	217
Ficha para el Análisis de las Unidades Documentales	221
Anexo III	
Cuadros para la Clasificación de las Unidades Documentales	224
Anexo IV	
Inventario de Resultados	308

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Proyección Global sobre la Epidemia de Diabetes: 2003-2025	9
Figura 2.	Estimación Proporcional de Mortalidad (%), México.	10
Figura 3.	Tendencias Metabólicas de Factores de Riesgo: 1980-2008	11
Figura 4.	Vista Anterior de órganos de sistema digestivo y su interconexión.	14
Figura 5.	Porciones y Funciones del páncreas.	15
Figura 6.	Metabolismo Normal.	16
Figura 7.	Factores Positivos Personales para la Adherencia Terapéutica.	165
Figura 8.	Factores Negativos Personales para la Adherencia Terapéutica.	166
Figura 9.	“Mosaico del Proceso de Salud y Enfermedad del Individuo”	181

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Proporción de la Función Endócrina en el Páncreas.	14
Tabla 2.	Grupo de Alimentos	17
Tabla 3.	Clasificación Etiológica de Diabetes	25
Tabla 4.	Evolución de la Nefropatía Diabética	33
Tabla 5.	Características del Paciente Asociadas con la Adherencia	72
Tabla 6.	Factores de Tratamiento Asociadas con la no Adherencia	73
Tabla 7.	Factores que determinan la Adherencia la Tratamiento	83
Tabla 8.	Diversas Modalidades Relación Médico-Paciente	86
Tabla 9.	Modelos de relación médico-paciente	87
Tabla 10.	Características Funcionales y Estructurales del Apoyo Social	98
Tabla 11.	Creencias sobre la Relación entre Dioses y Enfermedades	118
Tabla 12.	Componentes de la Categoría “Creencias Naturales-Sobrenaturales”	170
Tabla 13.	Temas Psicológicos Abordados en las Unidades Documentales	173
Tabla 14.	Temas Fisiopatológicos Abordados en las Unidades Documentales	174

RESUMEN

Debido al incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, especialmente la diabetes, a pasos acelerados en México y en todo el mundo en los últimos decenios, es de gran importancia poner énfasis en la reacción psicológica que efectúan las personas ante la aparición de una enfermedad de larga duración, con un proceso inestable y con periodos de remisión y exacerbación, donde todo depende del modo de responder de la persona ante su nueva situación.

Para esto, un punto fundamental es la cultura como base de conductas positivas o negativas para el bienestar de las personas, relacionándolo con las creencias acerca de la enfermedad que surgen de aquí y que se van adecuando al proceso de salud-enfermedad, específicamente en la diabetes generando así, ideas que pueden interferir o beneficiar a la adherencia al tratamiento de esta pandemia.

Tener este conocimiento es y debes ser de gran utilidad para los psicólogos comprender los porqués de ciertas conductas de las personas y sus significados en su vida ante su enfermedad y por ende apoyarlo de la mejor forma, no solo indicándoles el qué hacer sino el cómo hacerlo a sus posibilidades y su entorno.

INTRODUCCIÓN

Un tema de moda actual en la comunidad científica, educativa, política, de salud, los medios de comunicación, etc., es la búsqueda de la salud integral, ya que constantemente se habla de tratamientos, métodos y remedios para conservar una buena salud o para recuperarla, argumentando que solo si se es poseedor de una buena salud sin ninguna enfermedad, se puede vivir de manera plena completa y feliz en compañía de los seres queridos.

Por lo que hablar de salud y enfermedad, es hablar de la historia misma de la búsqueda de la supervivencia humana. Ya desde la época Griega se daban definiciones acerca de ella y se determinaba la mejor forma de obtenerla, así por ejemplo, Hipócrates dijo que la salud es la mezcla correcta de los humores y la enfermedad es una perturbación en la proporción de éstos (Harschs, 1994). En la edad media, se decía que la falta de salud o la enfermedad se debía a la violación de las leyes divinas y que una persona saludable era aquella que seguía fielmente las enseñanzas de la iglesia (Hernández y López, 2003). Por su parte, Descartes a finales del siglo XVII establece un modelo dualista; influenciado aún fuertemente por la iglesia, pero retomando los planteamientos naturalistas de los filósofos griegos, mencionando así que la salud es el resultado de la correcta relación entre mente y cuerpo (Galván y Hernández, 2003).

Así, durante mucho tiempo se concibió la salud como la ausencia de enfermedad sea cual fuere la causa de ésta y se trataba constantemente de eliminar las enfermedades, dejando a un lado la preocupación de buscar y mantener la salud, si es que no se encuentra con alguna enfermedad. En realidad, el termino salud, se refería más bien a la lucha contra la enfermedad.

Al paso de los años, se tomo conciencia de lo que significaba verdaderamente estar saludable, así surgieron nuevas formas de definir el concepto de salud como la definición que hace la Organización Mundial de la Salud [OMS] que dice que el estado de salud es el completo bienestar físico, psíquico y social de la persona, y no solo la ausencia de enfermedad, generando la idea de que no es un estado sino un proceso que está en la vida de cualquier individuo.

A través de la historia del proceso salud-enfermedad, las creencias han jugado un papel muy importante en el desarrollo de la humanidad, porque los seres humanos viven una

infinidad de situaciones cotidianas que son sustentadas por el mundo de las creencias, generando un sistema que incluye todos los conocimientos, ideas, supersticiones, mitos y leyendas compartidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad y por los representantes típicos de las diversas posiciones que integran dicha comunidad; transmitiéndose de generación en generación a través de la experiencia social y adoptando un matiz diferente de acuerdo a la realidad propia de cada tiempo (Rodríguez, 2006).

Las creencias son una parte de la cultura, donde ésta es una superestructura de comportamientos aprendidos, difundidos, aceptados y transmitidos en una sociedad determinada que produce cohesión social, pues moldean las aspiraciones, las expectativas, el sentido del tiempo y del espacio, los modos de vida y de relación interpersonal del individuo. Por lo que en toda sociedad existe una serie de creencias culturales que a su vez determinan la cultura implícita de esa sociedad y la distinguen de otras.

En términos lingüísticos, las creencias se pueden transformar en una oración que posee sujeto y predicado: “los buenos de corazón entrarán en el reino de los cielos”, “el yogurt hace adelgazar”, “los republicanos son un partido dividido”, etc. El predicado consiste en un verbo conjuntivo (relacionante) y un objeto. El sujeto y el objeto son categoría cognoscitivas y, en determinada creencia, el objeto es una característica asociada del sujeto, lo cual coincide con la definición de creencia que dan Rokeach y Rothman (Jones y Gerard, 1980) como combinación única de dos estímulos, cada uno de los cuales tiene significados diferentes, esa configuración única tiene dos componentes: un sujeto (S) capaz de ser caracterizado de muchas maneras, y una caracterización (C) capaz de ser aplicado a muchos sujetos.

Hablar de un sistema de creencias acerca de la salud significa hacer referencia a lo que las personas llevan a cabo para mantenerse sanos, para curar algunas enfermedades y/o para convivir con enfermedades crónicas degenerativas. Este sistema informa acerca de la relación que el individuo tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, las condiciones socioeconómicas, etc. Por tanto, en todo comportamiento está implícita una creencia o un sistema de creencias, pensamientos, que dirigen a la acción; como dice Villoro (1982) “¡Cuántas creencias guían nuestra conducta, respecto de las cuales hemos olvidado las razones que nos condujeron a ellas!”

El estudio de las creencias debe recobrar singular importancia puesto que es a partir de éstas que el individuo desarrollará determinadas actitudes y por consiguiente la intención conductual. La actitud está sujeta al cambio, ya que responde a la naturaleza de sus componentes: afectivo, cognoscitivo y conativo, todos ellos elementos dinámicos en la estructura mental del sujeto, mientras que las creencias son disposiciones latentes en relación con la realidad cotidiana que comparte el colectivo, las cuales según Pepitone (1990) cumplen con distintas funciones, pues manejan emociones, dan estructura cognoscitiva, la cual proporciona un sentimiento de control sobre la vida, regulan la distribución de la responsabilidad moral entre la persona y el grupo y promueven la solidaridad del grupo al darle a las personas una identidad común.

Di Nicola (1986 en Rodriguez, 2006) propone reconocer la importancia de la existencia de un sistema de creencias relativas a la salud, ya que éste permitirá elaborar programas culturalmente sensibles que promuevan el bienestar, sin ser ajenos a las prácticas cotidianas de la población. Esto no significa que las creencias de la gente sean necesariamente erróneas, aunque tampoco totalmente adecuadas, la importancia radica en la creatividad del trabajador de la salud para retomar las creencias y agregarlos al tratamiento médico que imponen posibilitando así un mejor estado de la misma, lo importante es no excluir las convicciones a las que se adhiere la gente.

Por lo que actualmente, las condiciones sociales demandan el reconocimiento de la influencia de los factores psicosociales como determinantes del éxito en la salud y las acciones sociales. Más aún, se ha llegado a aceptar que los programas que tienden a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud y el bienestar, deben basarse en un entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias y los patrones de interacción familiar.

Con la definición de la OMS, queda claro que el cuidado de la salud necesita una aproximación multidisciplinaria, dejando a un lado la idea de que los encargados de cuidar el estado de salud de los seres humanos desde tiempos remotos habían sido los brujos, magos, sacerdotes, y posteriormente los médicos. Por lo que es importante un trabajo en conjunto con los profesionales de la salud como psicólogos, sociólogos, nutriólogos, enfermeras, odontólogos, etc., pero principalmente bajo el control de uno mismo ya que el proceso de salud-enfermedad posee diversas dimensiones que influyen de manera

fundamental en la prevención y adquisición de enfermedades y en el mantenimiento y recuperación de la salud.

En lo que respecta al aspecto psicológico, el apoyo o función del psicólogo radica en la creatividad que desarrolle para no cambiar o juzgar las creencias que sostiene un grupo determinado, sino para contrarrestar los efectos negativos que pudieran tener en la salud de la comunidad e individual ofreciéndole otras opciones.

La presente investigación tiene como propósito realizar un esbozo en relación a las creencias sobre salud y enfermedad, enfocadas a la Diabetes, y la adherencia terapéutica de las personas que viven con este padecimiento. Además de observar qué importancia le dan los psicólogos en la literatura a este proceso de salud y enfermedad.

El motivo por el cual se eligió el tema es por la problemática que tienen las personas que viven con Diabetes, ya que es una enfermedad crónica degenerativa muy común en la actualidad, generando un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad de la población; sin embargo, se ha comenzado a implementar la atención necesaria para promover y prevenir esta cuestión, enfocados al tratamiento médico de ésta, generando así solo un listado de conductas que deben seguir y olvidando que algunas personas en muchas ocasiones no tienen el conocimiento ni la información correcta respecto a que tratamiento(s) se debe(n) llevar para una adecuada convivencia con este. En otras ocasiones, las personas pueden tener buena información y saben que deben de hacer siguiendo una serie de puntos específico que en su contexto social no son posibles a realizar, por qué no está permitido o no es bien visto que puede complicar la adherencia terapéutica.

Es de importancia comprender que las personas están inmersas en múltiples situaciones que deben tomarse en cuenta para lograr cambios significativos a largo plazo para el bienestar individual y social de su salud.

Por lo que esta tesis contempla algunas cuestiones relevantes ante este dilema donde en el primer capítulo, trata de la evolución de las enfermedades crónicas degenerativas, de la fisiología del metabolismo normal de las personas, la cuestión médica de la diabetes como su fisiopatología, factores de riesgo, clasificación, manifestaciones clínicas y complicaciones agudas y crónicas; porque es de importancia tener conocimiento veraz sobre este padecimiento y poder conocer cómo funciona nuestro organismo. Además se

aborda la cuestión psicológica que presentan la mayoría de las personas frente a este padecimiento como la pérdida de la salud, el proceso de duelo y la intervención profesional psicológica.

En el segundo capítulo se habla del proceso salud-enfermedad, abordado por la psicología de la salud y el modelo Biopsicosocial, los factores positivos y negativos que intervienen en la adherencia terapéutica, el papel de la medicina ante esta situación, el empoderamiento y la resiliencia de las personas para afrontar este padecimiento, la importancia del apoyo social y la percepción de la calidad y estilo de vida en las personas.

En el tercer capítulo trata específicamente sobre la cultura y creencias relacionadas al proceso de salud-enfermedad, teniendo un aspecto relevante la cuestión psicosocial de las creencias y como pueden beneficiar o no el bienestar de las personas respecto a su salud y la enfermedad; además se hace una descripción de algunas creencias asociadas a la diabetes comunes dentro de la población.

CAPITULO 1 DIABETES MELLITUS

Enfermedades Crónicas Degenerativas

En la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas se ubican en los primeros lugares de morbilidad y son la principal causa de mortalidad en los países industrializados y en desarrollo. A pesar de que no son transmitidas mediante el contacto personal, el incremento de estos padecimientos representa una faceta dolorosa y desconcertante en la condición humana, ya que la adquisición comúnmente de éstas es por medio de estilos de vida inapropiados en el cual una vez adquirida trae repercusiones serias en la calidad de vida de la persona que la padece, donde lo más recomendable es seguir el tratamiento más adecuado para el cuidado de su salud.

La Organización Mundial de la Salud, menciona que las enfermedades crónicas son responsables del 60% de la mortalidad mundial. La gravedad del escenario ha llevado a la OMS a crear el Departamento de Enfermedades Crónicas y de Promoción de la Salud. Éste ha desarrollado la estrategia “Promover. Prevenir. Tratar. Cuidar”. La idea es incentivar hábitos que tiendan hacia una vida sana y crear la costumbre entre las personas de cuidar su salud (Federación Mexicana de Diabetes, A.C. [FMD], s/f).

El concepto de crónica-degenerativa significa padecer una enfermedad que estará presente durante toda la vida de la persona y que conforme transcurre el tiempo va generando daño a todo el organismo. Se define como un trastorno orgánico-funcional permanente y de larga duración (con periodos de remisión y recaídas) producido por factores complejos, en los que interviene una multicausalidad, donde un mismo factor (físico, químico, psíquico, comportamental, social y genético) produce varias enfermedades. Las características principales son la latencia larga, curso clínico prolongado, etiología incierta o múltiple, desarrollo impredecible y sin cura definitiva. Por lo que tienen la necesidad de supervisión, observación y cuidados constantes, generando así un gasto físico, psíquico, social, emocional y económico extra para la persona que la padece (Flores, 2008; Oblitas, 2006; Ramírez, 2009; Telésforo, 2008).

Estas enfermedades son muy complejas, porque se encuentran condicionadas por múltiples factores, tales como las características de la enfermedad como su duración, su intensidad y gravedad, las reacciones de la red de apoyo social hacia la persona afectada por la enfermedad crónica, la interpretación y valoración que la persona hace, tanto de su

estado como de las conductas de ayuda; entre muchas más. Por lo tanto, las personas que padecen una enfermedad crónica se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la historia natural de la enfermedad y del ciclo vital (Oblitas, 2010).

La OMS hace cinco clasificaciones de las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales son:

1. Enfermedades Cardiovasculares: enfermedad cardíaca reumática, cardiopatía hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cardiovascular.
2. Neoplasias Malignas: cáncer de estómago, cánceres de colon y recto, cánceres de tráquea, bronquios y pulmones, cánceres de mama, cáncer de próstata, linfoma, mieloma múltiple, leucemia.
3. Diabetes Mellitus [DM].
4. Enfermedades Respiratorias.
5. Otras Enfermedades No Transmisibles.

Entre la población, las más comunes son:

- Cáncer: Término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Su característica principal es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis (World Health Organization, s/f).
- Artritis: Afecta las articulaciones o coyunturas del cuerpo, causando dolor, hinchazón y rigidez (Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel, s/f).
- Epilepsia: Se caracteriza por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suele dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicológicas (Wikipedia, s/f).
- Osteoporosis: Debilita los huesos y aumenta la posibilidad de fracturas. Cualquier persona puede padecer osteoporosis, pero es más común entre mujeres de edad avanzada (Medline Plus, 2011).
- Parkinson: Es un trastorno que afecta las células nerviosas o neuronas, en una parte del cerebro que controla los movimientos musculares, ya que la sustancia química

llamada dopamina producida por las neuronas muere o no funcionan adecuadamente. Los síntomas pueden ser temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara; rigidez en los brazos, las piernas y el tronco; lentitud de los movimientos; problemas de equilibrio y coordinación (Medline Plus, 2011).

- Hipertensión Arterial: Es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida donde supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias (Fundación Española del Corazón, s/f).
- Síndrome Metabólico: Se denomina a la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o DM (Entorno Médico, 2010).
- Diabetes: Es una enfermedad crónica y degenerativa que se caracteriza por un trastorno del metabolismo de la glucosa, por lo que aumentan sus niveles en la sangre (Diabetes, 2008).
- Enfermedades De La Tiroides: La glándula tiroides ayuda a establecer el metabolismo, es decir, la manera en la cual el cuerpo obtiene energía de los alimentos que se ingieren. Si padece de una enfermedad tiroidea, su cuerpo consume la energía más lenta o más rápidamente de lo debido. Una glándula tiroides que no sea lo suficientemente activa, hipotiroidismo, es mucho más común. Esta puede provocar que suba de peso, fatiga y dificultad para lidiar con las bajas temperaturas. Cuando la tiroides es demasiado activa, produce más hormona tiroidea que aquella que el cuerpo necesita, este cuadro se llama hipertiroidismo. El exceso de hormona tiroidea puede hacerlo bajar de peso, aumentar la frecuencia cardíaca y hacerlo muy sensible al calor (Medline Plus, 2012).

En lo que respecta a la diabetes, la OMS la reconoce como una epidemia de amenaza mundial. De acuerdo a sus diferentes informes y reportes, este padecimiento ha ido aumentando en el mundo entero (2002, en Samaniego y Álvarez, 2007), se estima que ya en 1985 había 30 millones de personas que vivían con diabetes, y que en 1995, diez años

después, el número de personas con este padecimiento creció a 135 millones y 176 millones en el año 2000. Para el 2007 había aproximadamente 194 millones de personas afectadas en todo el mundo y actualmente se calcula que existen más de 240 millones de personas que viven con este padecimiento; mostrando así un gran aumento y una gran preocupación por la sociedad porque es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030, como se muestra en la siguiente Figura.

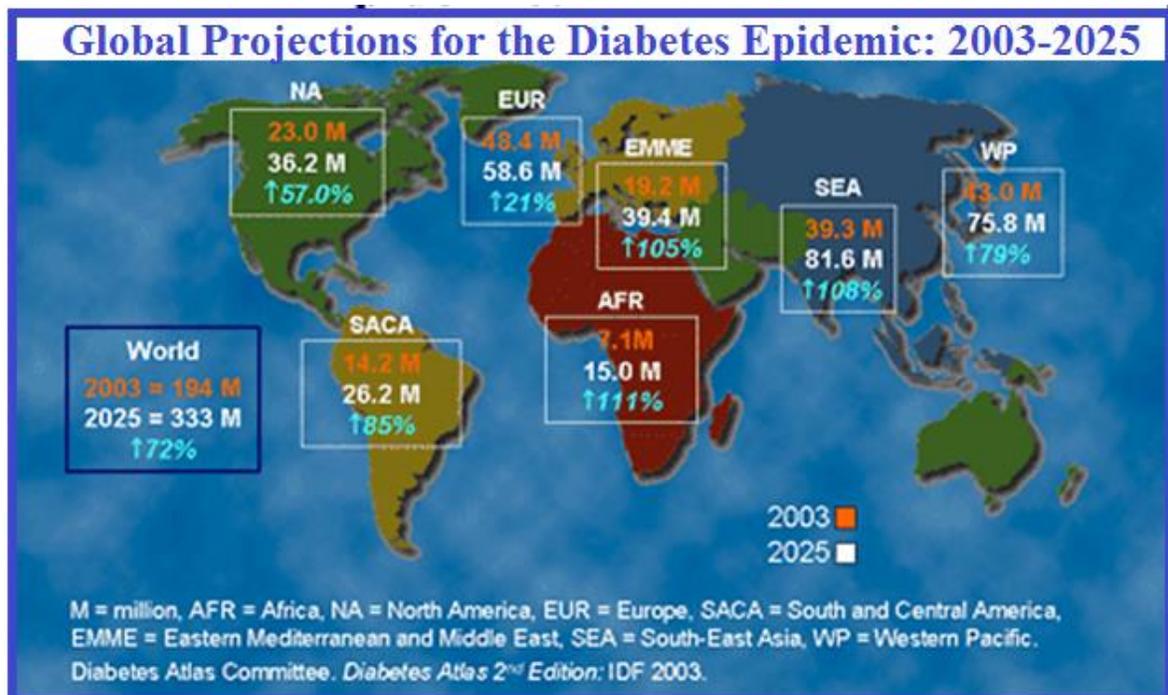


Figura 1. Proyección Global sobre la Epidemia de Diabetes: 2003-2025
Fuente: Medscape Education (s/f)

En los resultados del 2004 de la OMS (s/f) se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes en todo el mundo, donde México ocupa el lugar 13 de 191 países que tiene este padecimiento. Además presenta el octavo lugar de 35 países del Continente Americano donde su tasa de mortalidad en ambos sexos es del 69.1 por 100,000 habitantes. No obstante, algo importante a destacar es la más alta incidencia en mujeres (81.3%) que en hombre (71.6) en la mayoría de las enfermedades no transmisibles [NCDs, siglas en ingles] que se muestran en la figura 2, donde la diabetes no es la excepción ya que hay una diferencia del 3.9% entre ambos sexos.

De acuerdo a los informes del Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS] (s/f) de México, se puede observar en las estadísticas las principales causas de mortalidad en general desde el 2000 hasta el 2008 donde la diabetes ocupa el primer lugar con 46,525 y 75,572 muertes, respectivamente cada año, mostrando un aumento en la mortalidad por esta enfermedad, ocupando así el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres.

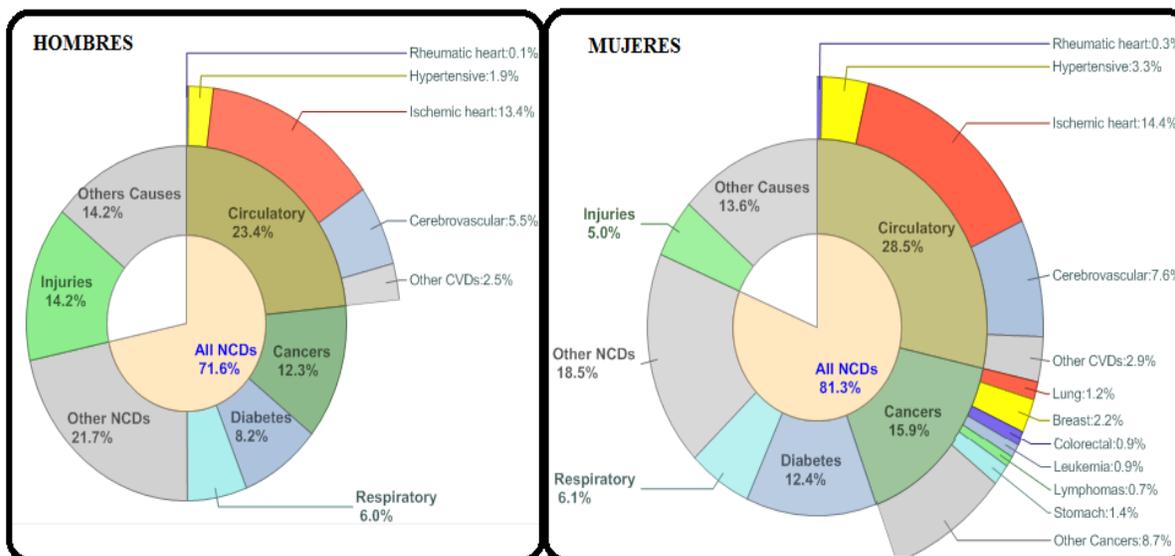


Figura 2. Estimación Proporcional de Mortalidad (%), México, 2004
Fuente: WHO Global Infobase (s/f)

Las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales, cabe señalar que según la Dirección General de Información en Salud, en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, resaltando nuevamente la diferencia de incidencia entre ambos sexos, lo cual es importante considerarlas en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010).

Nuevamente en el 2011, la OMS publica, estadísticas de México del 2008 respecto a las enfermedades crónicas degenerativas donde hay un incremento respectivo de la proporción de mortalidad de estas enfermedades en comparación con las del 2004, en este año hubo una mortalidad de 202.4 en hombres y 188.9 en mujeres y en el 2008 hubo 227.1 en

hombres y 210.7 en mujeres donde se observa un aumento significativo del 24% y 21% respectivamente en el transcurso de cuatro años.

Además muestra cuatro graficas (Figura 3) importantes sobre las tendencias metabólicas de los factores de riesgo, desde 1980 hasta el 2008, que son de gran importancia para el estudio del desarrollo de la Diabetes Mellitus donde es de gran relevancia observar el incremento de este padecimiento, perjudicando a toda la población mexicana, a pesar de todas las intervenciones generadas en las últimas décadas hay una elevación de estas.

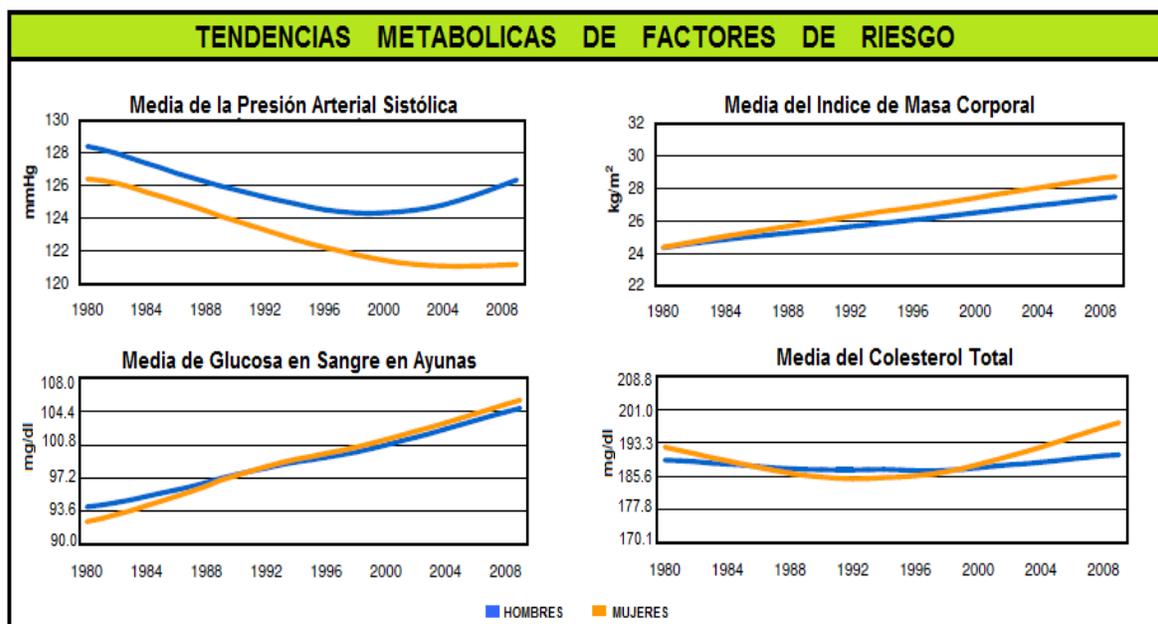


Figura 3. Tendencias Metabólicas de Factores de Riesgo: 1980-2008
Fuente: WHO – NCD. Country Profiles, 2011. Modificación Propia

Por lo que las investigaciones que se han realizado y avances en el conocimiento científico de las enfermedades crónicas degenerativas se ven muy limitada en la prevención por ser tan complejas, ya que cada enfermedad se relaciona con múltiples factores.

Rolland (2000 en Flores, 2008), realiza una tipología psicosocial de la enfermedad crónica donde describe en cinco apartados lo siguiente:

- **Comienzo:** Hace referencia a la manera en que los síntomas se presentan por primera vez, subjetivamente ante el paciente y objetivamente ante los demás que puede ser de forma aguda o gradual. Cuando los cambios ocurren de manera súbita se exige una respuesta más rápida ante la crisis.

- Curso: Es la manera en que se desarrolla la enfermedad que puede ser progresiva, constante o recurrente. Una enfermedad progresiva es continua y se agrava con el tiempo, al igual que la discapacidad que ésta conlleva. Cuando una enfermedad adopta este curso se deberá preparar al paciente para una adaptación y cambio de roles permanentes, cuyo ritmo dependerá de la rapidez del progreso de la enfermedad, pues sus demandas serán constantemente cambiantes así como las respuestas a éstas. Una enfermedad de curso constante tiene un suceso inicial seguido de un periodo de recuperación y una fase crónica que se caracteriza por la posterior estabilización de la condición biológica, generalmente con algún déficit bien definido o limitaciones funcionales residuales, pueden existir recaídas pero generalmente la condición de la persona es estable. Y por último, cuando las enfermedades son de curso recurrente o episódico se caracterizan por su alternancia de periodos de estabilidad con bajo nivel o ausencia de síntomas, con periodos de crisis o agravamiento, lo cual aumenta la incertidumbre y la dificultad de adaptación.
- Desenlace: Es la consumación de la enfermedad ya sea de índole mortal o no, mediante la cual se disminuye la expectativa de vida o aumenta la probabilidad de muerte súbita. La diferencia entre estos dos tipos de desenlace consiste en percepción subjetiva de la pérdida anticipada y los efectos que ello conlleve.
- Tipo y grado de incapacidad: Puede ser grave, moderada, leve o no existir. Los tipos de incapacidad, así como el grado y curso de ésta, implicarán diferencias en los ajustes de su vida.
- Grado de incertidumbre: Este dependerá del tipo de comienzo, curso y desenlace de la enfermedad. Las enfermedades pueden ser imprevisibles en cuanto a la índole de su comienzo, curso, desenlace o incapacidad o pueden variar en cuanto al ritmo en el que se producen los cambios.

En general, toda persona que padece alguna enfermedad crónica degenerativa se ve amenazada en su integridad, generando incertidumbre, modificando hábitos y costumbres, interfiriendo en su vida, con dolor e incapacidad funcional fomentando la dependencia de otros, causando estigmas, miedos, mal entendidos, pérdida de amistades, aislamiento, lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo, transforman la autoidentidad

y autoestima. Además las enfermedades crónicas generan un considerable gasto económico en las personas que viven con cualquiera de estas enfermedades generando una gran cadena de problemas.

Es por ello, que a las enfermedades crónicas degenerativas se deben de tomar muy en consideración para la salud, ya que desde siempre han existido pero no de manera tan notable, por los estilos de vida que se tenían antes y los que se tiene actualmente. Además, también se debe tomar en cuenta que el desgaste de tener una enfermedad crónica no sólo perjudica al individuo como tal y a su familia, sino también al sector salud, debido a que los hospitales no dejan de tener pacientes crónicos haciendo con ello un gasto mayor de tipo sanitario. En este sentido toda persona que sea propensa a padecer una enfermedad crónica se debe realizar revisiones frecuentes sobre su estado de salud. (Flores, 2008).

Fisiología del Metabolismo Normal del Cuerpo Humano¹

Para comprender cómo ocurre la diabetes, es necesario entender el proceso que sigue el cuerpo en una persona sin enfermedad poniendo énfasis en las partes que participan o se afectan en el padecimiento de la DM.

Páncreas

Es una glándula situada en la cavidad abdominal por debajo y detrás del estómago, comunicándose con la circulación sanguínea a través de arterias que son ramas de la aorta, y de venas, que comunican con la vena porta, la cual desemboca en el hígado (Figura 4). La cabeza del páncreas está rodeada por la primera porción del intestino delgado (duodeno), con la que guarda estrecha relación por medio de los conductos pancreáticos, que permiten el paso de ciertas sustancias llamadas ***Enzimas Pancreáticas***, que son necesarias para la digestión de los alimentos.

Se divide en cuatro porciones que se denominan cabeza, cuello o istmo, cuerpo y cola; donde a partir de estos realiza dos funciones principales (Figura 5) que es necesario distinguir:

¹ El apartado contiene tecnicismos médicos resaltados en cursiva y negrita, las cuales aparecen en un glosario (Anexo I) al final del escrito con el propósito de que el lector tenga una mejor comprensión del texto.

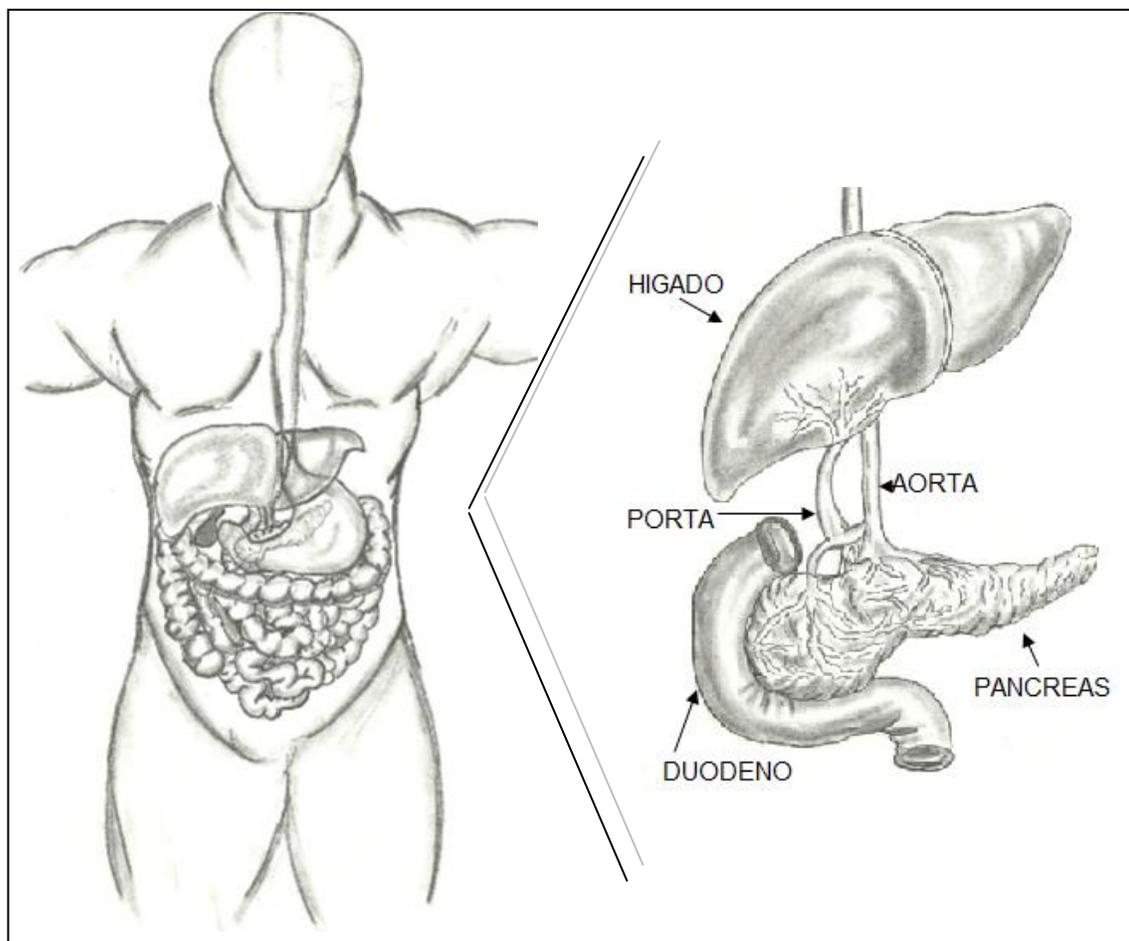


Figura 4. Vista Anterior de Órganos de Sistema Digestivo y su interconexión.
Elaboración Propia.

- ***Función Endocrina u Hormonal:*** Se lleva a cabo por medio de las hormonas de *insulina, glucagón, somatostina y polipeptido pancreático* que se producen en los *Islotes de Langerhans* por las 4 células (alfa, beta, delta y F o PP).

Tabla 1. Proporción de la Función Endocrina en el Páncreas

Célula	Cantidad	Hormona	Localización Regional Predominante
A o alfa	20%	Glucagón	Cuerpo y cola
B o beta	70 al 80%	Insulina	Cuerpo y cola
D o delta	3 a 5%	Somatostina	Cuerpo y cola
F o PP	80% al 85%	Polipeptido Pancreático	Porción posterior y caudal de la cabeza

- **Función Exocrina o Digestiva:** La constituyen las células acinares, que son productoras de las enzimas pancreáticas donde estas tienen un papel importante en la digestión de los alimentos que llegan al intestino a través de los conductos pancreáticos.

La digestión es la transformación de los alimentos en sustancias simples que se absorben por la pared intestinal; de aquí pasan a la circulación sanguínea, que las llevan a las diferentes células de los tejidos, en donde se utilizan como energía o como elementos básicos para la reposición o formación de nuevos tejidos.

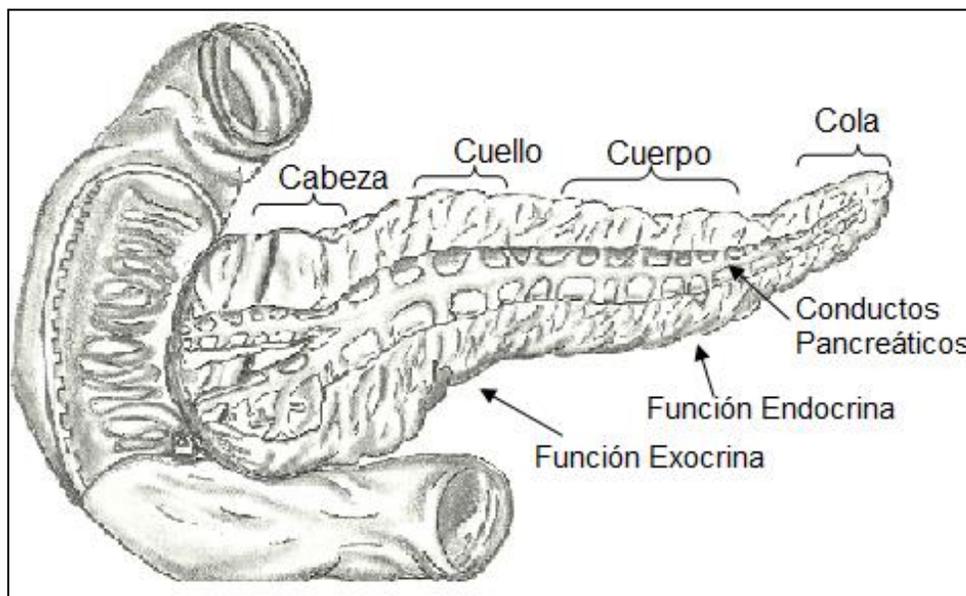


Figura 5. Porciones y Funciones del Páncreas. Elaboración Propia.

Nutrientes

Como se menciona los alimentos son importantes porque son la fuente de combustible del organismo, donde a través de la digestión se convierten en diversos nutrientes algunos son energéticos, como la **glucosa** que se distribuye por el torrente sanguíneo. La glucosa es principalmente el regulador esencial de síntesis y secreción de insulina, que estimula grandes descargas cuando hay niveles mayores a los 70 miligramos por decilitro [mg/dl] en la sangre como en las comidas donde puede alcanzar cifras de alrededor de 140 mg/dl; en este proceso la insulina se libera en dos etapas: la primera es rápida e inmediata y la segunda lenta y gradual, que dura aproximadamente entre 2 o 3 horas que se suspende cuando la glucemia desciende a concentraciones de 70-90 mg/dl, esto indica que la glucosa

se ha incorporado a las células, por efecto de la insulina (Figura 6). Sin embargo siempre hay un nivel basal, una producción constante, de esta hormona en el organismo ya que el páncreas jamás deja de secretarla.

Todas las células del organismo necesitan glucosa, energía, para funcionar pero algunas no necesitan la participación de la insulina para ingresar a las células, como el sistema nervioso central (cerebro) que para su adecuado funcionamiento requiere de un aporte obligado de glucosa que se ha estimado en 4-5 gramos por hora (125 gramos en 24 horas); además hay otros tejidos como es el caso de los glóbulos rojos, las células del intestino, algunas células del riñón y el músculo cardiaco (corazón). Los músculos en el ejercicio requieren de poca cantidad de insulina para utilizar la glucosa (Pérez, 1987; Loo y Hernández, 2007; Collazo-Clavell, 2002).

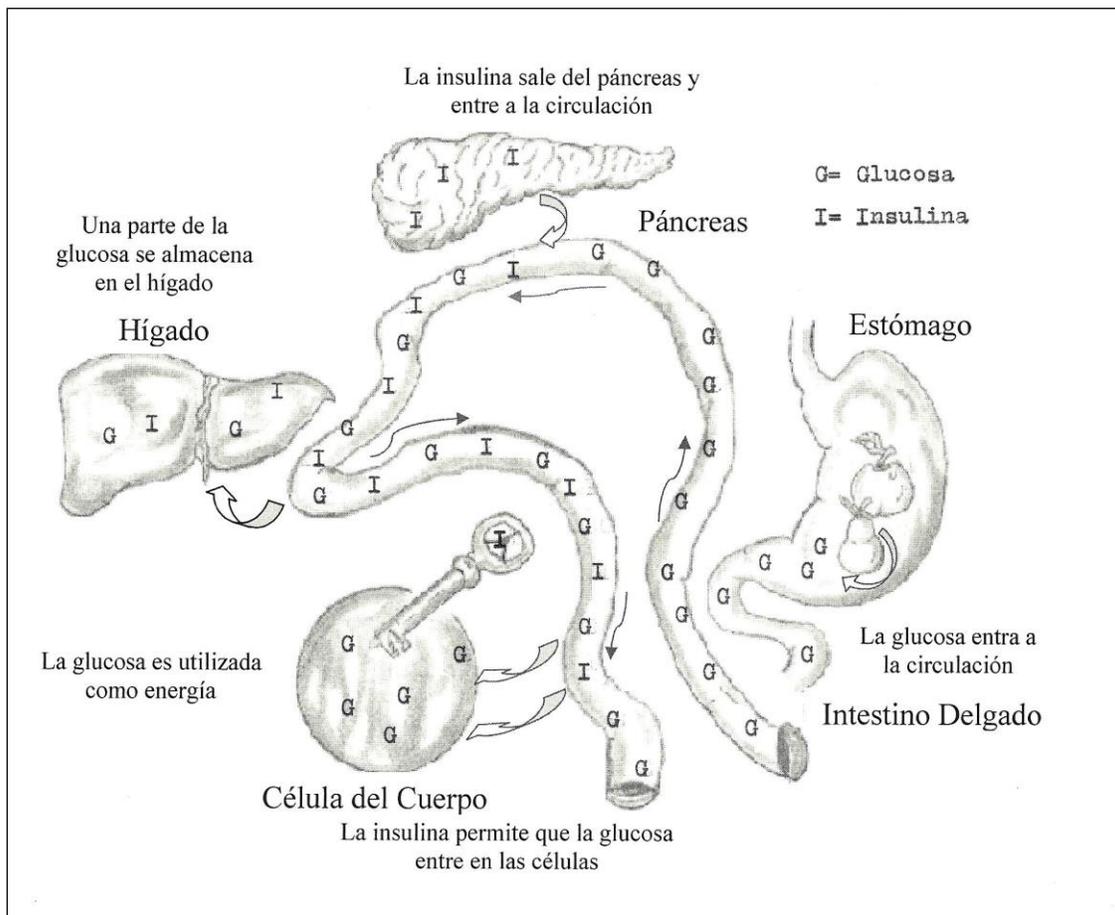


Figura 6. Metabolismo Normal.

Fuente: Guía de la Clínica Mayo sobre tratamiento de la diabetes. Elaboración Personal.

Como se mencionó, la insulina es una hormona producida en las células beta del páncreas esencial para el *metabolismo tisular* donde su función principal es aumentar la captación y transportación de la glucosa proveniente de los nutrientes de los alimentos a las células para el aprovechamiento energético en éstas; además permite almacenarla en forma de grasas en el organismo como *triglicéridos* y *glucógeno* en el hígado, músculos y tejido adiposo como reserva energética.

Los alimentos (Tabla 2) son nutrientes capaces de suministrar energía, materiales estructurales y de control metabólico necesarios para conservar la salud y la vida. Se clasifican en inorgánicos, que son el agua, el oxígeno, los minerales y los *oligoelementos*; y orgánicos, que son las vitaminas, los hidratos de carbono [HC], las proteínas y las grasas, donde estos últimos tres nutrientes son solamente los que aportan energía (Prieto, 2011).

Los nutrientes funcionan principalmente como (Pérez, 1987; Loo y Hernández, 2007):

- Energéticos: Consiste en administrar la energía que necesita el cuerpo humano; se encuentran en los HC y las grasas.
- Plástica: Son formadores y reparadores de las estructuras del cuerpo (células y tejidos); se obtienen de las proteínas.
- Reguladores: Aceleran o bloquean ciertas reacciones químicas del cuerpo, es decir, suministran las sustancias para que se lleve a cabo el metabolismo para mantener en forma permanente todas las reacciones celulares que mantienen todas y cada una de las funciones corporales; esta función la realizan principalmente las vitaminas y los minerales.

Tabla 2. Grupo de Alimentos

GRUPOS DE ALIMENTOS		
Grupo I	Leche y Derivados: Quesos y Yogurt	Función plástica
Grupo II	Carnes, Huevos y Pescados	Función plástica
Grupo III	Patatas, Legumbres y Frutos Secos	Función plástica y energética
Grupo IV	Verduras y Hortalizas	Función reguladora
Grupo V	Frutas	Función reguladora
Grupo VI	Pan, Pasta, Cereales, Azúcar y Dulces	Función energética
Grupo VII	Grasas, Aceite y Mantequilla	Función energética

Hidratos de Carbono

Conocidos comúnmente como carbohidratos, almidones o azúcares, se encuentran contenidos sobre todo en los alimentos de origen vegetal, como es el caso de los cereales (avena, cebada, centeno y sus productos: pan, tortillas, pastas y harina), los tubérculos (papa, camote, yuca y tapioca), las leguminosas (frijoles, lentejas, habas, soya y garbanzo), frutas y en poca cantidad los contienen las verduras; donde su aporte energético es de 4 kilocaloría por gramo [kcal/g], al transformarse en compuestos simples (*mono* y *disacáridos*) en el estomago e intestino delgado, que finalmente se convierte en glucosa (Prieto, 2011).

La glucosa formada por la digestión de los carbohidratos contenidos en los alimentos se absorbe por la pared intestinal y pasa a la circulación sanguínea, que la lleva a las células de los diferentes órganos y tejidos del cuerpo. Al recibirla las células, se transforma en energía o se almacena como glucógeno, dentro del hígado que sirve para formar grasas (triglicéridos) y proporcionar energía para realizar las múltiples funciones hepáticas en un momento dado.

En los músculos, la glucosa proporciona energía para contraerlos y relajarlos; al mismo tiempo se almacena una pequeña cantidad en forma de glucógeno muscular, que sirve como reserva de energía.

En el tejido adiposo (graso) la glucosa forma triglicéridos (grasas) que proporcionan energía. El glucógeno está formado por múltiples moléculas de glucosa, que se hallan disponibles cuando el organismo tiene urgencia de glucosa, como en el ayuno, hipoglucemia y cuando se hace ejercicio.

Proteínas

Son los nutrimentos más complejos de todos los seres vivos, que constituyen casi todos los líquidos y secreciones del cuerpo (plasma sanguíneo, jugos digestivos, hormonas, enzimas, etc.). Su estructura básica consta de 20 *aminoácidos*, donde 11 de ellos son indispensables ya que el organismo es capaz de sintetizarlos, sin embargo los otros 9 no puede hacer lo mismo el organismo denominándolos necesarios porque se deben consumir de los alimentos (Prieto, 2011).

Estos nutrientes se obtienen de productos animales (carne de res, de cerdo, de aves, de pescado, huevo, leche y queso), de origen vegetal en leguminosas (soya, frijol, habas,

garbanzo, alubia, chícharo seco) y en menor proporción en nueces, almendras, cacahuates, cereales y verduras.

Las proteínas contenidas en los alimentos son digeridas en el estómago e intestino, en donde se transforman en aminoácidos; éstos son absorbidos por el intestino y pasan a la circulación sanguínea, que los lleva a las diferentes células de los órganos y tejidos del organismo. Los aminoácidos, tan pronto llegan a la circulación sanguínea, también estimulan la secreción de insulina en el páncreas; de igual forma que la glucosa la insulina permite el paso de los aminoácidos al interior de las células.

Las principales funciones de estos nutrientes son la reparación de tejidos o formación de nuevos tejidos, formar parte de los compuestos proteicos en el organismo como músculos, sangre, órganos, piel, proteína plasmática, enzimas u hormonas; además pueden convertirse en glucosa o en *acetilcoenzima-A*, por tanto en energía aportando 4 kcal/g (Prieto, 2011).

Como se mencionó, las proteínas son nutrientes plásticos que constituyen la estructura o armazón de las células; sirven además para formar otras células y sustancias diversas. El hueso, por ejemplo, es un armazón de proteínas a las que se unen sales de calcio y fósforo. El músculo está formado casi totalmente de proteínas. La demanda de proteínas es constante; por lo tanto, debe ser constante su aporte (sin excederse) para reemplazar células y tejidos.

Lípidos

Comúnmente conocidos como grasas son la principal forma de almacenamiento de energía donde la mayoría se encuentra en los triglicéridos que se almacena en el tejido adiposo del cuerpo, está formado por sustancias llamadas *ácidos grasos* que pueden ser utilizados en lugar de la glucosa para proporcionar energía, cuando esta escasea (ayuno), el corazón y los músculos utilizan los ácidos grasos en lugar de la glucosa para obtener energía. De esta manera, la poca glucosa disponible es aprovechada por el cerebro que solo puede funcionar con esta hormona.

Existen diferentes tipos de grasas en los alimentos donde puede tener efectos aterogénico o benéficos para la salud, los cuales son de acuerdo con Prieto (2011):

- Grasa Saturada: Son dispensables y funcionan como substrato energético, su efecto es aterogénico porque eleva el *colesterol de baja densidad* [c-LDL] y reduce la

sensibilidad de la insulina. Proviene de los productos de origen animal y del aceite vegetal de palma y coco.

- **Grasas Insaturadas:** Tienen efectos benéficos para la salud y se divide en dos:

1.- Grasas monoinsaturadas donde su efecto es bajar los niveles de c-LDL, subir el *colesterol de alta densidad* [c-HDL] y aumentar la sensibilidad a la insulina; provienen de los aceite de oliva y canola, cacahuates, almendras, nueces y aguacates.

2.- Grasas poliinsaturados que se dividen en aceites grasos linoleico u omega 6 que provienen de los aceites vegetales de maíz, soya, cártamo, girasol y algodón y su efecto son bajar el c-LDL, subir el c-HDL y posiblemente subir la sensibilidad a la insulina; los otros son los aceites grasos linolénico u omega 3 donde su efectos son antiarrítmicos, antiinflamatorios, antitrombóticos, elevan el c-HDL y bajan los triglicéridos. Su fuente proviene de los pescados de agua fría (como el salmón, la sardina, el arenque y pez espada) y los aceites de canola, linaza, soya y nuez.

Las funciones en general de los lípidos en el organismo son energéticos (aportan 9 kcal/g), estructurales de todas las membranas celulares, catalíticas; además constituyen parte del sistema nervioso, de las hormonas de esteroides, ayudan a mantener la temperatura corporal y aproximadamente el 10% de estas se convierte en glucosa (Loo y Hernández, 2007; Prieto, 2011).

Vitaminas y Minerales

Las vitaminas son esenciales para la realización de funciones metabólicas y la regulación normal de las células. Cada vitamina tiene funciones específicas y su carencia puede originar enfermedad. Algunas vitaminas como la A se encuentran en vegetales de hojas verdes, zanahorias y frutas. La vitamina D está contenida en leche, pescados, huevos. El complejo B en la carne. La vitamina C en frutas cítricas como la naranja, el limón y la toronja (Loo y Hernández, 2007).

Los minerales también son elementos importantes para la realización de la función cardíaca, la actividad muscular, la dureza de los huesos; regulan el balance de agua en el organismo. Algunos minerales son el calcio, sodio, potasio, magnesio, hierro, y se encuentran en la mayoría de los alimentos en diferentes cantidades como la carne, la leche, los vegetales y las frutas (Loo y Hernández, 2007).

En general para conseguir todos los nutrientes que requiere el organismo para su funcionamiento óptimo es precisa que la alimentación sea equilibrada cumpliendo las siguientes características (Prieto, 2011):

- Completa: Conteniendo todos los nutrientes.
- Equilibrada: Los nutrimentos que aportan energía deben guardar una correcta proporción entre sí.
- Suficiente: La cantidad de alimento que se toma diariamente debe ser bastante para cubrir las necesidades del organismo en energía, sustancias requeridas para el crecimiento y mantenimiento de tejidos y órganos.
- Variada: Incluye diferentes alimentos de cada grupo en las diferentes comidas.
- Inocua: El consumo habitual no implica riesgos para la salud por estar exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes.
- Adecuada: Acorde con los gustos y la cultura de quien la consume, ajustada a los recursos económicos sin que ello signifique que se deban sacrificar las otras características.

En síntesis sobre el funcionamiento normal del metabolismo del cuerpo humano, la glucosa de la sangre, llamada coloquialmente azúcar, deriva de dos fuentes principales: los alimentos que se consumen y del hígado. Durante la digestión, los nutrimentos se absorben a la sangre a partir de las partículas de los alimentos en el estómago y en el intestino delgado. La glucosa es vital para la salud porque es la fuente principal de energía para las células que forman músculos y tejidos. Sin embargo, para llevar a cabo este trabajo, la glucosa necesita un compañero llamado insulina, esta hormona se origina en las células beta que residen en el islote de Langerhans.

Al ingerir alimentos, hay una respuesta del páncreas secretando insulina a la sangre. Al circular, esta hormona actúa como una llave, abriendo puertas microscópicas que permiten que la glucosa entre en las células. Al permitir que entren, la insulina disminuye la cantidad de glucosa en la sangre y evita que alcance niveles elevados. Al disminuir el nivel de *glucemia*, disminuye la secreción de insulina del páncreas.

Mientras tanto, el hígado actúa como un centro de almacenamiento y fabricación de glucosa. Cuando el nivel de insulina en la sangre es alto, como sucede después de un alimento, el hígado almacena glucosa para cuando las células lo necesiten después. Por

tanto cuando los niveles de glucosa en la sangre son bajos, como cuando no se ha comido por un tiempo, el hígado convierte el glucógeno almacenado en glucosa y lo libera a la sangre para mantener el nivel de glucosa dentro de límites estrechos y seguros.

Además de la insulina, hay otras hormonas que afectan de forma opuesta el nivel de glucosa en la sangre; como el glucagón, la **adrenalina**, la **hormona del crecimiento** y el **cortisol** que contrarrestan los efectos de la insulina, impidiendo que la glucosa entre en las células, además de favorecer también la liberación de la glucosa que se ha almacenado en el hígado (Collazo-Clavel, 2002).

El funcionamiento del cuerpo está coordinado continuamente con los efectos de todas estas hormonas y la organización de todos los componentes del cuerpo para mantener un equilibrio y que la glucosa este dentro de los límites normales.

Fisiopatología de la Diabetes

El proceso descrito sobre el funcionamiento del metabolismo normal, es diferente en las personas que viven con diabetes, ya que en lugar de transportar la glucosa a las células, esta se queda en la sangre, se acumula y eventualmente se excreta en la orina. Esto puede ocurrir por una de dos razones: el páncreas no es capaz de producir insulina, o las células no responden a los efectos de ésta.

El padecimiento de diabetes es considerada como un desorden metabólico, crónico y progresivo que afecta los mecanismos con los que el organismo absorbe, transforma y elimina la glucosa que al no ser utilizada correctamente por el organismo, debido a los defectos en la secreción o la acción de la insulina (hormona que permite el ingreso de glucosa a las células para transformarla en energía), se acumula en la sangre donde puede alcanzar niveles muy elevados, conocida como hiperglucemia crónica lo que produce o incrementa el **estrés oxidativo** en las células ocasionando envejecimiento y alteraciones graves en sus funciones, generando complicaciones agudas y crónicas vasculares específicas e inespecíficas (Corrales, 2009; Oblitas, 2010).

Factores de Riesgo

El problema de la diabetes es multifactorial y por ello la hace una enfermedad crónica compleja. Los investigadores no han especificado al 100% por qué algunas personas la

desarrollan sin embargo han podido hacer clasificaciones de algunos factores que pueden ser predisponentes a padecerla (Bautista, 2011).

Sánchez-Sosa (1998 en Corrales, 2009) menciona que el concepto de factor de riesgo es definido como las variables asociadas con la conservación de la salud y con su pérdida; donde hace una clasificación de los factores dividiendolos en lo siguiente:

- Factores Distales. Son las variables que no se pueden modificar, como los:
 1. Biológicos: *dislipidemias, hiperinsulinemia, intolerancia de la glucosa*, bajo nivel de sensibilidad de insulina, la secreción de la hormona de crecimiento lo que hace que pueda aumentar la resistencia a la insulina, la *Acanthosis Nigricans*.
 2. Hereditarios: la raza y la etnia, principalmente la población Latina, Amerindia, Afroamericana; además la obesidad maternal, la diabetes gestacional, la edad igual o mayor a los 45 años, antecedentes familiares de 1er grado (padres, hermanos o hijos) y antecedentes de haber tenido un hijo mayor o igual a 4 kg.
 3. Demográficos: Se relaciona a la urbanización en las grandes ciudades, el modo de vida que llevan las personas a diferencia de las que viven en zonas rurales. Como el trabajo, los horarios, las distancias, los alimentos, las demandas que se exige al vivir en las ciudades.
- Factores Proximales. Son las variables que si se puede tener incidencia porque que en su mayoría son conductuales: Sobrepeso, Obesidad, Triglicéridos >150mg/dl, Colesterol >35 mg/dl, Sedentarismo, Tabaquismo, Tensión Arterial Alta, Estilo de Vida, *Estrés Metabólico*, Índice de Masa Corporal >27 kilogramos sobre metros cuadrados [kg/m²] en hombres y >25 kg/m² en mujeres, Índice cintura-cadera > 90 cm en hombres y >80 cm en mujeres, Depresión, Actitudes, conocimiento y creencias de la interacción familiar, Percepción sobre la enfermedad, Ansiedad, Cambio de dieta, Incremento o disminución de ejercicio, entre otras.
- Factor Protector. Es una variable que disminuye la probabilidad de una enfermedad como la administración de medicamentos orales o insulina, el automonitoreo, el auto-cuidado, la solución de problemas, dieta, ejercicio, entre otros.
- Agente Potenciador. Aumenta la probabilidad de la enfermedad, como agente prepatogénesis, por un mal estilo de vida, se tendría el síndrome metabólico que

dentro de este diagnóstico entra el sobrepeso, la obesidad y otras complicaciones que son antecesoras de la diabetes.

Dentro de todos los factores de riesgo los que más preocupan son los modificables, ya que si se logra incidir en ellos, produciendo cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien retarde su aparición y modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares.

Clasificación de la Diabetes

Por el desorden metabólico del organismo humano se puede desencadenar diferentes formas de origen y desarrollo de la enfermedad de diabetes por lo que el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes hace una clasificación etiológica (Tabla 3) de este padecimiento (Islas y Lifshitz, 1993).

En este trabajo, solamente se describirá un poco más sobre la diabetes mellitus de mas prevalencia en la población humana que son el tipo 1, tipo 2, gestacional e intolerancia a la glucosa.

DM Tipo 1. Se caracteriza porque el páncreas pierde su capacidad para producir insulina, sin ésta, la glucosa no puede entrar en las células, y se queda en la sangre. Su condición particular es que es autoinmune, esto quiere decir que los anticuerpos del organismo, los que normalmente se encargan de defender contra las infecciones por alguna razón que aún se desconoce se confunden y atacan a las propias células del páncreas, productoras de insulina, finalmente acaban destruyéndolas.

Los investigadores no están seguros de la causa por la que el sistema inmune ataca el cuerpo del páncreas pero creen que su etiopatogenia concurren por varios factores como la genética, la exposición a ciertos virus como el Coxsackie B, el de rubeola y parotiditis (paperas), la inmunidad activa y la alimentación pueden estar involucrados (Herrera, M. F., Uscanga, L.F., Robles, D. G. y Campuzano, F.M., 2000; Islas y Lifshitz, 1993). A partir del diagnóstico de este padecimiento, se requiere el empleo de insulina para su tratamiento.

Anteriormente se le llamaba diabetes juvenil o insulino dependiente debido a que este tipo de afección se desarrolla más frecuentemente en los niños, adolescentes y adultos jóvenes sin embargo actualmente se utilizan menos estas etiquetas porque no son

totalmente exactas ya que este tipo de diabetes se puede presentar hasta los 50 años y aunque su tratamiento siempre será de insulina también pueden utilizar hipoglucemiantes.

Tabla 3. Clasificación Etiológica de Diabetes

<p>I. Diabetes Mellitus tipo 1 A. Autoinmunitaria B. Idiopática</p>	<p>E. Inducida por medicamentos o sustancias químicas 1. Vacor 2. <i>Pentamidina</i> 3. <i>Ácido nicotínico</i> 4. <i>Glococorticoides</i> 5. <i>Hormonas tiroideas</i> 6. <i>Diazóxido</i> 7. <i>Agonistas adrenérgicos beta</i> 8. <i>Tiacidas</i> 9. Dillantin 10. <i>Interferón alfa</i> 11. Otros</p>
<p>II. Diabetes Mellitus tipo 2</p>	<p>F. Infecciones 1. <i>Rubéola congénita</i> 2. <i>Citomegalovirus</i> 3. Otros</p>
<p>III. Otros tipos específicos</p> <p>A. Defectos genéticos de la función de la célula beta 1. Cromosoma 12, HNF-1-alfa (antes MODY3) 2. Cromosoma 7, glucocinasa (antes MODY2) 3. Cromosoma 20, HNF-4-alfa (antes MODY1) 4. DNA mitocondrial 5. Otros</p> <p>B. Defectos genéticos de la acción de la insulina 1. <i>Resistencia al insulina</i> tipo A 2. <i>Leprechaunismo</i> 3. <i>Síndrome de Rabson-Mendenhall</i> 4. <i>Diabetes lipopatrófica</i> 5. Otros</p> <p>C. Enfermedades del páncreas exocrino 1. <i>Pancreatitis</i> 2. Traumatismo/<i>Pancreatectomía</i> 3. <i>Neoplasia</i> 4. <i>Fibrosis quística</i> 5. <i>Hemocromatosis</i> 6. <i>Pancreatopatía fibrocalculosa</i> 7. Otros</p> <p>D. Enfermedades endocrinas 1. <i>Acromegalia</i> 2. <i>Síndrome de Cushing</i> 3. <i>Glucagonoma</i> 4. <i>Feocromocitoma</i> 5. Hipertiroidismo 6. Somatostatinooma 7. <i>Aldosteronoma</i> 8. Otros</p>	<p>G. Formas poco comunes de diabetes mediadas por alteraciones inmunológicas 1. <i>Síndrome del “hombre tieso”</i> 2. <i>Anticuerpos antirreceptor de insulina</i> 3. Otros</p> <p>H. Otros síndromes genéticos que en ocasiones se relacionan con diabetes 1. <i>Síndrome de Down</i> 2. <i>Síndrome de Klinefelter</i> 3. <i>Síndrome de Turner</i> 4. <i>Síndrome de Wolfram</i> 5. <i>Ataxia de Friedreich</i> 6. <i>Corea de Huntington</i> 7. <i>Síndrome de Lawrence- Moon – Beidl</i> 8. <i>Distrofia miotónica</i> 9. <i>Porfiria</i> 10. <i>Síndrome de Prader-Willi</i> 11. Otros</p>
	<p>IV. Diabetes Mellitus Gestacional</p>
	<p>V. Intolerancia a la glucosa A. <i>Intolerancia a la glucosa en ayuno</i> B. <i>Intolerancia a la glucosa post-prandial</i></p>

Hasta agosto del 2009, datos del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] arrojan que en México hay más de 400 mil niños que padecen diabetes tipo 1, menores a 15 años. Sin embargo actualmente no hay cifras precisas sobre el número de casos de diabetes tipo 1 en el país debido al gran desconocimiento o ideas erróneas del padecimiento (Fundación en Investigación en Diabetes, 2010).

DM Tipo 2. A diferencia de la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 no es una enfermedad autoinmune. En esta el páncreas produce por lo menos un poco de insulina, pero puede desarrollarse uno o dos problemas: El páncreas no produce suficiente insulina o los músculos y las células de los tejidos se vuelven resistentes a la insulina.

Cuando las células desarrollan resistencia a la insulina; no la aceptan como la llave que abre la puerta para que entre la glucosa. Como resultado, esta permanece y se acumula en la sangre. No se sabe por qué las células se vuelven resistentes a la insulina, aunque el exceso de peso y el tejido graso parecen ser factores importantes.

No hay un esquema de patogenia unitario que considere todos los hechos conocidos para explicar el desarrollo de esta enfermedad, sin embargo, hay muchos factores que se relacionan para desencadenarla como los factores genéticos, factores ambientales y adquiridos (obesidad, hipertensión, dieta, ejercicio, hábitos negativos), un defecto biológico en la secreción de insulina como una deficiente acción de la insulina a nivel tisular y una resistencia a la insulina (Islas y Lifshitz, 1993).

El 90 por ciento de la población con Diabetes en México presenta el tipo 2 donde la cifra asciende a 6.8 millones de personas (Fundación en Investigación en Diabetes, 2010), resaltando la preocupación por este tipo de diabetes ya que la mayor parte de los factores de riesgo que pueden producirla pueden prevenirse. Por lo que la diabetes tipo 2 suele pasar inadvertida varios años antes del diagnóstico, y al desarrollo potencial de complicaciones muchas veces ya presentes al momento del diagnóstico, debe enfatizarse la prevención primaria de la enfermedad, mediante identificación y modificación de factores de riesgo, concientizando al paciente del riesgo real y la posibilidad de la prevención mediante modificación del estilo de vida. (Telésforo, 2008).

DM Gestacional. Se da este nombre cuando la diabetes se presenta durante el embarazo y puede desarrollarse temporalmente cuando las hormonas secretadas durante el embarazo aumentan la resistencia del cuerpo a la insulina o intolerancia a la glucosa.

La diabetes gestacional se desarrolla típicamente durante la segunda mitad del embarazo, especialmente en el tercer trimestre, y generalmente desaparece después del nacimiento del bebé. La prevalencia de este padecimiento en México es de aproximadamente 6-10% (Morales, 2002), donde más de la mitad de las mujeres que presentan diabetes gestacional desarrolla diabetes tipo 2 posteriormente en su vida sino tienen un estilo de vida saludable.

Algunos factores de riesgo para el desarrollo diabetes gestacional son: edad >25 años, sobrepeso y/o obesidad antes del embarazo, grupo étnico, historia familiar de diabetes, **glucosuria**, tolerancia a la glucosa alterada, historia de problemas obstétricos. Las mujeres con cualquiera de estos factores de riesgo deben ser escrutinizadas en cuanto sea posible, si el resultado es normal, se deberá de realizar una nueva determinación entre las semanas 24 a 28 de la gestación (Morales, 2002).

La falta de control de este padecimiento se asocia a enfermedad hipertensiva en el embarazo y a desproporción cefalopélvica; además los hijos de mujeres con este padecimiento tienen mayor probabilidad de desarrollar obesidad, intolerancia a la glucosa o diabetes en la vida adulta (Juárez, 2007).

Intolerancia a la Glucosa. Antes denominada prediabetes, es un estado intermedio entre la normalidad y la diabetes, es decir, se tienen cifras ligeramente elevadas en la sangre entre 100 y 125 mg/dl sin exceder de 126 mg/dl. Este concepto corresponde a la línea divisoria, es decir, personas que no tienen una curva de glucemia normal, pero que tampoco muestran cifras suficientemente elevadas para diagnosticarse diabetes. Lo más característico de la intolerancia a la glucosa es que la alteración necesariamente empeora con el tiempo, sino que puede quedar igual o incluso mejorar, en especial si se corrige la obesidad con la que muy a menudo está relacionada.

Las personas que padecen intolerancia a la glucosa deben ser periódicamente controladas, evitar los azúcares de absorción rápida y corregir la obesidad o el sobrepeso cuando existen.

Manifestaciones Clínicas de la Diabetes

El incremento de los niveles de glucosa en sangre, debido a la falta de insulina se manifiesta en numerosos signos y síntomas, los que se consideran cardinales del padecimiento son:

- Polidipsia (sed intensa): Cuando los niveles de glucosa en la sangre están elevados, los riñones no pueden reabsorber toda la glucosa por lo tanto se filtra en el torrente sanguíneo arrastrando agua que se extrae de los tejidos y como resultado hay deshidratación.
- Poliuria (orinar mucho): Para reponer los líquidos que se extraen, se toma mucha agua y otras bebidas casi constantemente. Este proceso de filtración intensa de agua lleva a orinar más frecuentemente.
- Polifagia (mucho hambre) y/o Disminución o aumento de peso: El esfuerzo del cuerpo por compensar la constante deshidratación y pérdida de glucosa, puede hacerlo comer más de lo habitual y aumentar de peso. En otras personas ocurre lo contrario, ya que los músculos no reciben suficiente glucosa para generar crecimiento y energía como resultado puede hacerlo bajar de peso aun comiendo más de lo normal.
- Astenia (agotamiento).
- Piel seca, comezón e infecciones recurrentes de la piel.

En resumen, los síntomas se presentan por una falta de glucosa en las células que no producen energía y alteran sus funciones, lo que conduce a que la persona que vive con diabetes que no está controlado se sienta débil y sin ganas de hacer nada, donde la célula requiere esa energía que le proporciona la glucosa, por esta razón se puede sentir hambre, aún después del consumo de los alimentos. A la carencia de la energía que le proporcionan los nutrientes, el organismo trata de obtenerlo de las grasa, movilizándolo en el tejido adiposo, situación que pudiera explicar la baja de peso de algunos de ellos. El riñón cuya función fundamental es servir de filtro de la glucosa se muestra ineficaz para concentrarla toda, por lo que la diluye utilizando agua del organismo, esta deshidratación hace que las personas perciban una sed exagerada además se incrementa la eliminación del agua en condiciones anormales (Loo y Hernández, 2007).

Complicaciones de la Diabetes

Si las personas que viven con este padecimiento tienen niveles constantes altos de glucosa (hiperglucemia) generando un bajo control de la diabetes, aparecen múltiples complicaciones agudas (hipoglucemias secundarias, cetoacidosis, coma diabético hiperosmolar) y crónicas (nefropatía, retinopatía, neuropatía, aterosclerosis, cardiopatía

isquémica, arteriopatía periférica), lo cual tiene claras consecuencias sobre el bienestar físico y mental, ya que, de ser una persona prácticamente normal que necesita ciertos cuidados, se convertirá en un verdadero enfermo, lo que repercutirá en la frecuencia de ingresos hospitalarios esporádicos o permanentes y en el aumento de los problemas económicos, familiares, laborales y sociales de los enfermos (Oblitas, 2010; O'Keefe, Bell, Wyne y Haffner, 2009; Samaniego y Álvarez, 2006; Secretaria de Salud, 2009).

Hipoglucemias (Complicación Aguda). Consiste en una disminución brusca de la glucosa en el cuerpo debido básicamente a demasiada insulina y muy poca glucosa en la sangre. Se considera un episodio hipoglucémico cuando está por debajo de 60 mg/dl donde algunas causas pueden ser omisión o retraso en la ingesta de alimentos, exceso de ejercicio, dosis inadecuada de hipoglucemiantes orales y/o insulina e ingesta de alcohol. Algunos síntomas de hipoglucemia varían dependiendo de lo bajo del nivel de glucosa en la sangre algunos son (Morales, 2002):

- **Adrenérgicos:** Taquicardia, Palpitaciones, Irritabilidad, Ansiedad, ***Diaforesis***, Temblor, Palidez, Náusea, Vómito, ***Piloerección***.
- **Neuroglucopénicos:** Alteraciones visuales, Cefalea, Hipotermia, Pesadillas, Dificultad de concentración, Cambios de carácter, Confusión, Letargia, Convulsiones, Coma, Muerte.

Esta complicación se debe tratar de inmediato con la ingestión de una ración de carbohidratos o de preferencia con la ingestión de pastillas de glucosa. En casos extremos debe administrarse una inyección subcutánea de glucagón, hormona producida por el páncreas que estimula al hígado a producir grandes cantidades de glucosa, para elevar sus niveles en la sangre.

Cetoacidosis (Complicación Aguda). Esta complicación ocurre cuando las células de los músculos están privadas de energía donde el cuerpo toma medidas de emergencia y degrada la grasa. Al transformar la grasa en energía, produce ácidos tóxicos conocidos como ***cetonas***. Se presenta más frecuente en personas con diabetes tipo 1 con niveles entre 250 y 600 mg/dl, acidosis metabólica, ***potencial de hidrogeniones*** [pH] <7.1, ***hipercetonemia, cetonuria***.

Los factores precipitantes son cualquier situación que disminuya disponibilidad de insulina y/o que aumente la necesidad de la misma (situación de estrés) como la omisión en

la dosis de insulina, transgresión dietética, ingesta de alcohol, estrés emocional, procesos infecciosos, traumatismos, enfermedades intercurrentes (Morales, 2002).

Para tratar es necesario un método de urgencia en un hospital donde incluye el uso de insulina intravenosa y solución salina para reemplazar fluidos corporales perdidos; además debe monitorearse constantemente los niveles de glucosa en sangre y el estado de los fluidos hasta que se estabilicen. Atenderse rápidamente, asegura restablecerse en pocas horas.

Coma o Síndrome Hiperosmolar (Complicación Aguda). Es más frecuente en personas con diabetes tipo 2, caracterizado por hiperglucemia grave con nivel de 600 mg/dl o más. En esta complicación, la glucosa alcanza un nivel tan elevado que la sangre de hecho se vuelve más espesa, las células no pueden absorber tanta glucosa, por lo que ésta pasa de la sangre a la orina. Esto precipita un proceso de filtración que extrae una cantidad tremenda de líquido del cuerpo y produce deshidratación; a diferencia de la cetoacidosis no hay presencia de cuerpos cetónicos en orina o en sangre pero ocasiona daño renal y neurológico.

El tratamiento requiere de atención urgente en el hospital para aplicarle inyección de insulina y de intravenosas de solución salina para rehidratar, debe monitorearse los niveles de glucosa en sangre y el estado de los fluidos hasta estabilizarse.

Neuropatía (Daño Nervioso) [Complicaciones Crónicas]. Es la complicación más frecuente en las personas que viven con diabetes. El cuerpo humano tiene una red intrincada de nervios que corren por el cuerpo, que conecta al cerebro con los músculos, piel y otros órganos. A través de los nervios, el cerebro percibe el dolor, controla los músculos y lleva a cabo tareas automáticas, como la respiración y la digestión. Los niveles elevados de glucosa en la sangre pueden dañar estos delicados nervios donde el exceso en la sangre debilita las paredes de los vasos sanguíneos (capilares) que nutren los nervios perdiendo sensibilidad. La extensión y severidad de la neuropatía diabética se relaciona directamente con el grado y duración de la hiperglucemia (Sociedad Andaluza de Medicina Familia y Comunitaria [SAMFyC], 1998).

Existen tres formas de neuropatía diabética: La Mononeuropatía de un nervio periférico craneal, La Polineuropatía Periférica Simétrica y La Neuropatía Autonómica. Las dos

últimas son de etiología metabólica (solo se profundizaran éstas) y la primera se atribuye a enfermedad de los *vasavosorum*.

La Polineuropatía Periférica Simétrica es la forma clínica más común, se caracteriza por ser bilateral, simétrica, distal, de predominio sensorial e instauración lenta y progresiva más común en las extremidades inferiores. Los síntomas son dolor, *parestesias*, alteraciones de la sensibilidad superficial y profunda con afectación de los reflejos tendinosos y de la marcha en forma de tirones, además la exacerbación nocturna del dolor como hormigueos y quemazones que empeoran de noche, aliviándose con la deambulación. El dolor no es permanente y puede ceder en cuestión de meses o años a medida que las neuronas afectadas se destruyan.

La disminución de la percepción sensorial de la neuropatía diabética aunque sea sintomática, puede hacer que se produzcan heridas inadvertidas en la piel y las articulaciones, con formación de cayos, úlceras y *artropatía neuropática*. Incluso pueden producirse fracturas indoloras en el tarso y la pierna.

La Neuropatía Autonómica aparece en pacientes con DM de larga evolución y que demás suelen presentar retinopatía, nefropatía y/o polineuropatía diabética. Hay diversas afectaciones por estas complicaciones donde algunas de estas son:

- Afectación Gastrointestinal. Da lugar a sintomatología a nivel gástrico de intestino delgado y grueso, de recto y ano, se presenta *atonía*, retraso de la evacuación, disminución de la secreción pacida, diarreas postprandiales y nocturnas que alternan con períodos de estreñimiento e incontinencia fecal.
- Afectación Genitourinaria. Se caracteriza por *vejiga neurógena*, eyaculación retrógrada y disfunción eréctil, manifestándose esto último a través de pérdida de la sensación vesical, atonía, dificultad de la micción, vaciamiento incompleto e incontinencia por rebosamiento, en otro caso no hay erecciones matutinas espontáneas pero la capacidad eyaculatoria y el orgasmo son normales.
- Afectación Cardiovascular. Se presenta taquicardia en reposo, la *arritmia sinusal*, y la ausencia de dolor ante el infarto agudo de miocardio.
- Afectación de la vista. La pupila se manifiestan en forma de reacción pupilar lenta en respuesta a la luz, reducción del diámetro pupilar y ausencia de oscilaciones espontáneas.

- Afectación en la secreción sudoral. Pérdida de sudoración en extremidades inferiores e **hiperhidrosis** compensadora en tronco, extremidades superiores y región facial, ésta es típica ante estímulos gustativos.
- Afectación en la **hipotensión ortostática.** Se define por un descenso en la presión arterial sistólica en 30 milímetros de mercurio [mmHg] o más al adoptar la posición de bipedestación tras el decúbito, ocasiona mareos, debilidad, vértigos e incluso **síncope.**

Como último dato, se tiene que el control glucémico mejora o por lo menos hace más lenta la progresión de la neuropatía diabética así como también se recomienda el tratamiento con medicamentos, de control y de prevención (SAMFyC, 1998).

Nefropatía (Daño renal) [Complicaciones Crónicas]. Dentro de los riñones hay millones de vasos sanguíneos que filtran los desechos de la sangre y los eliminan en la orina. La diabetes lesiona el sistema de filtración, originando la pérdida progresiva de su función de filtrar y eliminar los productos tóxicos del organismo, originando insuficiencia renal crónica.

La nefropatía diabética empieza con un engrosamiento de la membrana basal glomerular, un aumento de la matriz mesangial y un engrosamiento hialino subintimal de las arteriolas aferentes y eferentes. Estos cambios aparecen entre el año y medio y los dos años y medio después de que se detecta la anormalidad metabólica de la DM. Luego, a los cinco años, se puede presentar hialinosis de las arteriolas glomerulares eferentes y nódulos de Kimmelstiel-Wilson incipientes, que son las dos alteraciones más específicas de la nefropatía diabética. Se requiere un ambiente metabólico anómalo para que se dé la nefropatía diabética ya que se ha demostrado que los riñones normales trasplantados a pacientes diabéticos adquieren éstas alteraciones a los cuatro años del trasplante y los riñones de pacientes diabéticos trasplantados a pacientes no diabéticos tienden a normalizarse. En la tabla 4 se muestra la evolución clínica de la nefropatía diabética.

La nefropatía diabética constituye la causa más importante de enfermedad renal terminal en el mundo occidental, la **microalbuminuria** es el marcador de riesgo más importante de mortalidad, especialmente de origen cardiovascular en la DM tipo 2, se manifiesta clínicamente en varios estadios que son:

- Estadio I y II. Existe un aumento glomerular e **hipertrofia renal**, seguido de aumento de grosor de la membrana glomerular, pero sin alteración en la excreción proteica.
- Estadio III o Nefropatía Diabética Incipiente. Aparece microalbuminuria en ausencia de infección urinaria y se eleva la tensión arterial.
- Estadio IV o Nefropatía Diabética Establecida. Existe ya **glomerulosclerosis** y proteinuria, existe hipertensión arterial y en mayor o menor grado retinopatía.
- Estadio V o Insuficiencia Renal. Tras siete o diez años de proteinuria persistente, se define por niveles de **creatinina** plasmática, hay elevación de la tensión arterial, la retinopatía siempre está presente y la afectación cardiovascular siempre es muy frecuente. La excreción de **albumina** por la orina presenta fluctuaciones naturales de hasta un 40% y se influye por la postura el ejercicio y la dieta, para su tratamiento se utiliza el correcto control glucémico y de la hipertensión arterial (SAMFyC, 1998).

Tabla 4. Evolución de la nefropatía diabética.

Años desde el comienzo de la Diabetes Aprox.	Síntomas.
0	Riñones agrandados, hiperfunción, microalbuminuria que se corrige con un meticuloso tratamiento con insulina.
2	Engrosamiento de la membrana basal glomerular y aumento de la matriz mesangial.
10-15	“Período Silencioso”: ausencia de proteinuria franca; puede haber microalbuminuria, en especial después del ejercicio (>30 mg/min, que indica futura proteinuria).
10-20	“Período Proteinurico”: al principio intermitente y después persistente (>0,5g/24h); esto significa que ha comenzado una declinación inexorable de la función glomerular
Mayor a 15	“Período Azoémico”: empieza, como término medio, a los 17 años del comienzo.
20	“Período Urémico”: puede haber retinopatía diabética, hipertensión y síndrome nefrótico.

Con frecuencia en esta complicación se produce pocos síntomas en su etapa temprana, aparecen hasta que el daño es extenso (edema en los tobillos, pies, manos y alrededor de los ojos; orina de apariencia espumosa; falta de aire; elevación de la presión arterial; confusión o dificultad para concentrarse; falta de apetito; náusea y vómito; piel seca y comezón; fatiga). El tratamiento depende de lo avanzado de la enfermedad donde la etapa temprana se debe mantener el nivel de glucosa cerca de lo normal para evitar que el trastorno se

agrave, además de llevar una dieta baja en proteína, parece reducir la carga de trabajo de los riñones. Para el daño severo, conocida como insuficiencia renal, el tratamiento incluye diálisis, hemodiálisis o trasplante renal para poder extraer los desechos del organismo.

Retinopatía (Daño ocular) [Complicaciones Crónicas]. Las complicaciones de la DM a nivel ocular son numerosas y complejas ya que pueden afectar cualquier parte del aparato visual. La retina, es el órgano afectado con mayor frecuencia, pero igualmente pueden verse afectados otras partes como la córnea, el cristalino, el iris, el nervio óptico y los nervios oculomotores.

En la parte posterior del ojo, llamada retina, se encuentran muchos capilares donde a menudo son los primeros en dañarse por la glucosa elevada en la sangre. El daño aparece primero en una forma no proliferativa donde los vasos sanguíneos se vuelven porosos y dejan filtrar líquido hacia la retina lo que genera una visión borrosa. Si avanza el padecimiento la retinopatía se vuelve proliferativa y se presenta un nuevo crecimiento de los vasos sanguíneos dentro de los ojos muy frágiles y sangrantes, como consecuencia se pierde la visión. Los problemas visuales que pueden presentarse son el agotamiento o muerte de las células que dan soporte y nutrición a la retina.

La enfermedad ocular temprana produce pocos o ningún síntoma. Al avanzar el daño, pueden desarrollarse los siguientes síntomas: ‘telarañas’ o pequeñas manchas flotantes en un ojo; visión borrosa; una sombra gris en el campo de la visión; una mancha oscura o vacía en el centro de la visión; estrías oscuras o una película roja que bloque la visión; dolor ocular; pérdida de la visión.

La presencia de retinopatía diabética, no suele provocar síntomas en la agudeza visual aún en sus formas más agresivas con riesgo de *amaurosis* y cuando se detecta una disminución en la agudeza visual, ya es demasiado tarde como para que se pueda realizar un tratamiento eficaz. El tratamiento puede incluir terapias con láser que puede detener su progresión, pero que desafortunadamente, no se recupera la visión perdida. Un correcto control glucémico y de la tensión arterial, pueden prevenir o retrasar la aparición del edema macular y retinopatía diabética proliferativa.

Ateroesclerosis [Complicaciones Crónicas]. La diabetes aumenta dramáticamente el riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares (dolor de pecho; ataque cardiaco; ataque vascular cerebral; enfermedad periférica; presión arterial elevada) ya que este padecimiento

puede dañar las arterias principales favoreciendo así la formación de depósitos de grasa generando así el taponamiento de las arterias por placas de ateroma (grasas).

Los síntomas de la enfermedad cardíaca varían. En sus etapas tempranas, la enfermedad cardíaca a menudo no produce síntomas; después, los signos de advertencia de un trastorno cardíaco o de los vasos sanguíneos pueden incluir la falta de aire, el dolor en pecho, mandíbula o brazo, fatiga y debilidad, edema, mareo, latidos cardíacos rápidos o irregulares transpiración excesiva.

Las personas que viven con diabetes están en riesgo especial de ataques cardíacos silenciosos (asintomáticos) ya que este padecimiento, como se mencionó anteriormente, daña los nervios que transmiten el dolor del pecho, que acompaña típicamente a un ataque cardíaco. Sin la sensación de dolor, la gente no está consciente de que está teniendo un ataque cardíaco.

Si bien no hay un tratamiento que solucione el problema o cure de manera definitiva, sí se puede trabajar en la prevención de esta enfermedad, disminuir la progresión de esta y retrasar el riesgo de complicaciones crónicas. Es importante que la persona que vive con diabetes tenga información clara y veraz del padecimiento para poder tener herramientas para poderlo enfrentar internamente y externamente. Por ejemplo, si es que existen antecedentes familiares de alguna enfermedad o si se consume alcohol o cigarrillos, el manejo de situaciones estresantes, aspectos culturales que son la base de adoptar un estilo de vida sano o no, donde puede generar que haya mayores probabilidades de tener algún mal crónico.

La DM es un factor de riesgo para contraer arteroesclerosis en pacientes mal controlados, debido a la **hipercolesterolemia** y a la **hipertrigliceridemia** concomitantes; con lo que se afectan los vasos coronarios, cerebrales y periféricos, con lo que se acrecienta la incidencia de infartos de miocardio, **ictus** y gangrena.

El síndrome arteroesclerótico del paciente diabético no es diferente al del no diabético, la única diferencia es que aumenta en el diabético el riesgo de infarto de miocardio. La insulinoterapia corrige la sobreproducción y subutilización de c-LDL, causante de la hipertrigliceridemia, en el caso de la DM tipo 1, en el caso de la DM tipo 2, la trigliceridemia sobreviene a causa de la baja depuración de lipoproteínas de densidad muy baja, consecuencia del mal control de la DM, sobre todo a causa de un alto ingreso de

carbohidratos; se da cuando los niveles de insulina son normales o altos en éste tipo de pacientes. El c-HDL que puede proteger contra la arteroesclerosis, es bajo en la DM mal controlada, pero puede normalizarse luego de un control riguroso (Williams y Foster, 1989 en Robles, 2010).

Manifestaciones Orales [Complicaciones Crónicas]. La DM provoca un impacto importante en la salud dental, además de que hay algunas lesiones orales que pueden hacer sospechar de la existencia de DM. Los procesos orales más frecuentemente relacionados con este padecimiento son la caries dental donde se ha observado un aumento de caries en pacientes diabéticos relacionadas con el grado de control metabólico, las localizaciones son atípicas, se ubican fundamentalmente a nivel de los cuellos dentarios, sobretodos en incisivos y premolares y son frecuentes las consecuencias de la caries como la celulitis, alveolitos postextracción o el edentulismo.

La enfermedad periodontal donde se engloban las afecciones inflamatorias de causa bacteriana que afectan a las estructuras de soporte dental, es decir la inflamación en encías, cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal. Ésta enfermedad constituye la primera causa de pérdida dentaria después de los cuarenta años de edad. En pacientes que viven con DM a mayor edad, duración de la enfermedad periodontal y mientras exista un mal control glucémico, el paciente será más susceptible de padecerla.

En cuanto a las ***infecciones micóticas*** se encuentra la candidiasis oral, mucormicosis o ficomosis, glositis romboidal media, boca seca o xerostomía, síndrome de ardor bucal, agrandamiento de las glándulas salivales, liquen plano bucal y reacciones liquenoides, infecciones post-extracción dental y alteraciones del gusto. Pero éstas complicaciones como se ha dicho con medicación y alimentación adecuada puede ser controlad más fácilmente (Rodriguez, 2006).

En este apartado no se mencionan los parámetros para hacer un diagnóstico médico de la enfermedad de la diabetes, ya que en los últimos 12 años han cambiado las cifras 15 veces, probablemente sea por los avances tecnológicos, una investigación más profunda de la enfermedad, consensos en los comités que hacen los parámetros y/o la implementación de estrategia para la prevención. De la forma que sea, hay un incremento de nuevos casos de diabetes en la población y un bajo control de esta enfermedad.

Aspectos Psicológicos Frente A La Diabetes

El razonamiento de las personas que viven una enfermedad crónica, como la DM, son el reflejo de las explicaciones que elaboran acerca de su padecimiento y que influyen en sus actividades en materia de salud. Seguin (1982; en Mejía, 2009), menciona que el padecimiento generalmente se origina en el cuerpo de las personas, por la percepción e interpretación personal de los síntomas y signos de la enfermedad y por la manera como se vivencia la incapacidad del cuerpo para cumplir con lo que la persona espera de él.

De acuerdo con Martínez (2003; en Mejía, 2009), el padecimiento está formado por varios elementos como son:

- Las ideas de la persona sobre la salud, las experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes respecto a la enfermedad en general o referentes a la enfermedad que tiene o imagina tener la persona.
- Las experiencias, conocimientos y actitudes de y ante la medicina y los médicos, la manera como la persona siente y vive sus redes de apoyo psicosocial y afectivo, la religiosidad, las reflexiones, certezas o suposiciones de la persona sobre el coste en dinero de la enfermedad y su tratamiento.

El padecimiento como pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra la preocupación, la cual es la expresión de miedos o temores referidos a diversos asuntos (impotencia, sufrimiento, inutilidad, marginación social, desprecio y aún la muerte) es una de las maneras más frecuentes de la persona de sentir su padecer. A esto, se puede agregar la desesperación, la vergüenza, el disgusto por molestar a los familiares, el sentimiento de minusvalía o inferioridad, la incertidumbre, la carrera del enfermo, el estigma, el trabajo biográfico y la reconstrucción del yo, el manejo del tratamiento, los conocimientos, la concientización, el intercambio y las relaciones familiares etc. (Martínez, 2003 en Mejía, 2009).

Proceso de Duelo

La pérdida de la salud conlleva a elaborar un duelo donde este es un término que suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de algo fisiológico con valor significativo. En efecto, el duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras (Robles, 2010).

La respuesta de la persona a la enfermedad varía ostensiblemente si padece una enfermedad de corta duración (aguda) o si, por el contrario, se trata de una enfermedad de larga evolución, o si además su tratamiento no es resolutivo, sino paliativo, mutilante o invalidante. El período de tiempo en las enfermedades crónicas puede variar y el proceso de la enfermedad puede ser muy inestable, con períodos de remisión y exacerbación, influyendo todo ello en el modo de responder de la persona a su dolencia. No obstante y teniendo en cuenta el factor de pérdida como elemento presente en toda situación de cronicidad, hay enfermedades que presentan unos problemas predominantes, los cuales pueden servir como referencia para su clasificación donde Kiely (en Novel, Lluch y Rourer, 1991) agrupa en tres grandes categorías, de acuerdo con el concepto de “problema predominante representativo”:

1.- Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física. Las más significativas son:

- Enfermedades de mal pronóstico (oncológicas, síndrome inmunodeficiencia adquirida, etc.)
- Enfermedades que provocan gran dependencia (renales, etc.)

2.- Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación. Las más significativas son:

- Enfermedades que en su evolución cursan con dolor crónica (artritis reumatoide, etc.)
- Enfermedades que conllevan pérdidas de la imagen corporal (amputaciones, colostomías, etc.)

3.- Enfermedades que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida. Las más significativas son:

- Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatías, etc.)
- Enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, etc.)
- Enfermedades respiratorias (asma, etc.)

El diagnóstico de una enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona, por la amenaza implícita o explícita que supone a su integridad, así como por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que deberá hacer frente desde el inicio como

cambios en la autoimagen y autoconcepto, en la dinámica familiar, en su vida laboral y de relación, en la rutina cotidiana, en las capacidades física, etc.

En el caso de las personas que viven con diabetes se explica como la aflicción, el dolor o la tristeza que sienten las personas al recibir el diagnóstico de padecer esta enfermedad crónica degenerativa o la pérdida de alguna parte del cuerpo como consecuencia de la enfermedad mal controlada.

El diagnóstico de diabetes es un evento traumático con impacto emocional en grado variable en cada persona, porque lleva implícito un pronóstico de incurable, que exige un cuidado continuo todos los días durante toda la vida, con riesgo permanente de complicaciones agudas y posibilidad para desarrollar complicaciones crónicas tardías responsables de muerte prematura e invalidez. Esta situación crea un gran sentimiento de pérdida de muchas cosas pero principalmente de la salud.

Cuando se recibe el diagnóstico se inicia un proceso de duelo causado por lo inesperado, con una reacción inicial de incredulidad, existiendo una resistencia a aceptar este hecho irreversible (Valderrama, 2008). Se han definido distintas fases o etapas de duelo ante el diagnóstico de enfermedad con diferentes matices, sin embargo se pueden apreciar elementos comunes. Estas fases son un proceso y no secuencias o etapas fijas, de tal manera que no producen un corte claro entre una y otra; además existen fluctuaciones entre ellas.

A continuación se hace una compilación y descripción brevemente del proceso de duelo ante la pérdida de la salud y el diagnóstico de diabetes (Aguilar, 2008; Bucay, 2001; De la Fuente, 2000; Robles, 2010; Valderrama, 2008; Johnson, 2000, Robinson, 2010):

Fase de Aturdimiento o Etapa de Shock.

Nadie está preparado para enfrentarse a la pérdida de una buena salud, presentándose así un gran desconcierto e incredulidad donde algunas personas pueden funcionar como si nada hubiera sucedido. Otras, en cambio, se paralizan y permanecen inmóviles e inaccesibles. El shock es un mecanismo protector, da a las personas tiempo y oportunidad de abordar la información recibida, es una especie de evitación de la realidad, sobre la enfermedad que no tiene cura y no tiene ningún tratamiento que sea efectivo.

En esta fase se experimenta sobre todo pena y dolor al negar la aceptación del diagnóstico donde se piensa en la posibilidad de un error del laboratorio, del médico o

negando la gravedad de la condición, mientras no se logre asimilarlo. Esta negación es un mecanismo de defensas provisional para protegerse contra el dolor y el sufrimiento; es parte del proceso natural de duelo.

Durante esta etapa se puede ser fácilmente influenciado y engañado por las llamadas “curas médicas”, “curas milagrosas” y “curas con tratamientos naturales” que suelen aparecer. Se puede continuar consultando a diferentes médicos en esta fase, porque aún cuando se tiene un diagnóstico, se continúa esperando que haya algo más, que no sea crónico, y que esté provocando el problema. Se gasta una cantidad considerable de tiempo y de dinero durante esta etapa.

También se intenta seguir viviendo la vida como se hacía antes, pensando qué si solo se continúa esforzándose, de algún modo la enfermedad no estará más allí. Se muestra rebeldía tratando de demostrarle al padecimiento que uno es el que manda, sobreexigiéndose así durante meses, o unos años hasta que la enfermedad es la que vence.

Las fases siguientes a la negación son difíciles de afrontar porque la vida cambia radicalmente, ya que las actividades y los proyectos se ven interrumpidos por la enfermedad, al menos temporalmente.

Fase de Anhelo/Miedo/Enojo. En el caso de la diabetes existe un anhelo de confirmar que el diagnóstico fue erróneo o búsqueda de alternativas las cuales ‘curen la diabetes’. En la medida en que se toma conciencia del diagnóstico, se produce la asimilación de la nueva situación, llegando a tener un miedo terrible a lo desconocido sobre ¿Qué me va a pasar?, ¿Qué le va a pasar a mi cuerpo?, ¿Iré a morir joven?, ¿Seré capaz de seguir trabajando?, etc. Hay tantos miedos y pensamientos pasando por la cabeza que es abrumador generando una gran ansiedad y estrés en uno mismo.

Después la negación y el miedo es sustituida por sentimientos de ira, enojo y resentimiento que hace preguntarse ¿por qué yo?, ¿por qué me pasa esto a mí? Lo peor sucede cuando se descarga esa rabia que se siente, contra las personas con las que comparte ya sea familiares, amigos, compañeros de trabajo o el personal de la salud que los atiende y/o contra Dios, porque no es justo que le mande ese dolor o esa enfermedad si siempre ha sido buena persona; además de que esa agresividad a veces se puede volver hacia uno mismo en forma de autorreproches, pérdida de la seguridad y autoestima. La persona cree que el enojo está justificado y es comprensible el quererle desquitar con todos por tal

injusticia, ya que la gente alrededor parece continuar como si el problema no existiera, o peor aún, le dicen cómo vivir y actúan como si ya se tuviera una pie en la sepultura.

El Dr. Bruce Campbell (en Robinson, 2010) menciona que el enojo puede ser positivo para quienes tienen una enfermedad crónica, ya que puede tener un efecto positivo si se motiva a buscar soluciones a los problemas, pero puede ser destructivo si se expresa en una forma que distancia de los demás, de la gente que quiere ayudar o hasta de uno mismo.

Fase de Pacto o Negociación. En esta etapa se sabe que existe la posibilidad que se recompense por buena conducta. Algunas personas tratan de hacer esta negociación con Dios, deseando que se le prolongue la salud, la vida o por lo menos que no haya tanto sufrimiento, es decir se tiene esperanza. En este pacto se hacen promesas generalmente en secreto que podrían relacionarse con la sensación de culpabilidad oculta, llegando a un último intento de llegar a un compromiso con la realidad “si como demasiado sólo los fines de semana, no será tan malo”, “si practico más la caridad, no sufriré del riñón?”, etc., el peligro de permanecer en esta etapa es el hecho de que la enfermedad crónica no hace tratos ni acepta sobornos.

En este momento es difícil ver el lado amable de las cosas aunque otros traten de levantar el ánimo ya que el proceso de duelo siempre deja solo, impotente, descentrado, responsable y sobre todo triste a las personas que lo vive, porque el dolor es irracional porque conecta con un sentimiento: la tristeza. Es una pena por la pérdida de la vida anterior, porque ahora todo ha cambiado porque se pierde la identidad cuando la enfermedad golpea, y por ello el duelo y la depresión son reales.

Los sueños desaparecen, el dinero desaparece, las actividades que alguna vez se disfrutaron desaparecen. En esta fase, el shock ha pasado y la persona se da cuenta de que no importa lo que se haga, siempre se tendrá esa enfermedad y aunque se sea capaz de hacer cosas para que la vida sea más soportable, siempre se estará enfermo. Se piensa que siempre se será “el enfermo” de la familia, o el “hipocondriaco” de la familia, el “aguafiestas” en las reuniones, o la expresión que sea que usen los demás para referirse de uno (Robinson, 2010).

Fase de Desorganización y Desesperación. En este periodo la persona experimenta sentimientos depresivos como una disminución energética global que se manifiesta como falta de voluntad, ausencia de iniciativa o falta de ganas de hacer cosas, trabajos,

actividades, etc.; en la afectividad se expresa como tristeza, vacío existencial, culpa, sensación de soledad, etc.; en la mente se crea pesimismo, acrecentamiento de pensamientos pesimistas cada vez más dominante, inseguridad, etc., en general una falta de ilusión, apatía y desinterés por la vida.

Es necesario vivir esta situación para alcanzar la aceptación que se necesita para continuar con la vida. Una vez que se ha aprendido a procesar estas fases y apoyarse para caminar en ellas se estará listo para la fase de aceptación de vivir con diabetes, como compañera inseparable. La aceptación es la culminación del proceso, después de un tiempo variable para cada persona en función de su fortaleza para enfrentar las vicisitudes de la vida resumiendo con una frase: ‘voy a aprender a vivir con esto’ (Valderrama, 2008).

Fase de Reorganización. Se da una adaptación a nuevos patrones de vida y se ponen en funcionamiento todos los recursos de la persona, porque se aprende justamente cómo adaptarse a la vida con la enfermedad. Cuando se alcanza, se sabe que no se va a volver a tener una vida como antes y se tendrá que ajustar los sueños o proyectos de acuerdo a lo que físicamente se puede hacer.

Aceptación no significa que se haya dado por vencido o que se haya sucumbido a la enfermedad. Significa que se ha aceptado el hecho de que se está enfermo y que física y emocionalmente se tiene que hacer grandes cambios en cada aspecto de la vida para poder continuar y, como dice Bruce Campbell, la aceptación implica la buena voluntad de construir una nueva vida y crear un nuevo estado “normal”.

Repetir el Proceso. A lo largo de los años y con la enfermedad crónica, se pasa nuevamente por estas etapas una y otra vez, ya que normalmente hay rebrotes de la enfermedad, se pasa otra vez por alguna de estas fases, pero se atraviesa mucho más rápido que en ocasiones anteriores.

La experiencia, el aprendizaje, la personalidad y otra serie de factores internos, externos y otros vínculos, moldearán de forma individual la respuesta de duelo en cada individuo (Lizarraga, Ayarra y Cabodevilla, 2005 en Robles, 2010).

Estas respuestas del duelo pueden ser incluidas de acuerdo a Robles (2010) en las siguientes dimensiones:

- Dimensión Física. Se refiere a las molestias físicas que pueden aparecerle a la persona en duelo como sequedad de boca, dolor o sensación de ‘vacío’ en el

estómago, alteraciones del hábito intestinal, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso y mareos. Algunas investigaciones han demostrado que las situaciones de estrés están íntimamente relacionadas con la inmunodepresión y por tanto, el organismo humano es más vulnerable a enfermar.

- Dimensión Emocional. Los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Los más habituales son: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza.
- Dimensión Cognitiva. Dificultad para concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas y olvidos frecuentes.
- Dimensión Conductual. Se refiere a cambios que se perciben en la forma de comportarse con respecto al patrón previo como aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto, aumento del consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos u otras drogas.
- Dimensión Social. Resentimiento hacia los demás, aislamiento social.
- Dimensión Espiritual. Se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida.

Después de sufrir el diagnóstico de la enfermedad de diabetes hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio y superar el proceso de duelo, donde no es un estado, sino que quiere decir que se necesita un tiempo, un esfuerzo y un cambio para dejarse de pelear con la realidad que no es como uno quisiera y comenzar con el trabajo de aceptar la nueva realidad (Bucay, 2001). Algunas tareas son:

- Afrontar plenamente la realidad de la pérdida. Lo opuesto de aceptar la realidad de la pérdida es no creer lo que ocurre mediante algún tipo de negación. Negar la realidad de la pérdida de la salud puede variar en el grado, desde una ligera distorsión a un engaño total. Otra manera habitual de protegerse de la realidad es negar el significado de la pérdida de la salud. De esta manera, ésta se puede ver cómo menos significativa de lo que realmente es y como consecuencia un mal

cuidado de la enfermedad. La negación proporciona un alivio transitorio de la dura realidad psicológica de la pérdida de la salud con un diagnóstico de una enfermedad crónica. Pero la negación es un problema en sí mismo, cuando, en sus formas extremas, impide una transformación que permita seguir adelante con un estilo de vida saludable. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no solo una aceptación racional sino también emocional.

La negación también adquiere la forma de no sentir el dolor, bloquear los sentimientos que están presentes. A pesar de que la negación puede a veces ser saludable, cuando ayuda a que el paciente y la familia mantengan el optimismo, puede resultar perjudicial cuando se rechaza a las personas o las deja impotentes. Pueden las personas en proceso de negación, negar que hayan recibido un diagnóstico de una enfermedad crónica o que presenten una complicación de la diabetes y se comportan como si nada hubiera cambiado. Por distintas razones, las personas que niegan que algo esté mal no están preparadas para escuchar la verdad. Se defienden, de forma inconsciente, para mantener la situación: “las cosas están como han estado siempre, nada va a cambiar”, “la prueba del laboratorio es errónea” “el resultado fue positivo porque antes de realizármela tuve un disgusto/susto/sorpresa/coraje”. Siempre, en todas las circunstancias y especialmente ante una negación es fundamental el buen contacto emocional.

- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Cada persona experimenta el dolor de diferente forma e intensidad. La negación de esta segunda tarea, es no sentir, bloquear los sentimientos y negar el dolor que está presente. A veces se paraliza esta tarea para evitar pensamientos dolorosos. El objetivo de esta tarea es conseguir que la persona no arrastre el dolor de la pérdida a lo largo de su vida. Es imprescindible para la superación del duelo, que la persona exprese tal como vive y siente sus emociones, sin censuras, por horribles que le parezcan los sentimientos. En conclusión, la expresión de las emociones, ante alguien que escucha, se convierte en una tarea necesaria para la elaboración del duelo.
- Adaptarse a un medio, en el que no todos viven con diabetes. La persona tiene que desarrollar nuevas habilidades y un nuevo estilo de vida con horarios de comidas

establecidos, con una alimentación saludable y balanceada, con una rutina de ejercicio diaria, etc., a la cuál ellos no estaban acostumbrados.

- Recolocarse emocionalmente y continuar viviendo. La vida está llena de nuevas posibilidades. Se puede de nuevo disfrutar, se puede pensar en ser feliz y establecer nuevas relaciones. La cuarta tarea se entorpece sí se mantiene el apego del pasado, en vez de continuar para formar otros nuevos.

Predecir cuánto tiempo se tomará para completar el proceso de recuperación es difícil. Algunas personas pueden hacerlo en unos meses, para otros se requerirán años. La cantidad de tiempo invertido depende de muchas variables que interfieren y crean distintos patrones como el tipo de relación, intensidad del shock inicial, presencia/ausencia de aflicción anticipatoria, las características de la persona (personalidad propensa a la aflicción, inseguridad, ansia, baja autoestima, excesivos autorreproches; enfermedad mental previa, incapacidad física, duelos previos sin resolver, incapacidad de expresar sentimientos, etc.); crisis concurrentes (problemas graves que se presenten simultáneamente), obligaciones múltiples (crianza de los hijos, dificultades económicas, etc.), disponibilidad de apoyo social, situación socioeconómica y religiosidad son algunos de los factores que influyen en la duración del duelo.

La gente que hace terapia sistémica menciona que la vida opera como un sistema donde cada engranaje se relaciona con otros, si se saca un engranaje, todo el sistema cambia. Las personas dice: “Nada es igual que antes” y tienen razón (Bucay, 2001, pg. 125). Resituarse significa saber qué voy a hacer con la nueva situación, desde los lugares más espirituales y emocionales, hasta los lugares más banales y materiales.

Significa ocuparse de cosas que no gusta hacerse en un momento dado y donde no se tiene ganas llegando a hacer una tarea horrible, pero que se tiene que hacer mientras se ocupa la persona en cómo puede darle lugar la imagen interiorizada de lo perdido. Señalando así los objetivos del duelo que son:

- Elaborar
- Reencontrarse
- Reubicar

Tres obstáculos que vencer porque sin hacer alguna de las tareas se terminara cargando un cadáver sobre la espalda en un camino cuesta arriba.

Se considera que un duelo está resuelto cuando la persona que vive con diabetes es capaz de pensar en su diagnóstico, sin que esto ocasione dolor, resentimiento o culpabilidad. Sin descartar que pueda sentirse triste de vez en cuando, pero lo acepta y además consigue hablar de sus emociones con libertad. Otro signo el duelo resuelto es cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando se siente más esperanzada, cuando experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles. Cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida (Aguilar, 2008; Bucay, 2001).

A pesar de esto, se habla de una identidad de las personas que viven con diabetes donde exige una constante adaptación, el cual es un proceso complejo que exige entrar en contacto con emociones potencialmente separadas, generadas por las adversidades diarias con la privación y por el rechazo a la condición de portador, considerada una condición especial que hace del enfermo sentirse diferente de los demás y por tanto ‘menos normal’. Este conflicto consigo mismo, sus posibilidades, sus dificultades acaban por generar reacciones emocionales intensas: sufrimiento, ansiedad, preocupación permanente, vigilancia eterna para contener los propios impulsos y el deseo de traspasar los límites y caer en la pérdida del control al final, el temor al descontrol también es una sensación que acompaña constantemente a las personas que viven con este padecimiento.

La dificultad de aceptación de esta condición lleva a la persona a vivir en un eterno dilema. Además, tratar de aceptar que se vive con esta enfermedad exige percibirse como alguien que aprendió de algún modo a convivir con la incomodidad, la molestia y el dolor generado por la restricción de hábitos, por el control impuesto por el tratamiento sobre uno de los impulsos más básicos del ser humano, que es el oral (Robles, 2010). La intolerancia a la frustración impide al paciente verse de otro modo y así elaborar otra versión de sí mismo, donde existe una persona con posibilidades y no solo de límites. ¿Cómo asumir esta nueva identidad, si ella trae consigo aquello que se rechaza? Con modificación de los placeres, autodisciplina, responsabilidad permanente para con su propia vida y prácticas de autocuidado.

Por eso es comprensible que la persona alterne, entre momentos de impotencia, desánimo y momentos de mayor confianza en el tratamiento. Estas oscilaciones pueden ser vistas como un reflejo de lo que ocurre en su propio vivir: su relación con la vida ahora se

encuentra en juego de creencias de que la vida fue injusta con ella, o cuando está con vigor por la creencia de que vale la pena vivir inclusive con limitaciones.

Adquirir respeto por uno mismo y el compañero de la enfermedad es un proceso lento, doloroso, basado por oscilaciones de humor (desanimo, tristeza, conflictos, culpa), sentimientos y pensamientos de impotencia. Sin embargo, día a día se debe aprender a lidiar, afrontar y trabajar con toda las cosas que duelen (elaborar un duelo), aceptar que el mundo no es como uno quiere que sea, aceptar que el mundo es como es y amigarse con uno mismo con el hecho de que así sea y aceptar que cada camino no pase por todo lo que uno sueña y que quizá pase por donde ni siquiera uno imagina, en general aprender a soltar un sueño, y seguir una ruta de uno mismo asumiendo una responsabilidad con sus propias decisiones y destino.

Intervención Profesional

Respecto a la intervención profesional es necesario tomar en cuenta la adaptación lograda de la persona respecto a la enfermedad y la forma en que se ha enfrentado en el cuidado de la salud para proporcionar atención efectiva. Las complicaciones en el estado de salud de las personas que viven con diabetes pueden prevenirse si se tiene orientación, información adecuada y oportuna. En las enfermedades crónicas, tal como la diabetes, la atención psicológica busca dar esperanza al paciente, manejar la situación familiar de aceptación y estimular en el paciente al máximo su bienestar (Casullo, 1996).

De acuerdo con el argumento anterior, se considera que el estado de salud de cualquier persona puede ser óptimo o al menos se podrían prevenir varias enfermedades si se tuviera la información y orientación adecuada de la enfermedad a la cual el individuo está propenso a padecer, para proseguir con una oportuna ayuda tanto médica como psicológica.

En la atención psicológica a personas que viven con DM se utilizan métodos y técnicas didácticas y/o clínicas diversas donde algunas intervenciones se enumeran a continuación, aclarando que no son las únicas formas de tratamiento:

- Asesoría específica.
- Automonitoreo.
- Intervención para control de peso y modificación de hábitos alimentarios.
- Intervención en grupos.
- Control de estrés.

- Educación para la salud.
- Autocuidado.
- Adhesión terapéutica.

Es primordial y trascendente la intervención profesional para pacientes en duelo por enfermedad crónica donde la tarea asistencial debe buscar y hacer, según Bucay (2001), no son más que diez:

- Ayudar a la persona en duelo a aceptar la pérdida, invitándola a hablar acerca de ella y de las circunstancias que la rodearon.
- Ayudar a identificar los sentimientos relacionados con la pérdida (rabia, culpa, ansiedad, tristeza), no criticando su presencia, más bien avalando su expresión.
- Ayudar a vivir con la pérdida y a tomar sus propias decisiones.
- Ayudar a independizarse emocionalmente de la pérdida y establecer nuevas relaciones.
- Ayudar a enfocar su duelo en situaciones especiales.
- “Autoriza” la tristeza dejando saber qué es lo apropiado e informando de las diferencias individuales de este proceso.
- Dar apoyo continuo, incondicional y sin límite de demanda.
- Ayudar a la persona a entender su propio comportamiento y su estilo de duelo.
- Identificar problemas irresueltos y eventualmente sugerir ayuda profesional psicoterapéutica más prolongada y profunda.
- Escuchar...comprender...escuchar...comprender...escuchar...y comprender.

En su aplicación al tratamiento integral de la persona que vive con diabetes no se tiene un procedimiento específico, la atención proporcionada depende básicamente de las necesidades del paciente. En las aplicaciones encontradas combina la selección de técnicas y métodos de intervención; esto es de acuerdo a cada situación específica. La finalidad común es lograr que esa atención sea cálida, significativa para el paciente, que le sea útil y favorable en el enfrentamiento de su enfermedad, para facilitar la adhesión a un tratamiento médico prolongado (Casullo, 1996) y un estado emocional equilibrado para una buena calidad de vida.

Un tipo de estrategia es la asistencia psicológica focalizada, que puede ser individual y/o grupal. Este tipo de intervención está dirigida a pacientes con diabetes tipo 2 cuyas características psicológicas afectan su estado físico (DSM IV, 2005).

Se toman como indicadores de la necesidad de asistencia psicológica las siguientes:

- Incumplimiento de las pautas del tratamiento.
- Rasgos de personalidad o estilo de enfrentamiento que impiden asumir el protagonismo en el cuidado de su enfermedad.
- Comportamientos desadaptativos (sobrealimentación, etc.).
- Respuestas fisiológicas relacionadas con situaciones de estrés que exacerban o agravan los síntomas de la enfermedad (por ejemplo: variaciones de la glucemia atribuida a factores emocionales).
- Excesiva preocupación por el control, que hace que el paciente esté pendiente, de manera obsesiva, de todo lo referente a su enfermedad.

En general la parte de los ejes del trabajo psicológico son:

- Conexión con afectos y vivencias.
- Debilitamiento de la negación y el rechazo a la enfermedad.
- Duelo por la función perdida.
- Reconocimiento de los propios obstáculos y encuentro con nuevos recursos.

La adaptación psicológica del paciente es fundamental para que sepa autocontrolarse, es decir, conozca bien su patología y tratamiento, para que sea capaz de llevar un control adecuado para su salud. Las metas de un buen tratamiento son: mejorar la sintomatología, permitir llevar una vida lo más normal posible, prevenir o retrasar las complicaciones, mantener un buen control del tratamiento médico, modificar hábitos negativos a positivos, manejo y control emocional, entre otros.

En general, la parte fisiológica va de la mano con la parte psicológica y emocional en las enfermedades crónicas degenerativas, por lo que es de importancia tener conocimiento profundo sobre el padecimiento en este caso diabetes, que tienen las personas, además de como lo viven, lo sienten y lo expresan. Así se sabrá que se puede afectar el convivir de la persona con la enfermedad de una forma o de otra por lo que es de gran relevancia saberlo para poder apoyar de la mejor forma.

CAPITULO 2 SALUD - ENFERMEDAD

El ser humano es un organismo que responde integralmente a su medio a través de un doble movimiento típico de los seres vivos, que es el de la asimilación de los elementos recibidos del medio y la acomodación que integra las respuestas del organismo para alcanzar su adaptación al medio; mediante la función psicológica de los seres humanos que se caracteriza por la capacidad de incorporar la propia experiencia a la interpretación de los estímulos y a los contextos de su respuesta.

El comportamiento humano nace de una serie de complejos procesos, unos básicos e instrumentales; otros, superiores y elaborados; unos, voluntarios; otros, involuntarios e inconscientes; unos, racionales, cognitivos, intencionales; otros, en fin, musculares, neurológicos, fisiológicos, biológicos. Entender, el comportamiento humano requiere contemplar muchas dimensiones difíciles de abarcar con una perspectiva única y exclusivista. Desentrañar la complejidad del comportamiento humano exige adoptar una perspectiva asimismo compleja, multidisciplinar e integradora (Nieto-Munuera, Abad, Esteban, y Tejerina, 2004).

Además, la percepción específicamente humana incorpora todas las impresiones sensoriales físicas, convirtiéndolas en una imagen integral dotada de sentido y significación relacionada no sólo con los componentes físicos de los estímulos que la integran sino también con las experiencias de la persona. La función integradora de la percepción es singularmente relevante en los procesos de categorización social, donde los fenómenos sociales que ofrecen más complejidad a la percepción demandan con frecuencia respuestas adaptadas igualmente complejas. Tales procesos de categorización estrechamente dependientes de los factores culturales del contexto, determinan en gran medida las respuestas personales y sociales, por ejemplo, ante las situaciones de enfermedad, están los cuidados, la salud, los medios sanitarios, los hábitos de vida, etcétera.

A través del tiempo, histórica y culturalmente, han existido y variado los conceptos de salud, mente, cuerpo y enfermedad, donde en todas las culturas desempeñan un papel fundamental en la experiencia del ser humano. Existen fuertes asociaciones con conceptos como: vitalidad, bondad, sanidad, higiene, limpieza, salubridad, cordura, santidad y divinidad. Así mismo, se establecen asociaciones fuertes entre los conceptos de enfermedad, desorden, desintegración, suciedad, insalubridad, locura, maldad, perversidad,

espíritus malignos y satanáas. Por lo tanto los conceptos de salud y enfermedad están arraigados en la charla y el pensamiento cotidiano de la gente de todos los idiomas, las culturas y las religiones (Espinoza, 2007).

Conseguir y conservar la salud es primordial en la existencia humana pero no es posible hablar de una salud absoluta porque sería una utopía ya que se tendría que abarcar todas las dimensiones que integran al ser humano como la psicológica, biológica, fisiológica, social, entre otras, y se entraría en contradicción si una de estas se desequilibra y las demás no se afectarían ni cambiarían. Por lo tanto, se debe hablar de un proceso de salud-enfermedad que llevará a la idea de acción ante el conflicto, de transformación ante la realidad. En un sentido amplio, el concepto de bienestar es un poco más adecuado para expresar la situación del individuo adaptado a la condición personal de cada uno, abarcando las diferentes dimensiones.

La salud y la enfermedad no tienen una raíz exclusivamente orgánica, dada la condición social del ser humano y el funcionamiento intersistémico de nuestro organismo, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todos y cada uno de los sistemas de los que forma parte. La estrecha dependencia de unos y otros genera una especie de mecanismo de policausalidad en el que cada uno tiene alguna responsabilidad en los fenómenos o procesos que se desencadenan, aparentemente aislados, en cualquiera de los restantes subsistemas.

Por tanto la condición humana no puede comprenderse mediante el análisis aislado de los elementos que la integran, sino que tiene que contemplarse en su totalidad, pues es esta la que está implicada en cada fenómeno, cada conducta, cada proceso; sin perder la individualidad de los subsistemas que, sin embargo, persiste y es capaz de arrastrar al conjunto de los subsistemas.

En el concepto de salud están implicadas las distintas partes del ser humano, este está relacionado con la interconexión e integración a múltiples niveles. Así, la persona constituye una unidad de sistemas individuales en relación con el mundo que le rodea, ya que forma parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social. A través del comportamiento se interactúa con el entorno y éste está en función tanto de variables personales como ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí.

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante que continuamente sufre de alteraciones en el medio interno, físico y psicológico, así como en las relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de los esquemas internos. En el caso de la enfermedad, que es aquejado de una dolencia física, el subsistema biológico humano puede arrastrar al conjunto del sistema a la muerte, a la enfermedad crónica o a otras situaciones, ya que el individuo no puede subsistir fuera del equilibrio general de todo el sistema. Sin embargo, en el proceso de la enfermedad, desde el principio hasta el final, todas las respuestas del individuo que condicionan tanto el pronóstico, como las expectativas, el bienestar o malestar, la calidad de vida, el proceso de sanar, etc., están estrechamente ligadas y dependen del sistema general (Proyecto Salutia, s/f)

Resulta difícil establecer una definición clara e integradora de los factores que influyen en estas, en general se plantea una descripción universal o conclusión a la que arribaron los profesionales que representaban los Sistemas de Salud de todos los países, convocados por la OMS, la salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social transitorio y no sólo la ausencia de enfermedad, como se afirmaba anteriormente. Los resultados que fueron apareciendo en las últimas décadas, provenientes de diferentes disciplinas que estudian al ser humano, posibilitó que en la actualidad puedan integrarse en un conocimiento, que supere el antiguo paradigma biomédico hasta hoy hegemónico e insuficiente, encontrando un nuevo paradigma, como lo es el Biopsicosocial (Proyecto Salutia, s/f).

En congruencia con la definición anterior, Oblitas (2010), menciona que la salud no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Entendida en sentido amplio, es el bienestar físico, psicológico y social, que va mucho más allá del esquema biomédico donde representa una situación relativa, variable, dinámica y que resulta de todos los factores que actúan sobre la vida de la población y la persona, por lo que abarca la esfera subjetiva relacionada con un sentimiento de bienestar y del comportamiento del ser humano referida a la capacidad de funcionamiento de la persona.

Concepto de Conducta de Enfermedad

Las diferentes formas de percepción, evaluación y respuesta ante la enfermedad tienen, a la vez, un impacto importante en lo que se refiere a los síntomas que interfieren en la vida cotidiana, así como en el establecimiento de la cronicidad del cuadro y en el logro de un cuidado apropiado, con la cooperación o resistencia al tratamiento. Una premisa crucial es que la enfermedad así como la experiencia de ella, está modelada por factores socioculturales y psicosociales, independientemente de su base genética, fisiológica o biológica; donde la enfermedad puede cumplir funciones o es usada a menudo para lograr una serie de objetivos personales y sociales que poco tienen que ver con su patogénesis (Nieto-Munuera, Abad, Esteban, y Tejerina, 2004).

El término conducta de enfermedad fue acuñado por Mechanic en 1962, para designar las peculiaridades individuales de las respuestas ante la situación de enfermedad que mediadas por diferencias en su percepción y evaluación, estarían condicionadas tanto por factores sociales como por las características personales del individuo.

El concepto de conducta de enfermedad, intenta analizar las variables y explicar los distintos patrones de respuesta que presentan las personas ante la enfermedad. La importancia de este constructo permite afirmar que el modo que tiene un individuo de responder a la situación de enfermedad influye en la sintomatología y curso evolutivo del proceso morboso, determina la adherencia al tratamiento y configura la relación del médico con su paciente.

Por tanto, implica la forma en la que los individuos controlan sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, ponen remedio y utilizan fuentes de ayuda, así como los más formales sistemas de cuidado de la salud. Refiriéndose también a como las personas controlan y responden a esos síntomas, al cambio sintomático en el curso de la enfermedad donde la experiencia del padecimiento y los factores que intervienen en este proceso dan como resultado que los síntomas sean percibidos y evaluados de manera diferente. Esto quiere decir que a un mismo síntoma objetivo, los individuos pueden atribuirles significados completamente diferentes, lo cual, como es lógico, condicionaría su conducta de enfermedad.

Un factor importante es que el paciente ha dejado de ser considerado un sujeto pasivo ante su enfermedad y se ha convertido en un ser activo que selecciona la información que

recibe y elabora significados personales en virtud de su sistema de creencias, escala de valores, actitudes, etc., y con todo ello construye su experiencia subjetiva de estar enfermo. Así la conducta de enfermedad no es sólo el resultado de la preocupación de estar enfermo sino que existe todo un filtrado selectivo que configura la interpretación de la situación y determina el repertorio de conductas de afrontamiento ante la enfermedad (Nieto-Munuera, Abad, Esteban, y Tejerina, 2004).

También, Mechanic menciona que la conducta de enfermedad debe entenderse como un proceso dinámico, es decir, como parte de un proceso continuo de adaptación. Las personas experimentan muchas perturbaciones y tensiones que culminan en diversas adaptaciones, entre las que figuran la enfermedad física, los trastornos psicológicos y un amplio abanico de conductas de lucha, huida y riesgo. Es indudable que la cultura y la biología son los factores que limitan la expresión de tales estados internos implicando factores como la necesidad de ayuda, la valoración, definición y atribución de una causa y un proceso de toma de decisiones (Mechanic, 1986).

Este autor, menciona un grupo de variables que pueden estar implicadas en la conducta de enfermedad:

- El grado en que los síntomas pueden interferir con las actividades normales de la persona.
- La familiaridad y prominencia perceptiva de los síntomas así como la percepción de su gravedad.
- La frecuencia y persistencia de los síntomas, los umbrales de tolerancia respecto a éstos.
- La información disponible, el conocimiento y supuestos culturales del evaluador.
- Las necesidades básicas que pueden llevar a procesos perceptivos que distorsionen la realidad.
- Otras necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad y las interpretaciones alternativas que pueden asignarse a los síntomas.
- La disponibilidad de recursos sanitarios, su proximidad física y los costes psicológicos y monetarios que puede suponer la búsqueda de ayuda médica u otras alternativas.

Un aspecto destacable ante la determinación de la conducta de enfermedad y que contribuye a explicar las diferencias individuales en las formas de respuesta y afrontamiento de la enfermedad, es el significado que las personas le asignan a esta situación. Estos significados, reflejan las experiencias personales previas, el grado de conocimiento y el bagaje cultural, así como las creencias del enfermo, que funcionan como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad. Por tanto, determinarán la valoración o interpretación que el individuo haga de esta situación.

Lipowski (1983) describió seis categorías de significados:

- La Enfermedad como un Desafío: La persona generalmente desarrolla estrategias de afrontamiento activas y de carácter adaptativo. Ésta es la situación de un tipo de enfermos que buscan ayuda médica a tiempo, cooperan y se informan sobre su enfermedad.
- La Enfermedad como Amenaza: La persona vive su enfermedad como una situación amenazante, como un atentado que interrumpe su integridad; suele suponerles un grave escollo y, por tanto, dificulta el afrontamiento de la misma.
- La Enfermedad como Enemigo: Se considera la enfermedad como una invasión por fuerzas externas o internas que alcanzan al organismo. Las consecuencias emocionales de esta forma de entender la enfermedad son la ansiedad, el miedo y el mal humor, sentimientos que predisponen a la lucha o la huida. Son frecuentes la aparición de mecanismos de negación y proyección, dependencia y regresión, y finalmente la aparición de pasividad en el paciente que predispone a rendirse ante la enfermedad.
- La Enfermedad como Refugio: A algunas personas la enfermedad puede suponerles un alivio, debido a que para ellas la vida resulta difícil, es una fuente de frustraciones y les proporciona pocas satisfacciones. La enfermedad les ofrece la oportunidad de encerrarse en sí mismas y abandonar unas relaciones insatisfactorias, exigentes o frustrantes, lo que determina que adopten un comportamiento infantil como consecuencia de la regresión que experimentan. De esta forma obtiene protección y apoyo.

- La Enfermedad como Ganancia: Muchos pacientes utilizan su enfermedad como instrumento para conseguir mayor atención y disponibilidad por parte de los demás, fundamentalmente del núcleo familiar. En otras ocasiones la utilizan para obtener compensaciones de tipo laboral o económico.
- La Enfermedad como Castigo: Habitualmente estos pacientes atribuyen a la enfermedad la connotación de castigo divino por algún daño cometido en el presente o en el pasado, lo que determina que estos pacientes generalmente adopten posturas de resignación y pasividad, que se nieguen a enfrentarse a la enfermedad.

Nieto-Munuera et al. (2004), menciona los clásicos estudios de Koos, Saunders y Zborowski donde ponen de manifiesto la importancia de los factores culturales, étnicos y religiosos en relación con los comportamientos de los sujetos ante la enfermedad y con el uso de los servicios sanitarios. Así, las influencias socioculturales en la experiencia de enfermedad no se limitan sólo a las variables estructurales sino que las creencias específicas y las normas que definen a un determinado grupo cultural son igualmente importantes. Resaltando que a pesar de que las creencias son experimentadas a escala individual, es la cultura o subcultura que forma el contexto en que el individuo se inserta es la responsable de tales creencias.

Por lo anterior, todo ser humano existe en un determinado ambiente social caracterizado por presentar un sistema específico de normas, creencias, valores y conducta. Por lo tanto, los factores culturales no solamente deben tenerse en cuenta ante un individuo de una raza o un país diferente, sino que deben ser considerados como un mosaico cultural que explicaría o trabajaría ante la conducta de la enfermedad; ya que los individuos, en función de las influencias socioculturales que reciben, desarrollan diferentes modelos de creencias sobre la salud que mediaran en la evaluación y percepción que hagan de los síntomas en la situación de enfermedad y en la conducta de búsqueda de ayuda para afrontarla.

Psicología de la Salud

Desde el surgimiento del estudio de la salud y la enfermedad hasta la fecha dentro del campo psicológico, se han generado y propuesto muchos paradigmas, como ‘que el cuerpo es una maquina’, ‘el cuerpo y mente están separados’, ‘eliminación de síntomas’, ‘que el

paciente es dependiente y el profesional una autoridad’, ‘que la afectividad es un componente fundamental de la curación’, entre otras (Oblitas, 2010, pg.5); Teorías, como el de Necesidades Humanas de Maslow, Locus de Control de Rotter, Motivación y Protección de Salud de Rogers, Autoeficacia de Bandura, Consumidor en Salud de Wilkie, Empoderamiento de Bernstein, Wallerstein, Labonte, entre otras; y Modelos, como el de Creencias en Salud de Hochbaum y Rosenstok, Campos de Salud de Lalonde, Salutogénico de Antonovsky, Ecológico de Salud de Hancock, entre otros (Alonso, 2004); son fundamentales para las investigaciones e intervenciones orientadas a prevenir enfermedades y a promocionar la salud de la gente.

La creciente conciencia de la importancia de las influencias psicológicas y sociales sobre la salud y la enfermedad han conducido a los científicos sociales y a otros especialistas a proponer nuevas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad. Se ha mencionado que los factores psicosociales son tan o más importantes que las causas puramente biológicas del bienestar. Esta postura condujo al desarrollo del modelo Biopsicosocial por el psiquiatra George Engel (1977), donde este ha tenido una influencia importante en la evolución de la psicología de la salud como un nuevo campo de estudio.

La psicología de la salud creció con rapidez durante las décadas de los años ochenta y noventa, donde se le puede atribuir a tres factores (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, y Sykes, 2008):

- Primero, en los años setenta y ochenta hubo una creciente conciencia de las vastas cantidades de enfermedades y mortalidad determinadas por la conducta. La investigación epidemiológica sugiere que todas las causas principales de muerte en las sociedades occidentales son conductuales. Esto significa que muchas muertes pueden evitarse potencialmente si se encuentran intervenciones efectivas.
- Segundo, la ideología de que los individuos son responsables de su propia salud. El individualismo asigna al individuo la responsabilidad principal por una buena salud y, por lo tanto, los individuos deben convertirse en expertos de su propia salud y estilos de vida. Para el individualismo, cada persona es una unidad autosuficiente que requiere niveles mínimos de participación, cuidado e interdependencia. Sin embargo el individuo por sí solo no puede ser capaz de realizar mejoras en la

conducta relacionada con la salud como consecuencia de factores económicos y políticos.

- Tercero, una tendencia que ha fomentado el interés en la psicología de la salud se basa en el desencanto relacionado con el cuidado biomédico de la salud, tanto en los pacientes como entre los practicantes. Esto ha conducido a una búsqueda de perspectivas que valoren la experiencia del paciente e intenten mejorar los servicios a la luz de una comprensión de los aspectos psicosociales del cuidado de la salud.

El paradigma actual reconoce la complejidad de estos constructos pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos; además señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de los hábitos de vida. Así muchas de las enfermedades crónicas son el resultado de la acumulación de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales.

Matarazzo (1980) define a la Psicología de la Salud como el conjunto de contribuciones explícitas educativas y de formación, tanto científicas, como profesionales de la disciplina de la psicología para:

- Promoción y Mantenimiento de la Salud. Son todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable (a través de una mejor nutrición, práctica regular del ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, etc.), entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad sino la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo. En este sentido, destacarían las destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria.
- Prevención de Enfermedades. Se enfoca por la modificación de hábitos insanos asociados a múltiples patologías, pudiendo ser crónicas o agudas.
- Tratamiento de Enfermedades Específicas como las Enfermedades Crónicas (diabetes, cáncer, hipertensión, etc.). Los factores psicológicos son vistos como predictores del nivel de ajuste o deterioro de las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes (Pacheco, 2004), ya que les ocurre una serie de factores sociales, cognitivos y comportamentales que pueden

llegar a determinar de una manera adversa o benéfica el control y adecuado manejo de las diversas actividades de tratamiento que la enfermedad implica.

En estos casos los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.

- Evaluación y Mejora del Sistema Sanitario.

El objetivo en general podría entenderse como la especialización dentro de la psicología que considera que los sucesos no físicos tiene una gran importancia para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud. Independientemente de las predilecciones epistemológicas, el estudio de la psicología de la salud comprende a la salud mental cuando ésta afecta al bienestar físico de las personas y/o viceversa (Oblitas, 2010; Oblitas, 2006).

Posteriormente, la Asociación Americana de Psicología [APA] (en Rodriguez, 2006), establece los 10 objetivos fundamentales del área de psicología de la salud:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse a potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de salud.
4. Entender como los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales y de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.

8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.
10. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familiares.

Hoy en día la Psicología de la Salud, en relación a la Diabetes centra su atención en las reacciones psicológicas que este trastorno produce en las personas. Desde la aparición y/o diagnóstico de la enfermedad hasta el apoyo ante la muerte, los factores psicosociales y somáticos interactúan determinando el curso de dicho padecimiento.

En el caso de la diabetes como en otras enfermedades crónicas degenerativas, la gran mayoría de las personas que la padecen incurren en una serie de conductas que no favorecen su control. La explicación a ésta situación resulta compleja, desde el punto de vista conductual Bayés (1987 en Valderrama, 2008), menciona el hecho de que la gente no lleva a cabo las medidas básicas de cuidado de la salud, debido a tres variables:

1. El carácter placentero de la mayor parte de la estimulación que sigue a muchos comportamientos nocivos, así como los inmediatos efectos de estos.
2. El intervalo entre las prácticas conductuales nocivas y la aparición de consecuencias negativas (la enfermedad en la etapa diagnosticable).
3. El carácter de probabilidad que tiene la enfermedad a pesar de las prácticas de riesgo. No todo el que realiza prácticas nocivas se enferma.

La salud humana está seriamente influida o determinada por factores psicológicos y sociales, en pocas palabras el ser humano se convierte en responsable y protagonista principal de su propia salud.

Modelo Biopsicosocial [MBPS]

En la actualidad y dentro del ámbito de la Psicología de la Salud es de gran aceptación el MBPS, el cual admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.), como otros de

microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etcétera) (Oblitas, 2010). Así como se menciona, la salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socio ambiental (Labiano, 2004 en Telesforo, 2008).

El MBPS establece que la salud y la enfermedad son el producto de una combinación de factores que incluyen las características biológicas (predisposición genética), los factores conductuales (estilos de vida, estrés, creencias acerca de la salud), y condiciones sociales (influencias culturales, relaciones familiares y apoyo social).

Engel (1977), planteó la necesidad de realizar una formulación comprensiva de la enfermedad, la cual tuviera en consideración en el mismo nivel de importancia, los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad, y que pudiera dar cuenta de los vacíos explicativos del modelo biomédico. Los postulados básicos del MBPS responden al concepto de que los procesos de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y de que es necesario tener en cuenta estos tres tipos de factores a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento.

El modelo representó un reto para el modelo médico al proponer que la salud y la enfermedad son consecuencia de variables físicas, psicológicas y culturales; donde es posible contrastar los principios fundamentales del MBPS (pacientes, prevención y psicología) con los del modelo médico (diagnóstico, enfermedad y medicamentos). Por tanto, el proceso por el cual cada individuo deviene un ser que percibe, piensa, razona, quiere, siente y toma decisiones, está más lejos de ser reducido a un único y definitivo esquema explicativo.

De acuerdo con Engel (1980), los distintos aspectos sobre la salud y la enfermedad se pueden organizar en una jerarquía desde la biosfera y la sociedad hacia abajo hasta el nivel de experiencia y conducta del individuo llegando hasta el nivel celular y subatómico. Todos estos niveles interactúan y se necesitan tener en cuenta si se quiere entender el proceso salud-enfermedad. Así el marco explicativo de este modelo es la Teoría de los Sistemas, donde los diferentes subsistemas como el biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico, están interrelacionados y los cambios en cualquiera

de ellos afecta a la totalidad individual ya que los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales.

La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados. De acuerdo a este modelo se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. La práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico.

Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto física como social. Además, estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social. (Labiano, 2004 en Telesforo, 2008)

El MBPS surge porque no es posible explicar todos los comportamientos del individuo desde un modelo centrado en el organismo, perfilándose en los siguientes planteamientos:

1. La psicología plantea como objeto de estudio el comportamiento humano, incluyendo las cogniciones (pensamientos e imágenes); respuestas fisiológicas o biológicas que no se pueden observar directamente y la conducta manifiesta u observable, entendiéndose como comportamiento, es decir, lo que el sujeto hace y puede ser observado por otros.
2. Las leyes, modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano, las cuales son las mismas para la salud y para la enfermedad.
3. El comportamiento humano anormal está constituido por formas de adaptación al ecosistema que resultan inadecuadas a corto o largo plazo.
4. Los psicólogos clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan la ayuda a través de los conocimientos psicológicos.
5. Los ecosistemas en los que se encuentra el organismo, el ambiente físico y social en el que el individuo se desenvuelve determina, en gran parte, los comportamientos adaptativos concretos y los sistemas generales de adaptación.
6. La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema está en función de los recursos biológicos y psicológicos que posee, así como las exigencias del propio ecosistema.

7. El sujeto se comporta respondiendo al medio o ecosistema a través de la manipulación y modificación del medio. El autocontrol que pueda tener la persona determinará la posibilidad de que considere los refuerzos a largo plazo.
8. El comportamiento del sujeto es el conjunto de actuaciones dentro de un medio o ecosistema en cuanto a sus dimensiones.
9. Los comportamientos saludables se refieren cuando las personas tienen prevención en los cuidados de la salud y los comportamientos no saludables (enfermos), a corto plazo son improbables en el repertorio de respuestas del individuo y sus probabilidades en función del tiempo entre respuesta y daño.
10. La salud es el resultado del proceso de adaptación general del sujeto, la enfermedad se presenta en forma de queja por su incapacidad para adaptarse a los nuevos cambios en el ecosistema.

Por ello, los aspectos biológicos y psicológicos se contemplan en este modelo, ya que los aspectos fisiológicos, motores y cognitivos se toman en cuenta dentro de la perspectiva psicológica que lo forma (Rubio, Márquez y Santacreu, 1997 en Flores, 2008).

En un intento porque la práctica médica se volviera más respetuosa, considerada y orientada al paciente, el punto de Engel resulta válido. Sin embargo omitió muchas cosas, tal vez por descuido, nunca definió en realidad el MBPS, dejándolo abierto para que la gente lo interpretara en diferentes maneras generando que no se le considera como un modelo en sentido estricto, sino más bien una forma de pensar acerca de la enfermedad y la salud, el cual tiene una función heurística al justificar y legitimar la investigación (Marks, et al., 2008). A pesar de esto en la actualidad, el MBPS es en realidad un conjunto de creencias y valores acerca de la salud, la enfermedad, la psicología y la cultura al que la disciplina de la psicología de la salud se ha adherido y que funciona para ver como son las personas en la salud y la enfermedad.

Psicología Social de la Salud

Dentro de la psicología hay un área llamada psicología social de la salud donde su objetivo es cuidar la salud psicológica y la salud social, aunque el estudio e intervención en éstas áreas no se tomo en cuenta sino hasta mediados del siglo veinte aproximadamente, cuando se interesaron en ellas los organismos internacionales dedicados a velar por el bienestar de la humanidad. Así, desde 1972, la OMS y la Organización Panamericana de la

Salud [OPS], comenzaron a preocuparse y ocuparse de los temas de la salud mental, el ciclo de vida, el trabajo y la salud, las enfermedades no transmisibles y transmisibles y, en general, de los aspectos sociales de la enfermedad (García, 1985; en Rodríguez, 2006).

Se emprendieron a realizarse estudios que integraban la influencia de los aspectos psicosociales en la vida y salud cotidianos de los individuos, de esta forma, se gesta la aplicación de la psicología social a la salud, surgiendo así, la rama de la psicología denominada: ‘Psicología Social de la Salud’; que tiene como objeto de estudio a las situaciones que emergen de grupos que generalmente se han considerado en riesgo.

Tomando en cuenta desde los factores del desarrollo individual natural, hasta los factores socioeconómicos que pueden poner en riesgo la salud de un individuo o de toda una población, basándose para lograr tal objetivo en el estudio de la subjetividad. Así la psicología social de la salud se define como la disciplina encargada de dar cuenta de los procesos de subjetividad que inciden en el fenómeno de salud-enfermedad.

La psicología social de la salud, se incorpora al campo de la salud aplicando sus contenidos y su metodología al estudio de la promoción de la salud, etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad para su comprensión, explicación e intervención. Según Morales (1999; en Rodríguez, 2006), la aportación de la psicología social a la psicología de la salud es el análisis de todas las posibles interacciones involucradas en el proceso de la salud-enfermedad; esto es el análisis de lo subjetivo implicado en el proceso.

Desde la psicología social de la salud, se consideran tres tipos de determinantes psicosociales para el proceso salud-enfermedad (Rodríguez, 2006), que son:

- Individuales: Se consideran las características personales como las actitudes, las creencias, las cogniciones en general, los síntomas, la manera individual de manifestar e interpretar dichos síntomas.
- Interactivos: Se considera principalmente a la interacción del paciente con el personal profesional sanitario, el rol del profesional de la salud, es decir si es médico, enfermera, trabajador social, psicólogo o cualquier otro, así mismo, se toma en cuenta la comunicación existente entre el profesional y el paciente, el comportamiento del profesional y el poder que éste ejerce sobre el paciente.

- Determinantes Sociales: Se encuentra al paciente dentro de un determinado grupo social como pueden ser los amigos, la familia, los compañeros de trabajo, y las creencias de ese grupo, las actitudes respecto del proceso salud-enfermedad, el estatus socioeconómico del grupo, la influencia que el grupo ejerce sobre el proceso salud-enfermedad del paciente, el apoyo social, el rechazo, etc.

Al tomar en cuenta los tres tipos de determinantes psicosociales en el proceso salud-enfermedad durante la intervención psicológica, ya sea a nivel preventivo o de tratamiento, se logrará la satisfacción del paciente en cuanto a los servicios de salud se refiere y el éxito o fracaso de la intervención del profesional de la salud en el proceso de salud-enfermedad del paciente, ya sea hacia una completa recuperación, o hacia la obtención de una mejor calidad de vida aunque el paciente tenga que vivir con una enfermedad crónica, pero ello dependerá de si se toman en cuenta o no los factores ya mencionados.

El psicólogo social de la salud, es un profesional cuyo trabajo se desempeña hacia el individuo o hacia el grupo, se dedica a investigar, detectar, diagnosticar, prevenir, intervenir, asesorar, etc., acerca de los procesos de salud-enfermedad. Trabajando no sólo con el comportamiento del paciente sino también con el de médicos, familiares y demás círculos sociales que influyen sobre los procesos de salud-enfermedad; vista la salud, como un proceso integral donde intervienen los factores físicos, psicológicos y sociales en interrelación. Además, respecto de los factores sociales, el trabajo del psicólogo social de la salud, no se queda sólo a nivel comportamental, sino que también aborda el nivel subjetivo, ya que las acciones del individuo que padece están mediadas por la subjetividad individual y colectiva, es decir se atienden también los procesos emocionales, de deseo, los procesos en donde adquiere significado el padecimiento y la forma como éste debe ser tratado.

Por lo tanto es muy importante conocer determinantes culturales y sociales en los que está inmerso la persona para comprender el pensar y el actuar sobre el proceso de salud y enfermedad.

Adherencia al Tratamiento

Los planteamientos de la OMS (2005), con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas degenerativas refuerzan la necesidad de tener

a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas.

La adherencia terapéutica ha sido de primordial importancia para el sector salud por los altos índices de enfermedades crónicas, pero en realidad no se tiene una definición clara sobre ¿Qué es la adherencia?, ya que para algunos según Basterra (1999) conceptualizan a la adherencia como un “cumplimiento”, por ejemplo siguiendo esta misma línea Haynes (1979, p. 92) menciona que si la adherencia es un cumplimiento se define como “el grado en que la conducta de un paciente va en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida y coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Pero dicho término según Karoly (1993; en Martin, 2004) tiene importantes deficiencias, ya que sólo se centra en el profesionalismo de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario con la tendencia de lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento. Además es reduccionista, pues sólo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aquellos aspectos subjetivos de otro orden, como las creencias y motivaciones del paciente. Y con el fin de superar estas limitaciones en cuanto a la definición se han propuesto otros términos como la “adherencia” o “alianza terapéutica”, para tener un entendimiento mejor entre la relación del personal sanitario y el paciente (Basterra, 1999). El término adherencia se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982, p. 93).

Los vocablos que se han discutido por años como la “alianza” “colaboración” “cooperación” y “adherencia” permiten una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a la propia salud, ya que se supone que la persona se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya colaboración ha podido contribuir, o al menos que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. Los autores que están interesados en el tema de la adherencia al tratamiento optan por uno u otro término. Friedman y Di Mateo (1989) por ejemplo hablan de “cooperación”, para enfatizar las interacciones profesionales de salud-enfermo; sin embargo los términos “cumplimiento” o “incumplimiento” siguen siendo los que más se

utilizan en la práctica médico-farmacéutica. Aunque también el uso de “cumplimiento” y “adherencia” son utilizados como sinónimos (Basterra, 1999).

Sin embargo, Epstein y Cluss (1982; en Martin y Grau, 2004) definen a la “adhesión” o “cumplimiento de las prescripciones médicas” como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre su salud o prescripciones que ha recibido. Mientras que Meichembaum y Turk (1987; en Martin y Grau, 2004) distinguen al “cumplimiento” de la “adhesión” diciendo que el primero coincide con la definición que dan Epstein y Cluss (1982; en Martin y Grau, 2004), mientras que al segundo lo definen como una implicación más activa y colaborativa del paciente. Pero no hay que dejar de lado que la adhesión al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona con la conducta del médico al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con claridad hacia el paciente.

Haynes, Taylor y Sacket (1979 en Del Castillo, 2010) propusieron la variable a la que coinciden con la prescripción del equipo de salud. Esta puede incluir: toma correcta de medicamentos, seguimiento de dieta, acudir a sus consultas, actividad o inactividad física, modificaciones al estilo de vida, etc. La propuesta de Haynes, et al. (1979 en Del Castillo, 2010) surgió como una alternativa científica a la visión donde el paciente era considerado ignorante o necio al no seguir las indicaciones del profesional de la salud.

Sin embargo, conforme se intentó adaptar esta nueva visión, surgieron críticas importantes al concepto, entre ellas:

- La referencia que hace el término a la obediencia que el paciente debe mostrar a las indicaciones del médico y a la conformidad a las metas que este plantea, asumiendo entonces que el paciente es incapaz de tomar sus propias decisiones y por ende haciendo necesario seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen.
- El cumplimiento tiende a ser unidimensional, así las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.
- Es una definición reduccionista al solo tomar en cuenta el aspecto relacional y no considerar aspectos subjetivos como por ejemplo, las motivaciones del paciente.

A partir de las críticas al concepto cumplimiento y a la incapacidad para comprender el fenómeno, se propuso reemplazarlo por términos como adherencia o alianza terapéutica con

objeto de expresar una relación más interactiva entre el profesional de la salud y el paciente. La adherencia terapéutica se define como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Así, Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, (2006), definen este constructo como la colaboración, participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud; la cual podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas.

Los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación de la persona en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el individuo se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

El termino adherencia visualiza a los pacientes como seres independientes, inteligentes y autónomos que toman un papel más activo y voluntario al definir y perseguir las metas relacionadas con su tratamiento. Desde este punto de vista, la explicación de por qué una persona no se adhiere al tratamiento toma en cuenta factores sociales y personales que van más allá de las metas que el médico plantee. El considerar a los pacientes como participantes activos de su propio cuidado facilita este proceso, particularmente en la diabetes donde el paciente tiene la responsabilidad de manejar de manera independiente su padecimiento.

Sin embargo, debido a que los tratamientos de los padecimientos crónicos varían de acuerdo con la naturaleza de las demandas que imponen y el tiempo de evolución de la enfermedad, una definición global y rígida de la adherencia resulta ineficaz. A partir de esto, algunos autores han propuesto que el significado de la adherencia, así como las estrategias de evaluación e intervención para modificarla, cambian de acuerdo con las demandas de cada tratamiento. Desde este punto de vista la adherencia terapéutica puede ser entendida mejor como el proceso en el cuál el paciente realiza una serie de esfuerzos,

que ocurren durante el curso de la enfermedad, para alcanzar las demandas conductuales, cognitivas y afectivas, relacionadas con el tratamiento impuesto por cada padecimiento.

Así, la adherencia terapéutica ha sido definida como un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Es un comportamiento humano o, más bien, un repertorio comportamental modulado por componentes subjetivos. O dicho de otra manera, la conducta de cumplir el tratamiento está mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de padecer una enfermedad, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos (Flores, 2008).

La adherencia al tratamiento comienza desde el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece. Como se menciona, la enfermedad suele percibirse como un evento estresante, un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o en algunas ocasiones como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás, comenzando de esta manera su rol de enfermo, puesto que la aceptación de estar enfermo son aspectos psicológicos muy importantes para la adherencia considerada como un contenido del rol de enfermo, un repertorio de conductas que se adoptan después de que la persona asume su condición de enfermo.

Los estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la diabetes y sus complicaciones, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados (Amigo, Fernández, y Pérez, 1998). Es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos como la toma de medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional (Holguín, et al., 2006).

La adherencia terapéutica resalta la complejidad y multiplicidad de los factores que determinan esta conducta, ya que el cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo, cuándo hacerlo y porqué hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere,

conjuntamente de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento.

Como se señaló, el individuo funciona como un sistema en el que los procesos están interrelacionados, sin embargo, en la dimensión psicológica hay algunos que contribuyen más directamente al análisis e interpretación de la realidad y que contribuyen a la elaboración de las respuestas comportamentales de las personas como son los procesos cognitivos superiores (inteligencia y los procesos afectivos).

La inteligencia es uno de los procesos diferentes por los que los seres humanos construyen respuestas adaptativas a las condiciones del medio o bien respuestas a problemas concretos que requieren la búsqueda de soluciones en situaciones concretas. Así por tanto, en el ámbito de la vida social como en los comportamientos relevantes para la salud, es extremadamente importante que se produzca una adecuada interpretación en el procesamiento de la información y una correcta respuesta comportamental adaptativa, porque toda conducta, ha de entenderse y analizarse necesariamente vinculada a su contexto ya que su interpretación y sentido se encuentra también vinculados.

Los procesos cognitivos son estrechamente dependientes, en su funcionamiento, de otros factores personales como la motivación que de manera simplificada, se puede decir que debe explicar el porqué de la conducta, pero también porqué en determinadas situaciones se decide A y ante los mismo estímulos, mañana se decide B.

Otro factor son las emociones, que se encuentran estrechamente vinculados con lo biológico y desencadenan múltiples respuestas fisiológicas y endocrinas que implican cambios, a veces bruscos, que dificultan el proceso de toma de decisión y de respuesta precisa y adecuada. Estos cambios emocionales son percibidos a veces intensamente y pueden ocasionar el descontrol de situaciones en las que está en juego la salud, su mantenimiento o pérdida y su prevención o promoción mediante la selección de las estrategias de afrontamiento adecuadas que causan serios problemas de salud. Sin duda por esta razón, la salud es la dimensión cuya relación con las emociones se ha elaborado y estudiado (Marks, et al., 2008).

Es evidente que las emociones impregnan, y a veces desbordan, el sistema en todas sus dimensiones. La propia experiencia corrobora las perturbaciones que las distintas formas de emoción desencadenan en la atención, percepción y memoria. Pero tampoco la inteligencia,

tanto en su fase de procesamiento de la información como en la de toma de decisiones, o en ambas, está libre de verse perturbada por la intensidad de las emociones, bien sea momentánea o permanentemente (Marks, et al., 2008).

Por lo tanto, para Cáceres, (2004 en Holguín, et al., 2006), las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Meichenbaum y Turk (1987; en Marks, et al., 2008) relacionaron características del paciente (Tabla 5) y factores de tratamiento (Tabla 6) asociadas a la adherencia o no; además identificaron cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento (Meichenbaum y Turk, 1991) que son:

- Variables del Paciente. Características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; falta de recursos.
- Variables de la Enfermedad. Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas).
- Variables del Tratamiento. Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características del tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; efectos secundarios de la medicación.
- Variables de la Relación. Comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada.

En el caso de la enfermedad crónica, el tratamiento en general es para toda la vida. Por lo tanto, comprender la adherencia en su totalidad requiere entender el contexto social y la forma cómo el paciente integra el tratamiento en su vida diaria.

Tabla 5. Características del Paciente Asociadas con la Adherencia

Características Sociales	Características Personales	Creencias de Salud
Características de la situación social del individuo	Demografía	Creencias de salud inapropiadas o contradictorias
Falta de apoyos sociales	Discapacidades sensoriales	Rivalidad de los conceptos de enfermedad y tratamiento socioculturales y étnicos populares
Inestabilidad familiar o falta de armonía	Tipo y gravedad del trastorno	Modelo implícito de la enfermedad
Expectativas y actitudes hacia el tratamiento por parte de los padres	Distracción	
Inestabilidad Residencial	Falta de entendimiento	
Entorno que apoye la conducta no adherente		
Exigencias rivales o contradictorias		
Falta de recursos		

De este modo, la adherencia terapéutica ha sido definida como un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Es un comportamiento humano o, más bien, un repertorio comportamental modulado por componentes subjetivos. O dicho de otra manera, la conducta de cumplir el tratamiento está mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. Las conductas que podrían hacer ineficaz la adherencia a los tratamientos médicos, son las dificultades para comenzarlos; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito; ausencias a consultas e interconsultas, rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad. Aunque también el paciente, a su vez, se ve en la obligación de reajustar metas

y propósitos afectando su vida económica y la comunicación con las demás personas, cambios en los roles habituales y en las responsabilidades de la familia, aumentando así el sufrimiento de los allegados (Ferrer, 1995).

Tabla 6. Factores de Tratamiento Asociados con la No Adherencia.

Preparación para el Tratamiento	Carácter inmediato del Tratamiento	Administración del Tratamiento	Consecuencias del Tratamiento
Características de la situación de tratamiento	Características de las recomendaciones de tratamiento	Supervisión inadecuada de los profesionales	Efectos secundarios del medicamento
Tiempo de espera prolongado	Complejidad del régimen de tratamiento	Ausencia de continuidad del cuidado e incapacidad de los padres para supervisar la administración de medicamento	Efectos secundarios sociales
Largo tiempo transcurrido entre la remisión y la cita	Grado de cambio de tratamiento		
Ausencia de tiempos para citas individuales	Inconveniencia		
Falta de cohesión de los sistemas de distribución de tratamiento	Gastos		
Inconveniencia asociada con el funcionamiento de las clínicas	Características del medicamento		
Reputación deficiente de las instalaciones de tratamiento	Etiquetas inadecuadas		
	Diseño extraño engorroso del paciente		

Factores Propiciantes Para La No Adherencia Terapéutica en DM

Mucho se ha investigado y mencionado del por qué las personas con DM tipo 2 no siguen las prescripciones médicas, siendo que éstas son para el beneficio de su salud y para tener una mejor calidad de vida. Pero es ahí donde intervienen una serie de factores que el paciente ve como obstáculos, que no lo dejan realizar de manera óptima su tratamiento, siendo esto controversial para las investigaciones que estudian el fenómeno de la adherencia a los tratamientos. Flores (2008) menciona una gran cantidad de autores que confirman y plantean que existe en los pacientes enfermos un amplio grupo de factores que

influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando asimismo elementos de naturaleza psicosocial, médica, de relación médico-paciente y de corte gerencial.

Uno de los factores que afectan la adherencia está constituido por un amplio conjunto de factores llamados psicosociales, los cuales están relacionados con las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad, la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida; en segundo término con la creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia percibida) y, por último, con la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida).

Otros factores importantes para la adhesión a los tratamientos son los que tienen relación con la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención. La satisfacción se relaciona con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir.

Otro grupo de factores que está relacionado con las características del régimen terapéutico distingue la complejidad del tratamiento, que se refiere al grado de cambio comportamental requerido, cuando implica cambios en los hábitos o exige cambios nuevos. El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y la duración del tratamiento con variables relacionadas con la complejidad. También la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento puede resultar relevante, puesto que los costos pueden ser diversos (económicos, sociales, laborales, familiares y emocionales).

Un grupo más de factores está referido a la naturaleza de la enfermedad. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas y, sobre todo, en las asintomáticas, cuando las manifestaciones constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Otro factor que afecta la adherencia de los pacientes está constituido por variables propias de la interacción con el profesional sanitario, donde se hallan la satisfacción del

paciente en el proceso de interacción con los profesionales de la salud y las características de la comunicación que establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en el conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la que se distingue la satisfacción específica y la global, donde la primera es determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda como la apreciación más general que establece el paciente, ya que los pacientes más insatisfechos tienen una mayor probabilidad de no llevar a cabo las instrucciones que se les dan.

Y finalmente, otro factor es el de la autoestima, donde vivir con la enfermedad refleja un descenso en la autoestima de quien la padece, pudiéndose esperar que aquellos pacientes que viven con diabetes presentaran una relación de la autoestima más elevada con mayor adherencia al régimen de salud, que aquellos pacientes con una baja autoestima (Flores, 2008).

A continuación se mencionan de manera más desglosada qué situaciones se presentan en cada uno de los factores que inhiben la adherencia al tratamiento.

Factores Relacionados con la Enfermedad.

- Al ser una enfermedad crónica, representa un fuerte impacto para quien la padece. Los intervalos libres de síntomas (principalmente durante los episodios hiperglucémicos) representan una ausencia de claves internas que podrían reforzar el seguimiento del tratamiento.
- Aunque existe una serie de síntomas indicativos de una descompensación, cada paciente suele tener un patrón idiosincrásico y cambiante a lo largo del tiempo. Lo cual supone una dificultad para discriminar e interpretar los síntomas que funcionarían como consecuencias del seguimiento o no del tratamiento.
- Las hipoglucemias pueden producir nerviosismo, irritabilidad y confusión; mientras que las elevaciones de glucosa pueden inducir al cansancio, sueño e irritabilidad. A su vez, estos síntomas causados por el aumento y decremento de los niveles de glucosa pueden ser obstáculos para la adherencia al tratamiento.
- Las complicaciones asociadas como retinopatía, nefropatía, neuropatía, etc., ocurren a largo plazo, perdiendo, así, su potencial efecto aversivo.

Factores Relacionados con el Tratamiento.

- Toma de medicamentos de por vida.
- La toma de varios medicamentos en diversos horarios.
- Efectos secundarios de la toma de los medicamentos.
- El tratamiento exige cambios en las actividades cotidianas.
- El tratamiento es impuesto sin que, generalmente, se tomen en cuenta las condiciones y estilos de vida de cada uno de los pacientes.
- Aversividad de las medidas terapéuticas como controles de glucemia.
- La interrupción de la toma del medicamento no produce una exacerbación inmediata.
- Ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento del tratamiento y normalización glucemia. Incluso, en muchas ocasiones las consecuencias al adecuado seguimiento son más punitivas que al incumplimiento.

Acerca de los factores relacionados tanto con la enfermedad como con el tratamiento, existen autores como Viniegra (2006 en Robles, 2010) quien afirma que para la existencia de una adherencia efectiva, es necesario que el paciente tenga un alto conocimiento acerca de qué es su enfermedad y de aspectos relacionados con su tratamiento. Sin embargo, la educación en diabetes es compleja y no sólo es necesaria la instrucción, sino que debe haber una forma de evaluar lo que se enseña para verificar la comprensión por parte de los pacientes permitiendo, también, una modificación o complementación de qué se enseña y cómo se enseña.

Factores Cognitivos.

- Creencias generales del paciente con respecto a la salud y a la enfermedad.
- La poca severidad con la que percibe las posibles consecuencias de la enfermedad.
- La vulnerabilidad con que se autopercebe ante la enfermedad.
- Las expectativas en cuanto a la propia capacidad para enfrentar la enfermedad a partir de la ejecución de las acciones correspondientes.
- Creencias relacionadas con los beneficios que se obtendrán con la adherencia al tratamiento.
- Ideas erróneas acerca de la etiología de la enfermedad y que se van construyendo en la historia personal.

- Ideas erróneas acerca del tratamiento que se van construyendo en la historia personal y que entran en conflicto con las indicaciones médicas.
- Desconocimiento de información relevante con respecto a la enfermedad y al tratamiento.
- Poca comprensión con respecto a la enfermedad y al tratamiento.
- Tendencia a conceptualizar la enfermedad en aguda y no como crónica, como consecuencia, aplican sus conocimientos del mismo modo.

Es de importancia analizar los aspectos socioculturales en la elección y seguimiento de los tratamientos de los personas que viven con diabetes, ya que cumplir con el tratamiento no es del todo un hecho aislado para el paciente, sino que implica diversas condicionantes socioeconómicas e ideológicas, donde las ideas de la enfermedad y su forma de atenderla son los elementos clave para entender sus acciones.

Factores Emocionales.

- Muchas veces existe una insatisfacción afectiva en la persona con respecto al personal de salud que lo atiende.
- Las emociones pueden influir en el control de la enfermedad. Así, la existencia de ansiedad y/o depresión contribuirá a que los niveles de glucosa en la sangre suban y/o bajen; esto se debe más a las actitudes que acompañan a la ansiedad y a la depresión.
- Actitudes como negarse a que otros conozcan el diagnóstico producen sentimientos de aislamiento y frustración.
- Insatisfacción con el tratamiento.
- Sentimientos de inferioridad, tristeza, vergüenza, resignación, etc., éstos pueden influir en las conductas que se tengan con respecto al seguimiento del tratamiento.

Factores Conductuales.

- Locus de control, es decir, el grado de participación sistemática y permanente por parte de la persona en el control de su enfermedad. Muchas veces espera a ser controlado por los demás (médico, familiares, etc.).
- Conductas opositoras al tratamiento, por ejemplo, con respecto a cambios y restricciones en la dieta, a cambios de hábitos de ejercicio físico, a llevar a cabo los cuidados personales necesarios.

- Pocas o ineficaces habilidades para controlar situaciones estresantes y pocas o ineficaces habilidades para resolver problemas.
- Dificultades para medir la glucemia.
- Insuficientes habilidades para el adecuado seguimiento del tratamiento.

Como es conocido, los factores conductuales que se acaban de mencionar se comprenden dentro de una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente sobre el aprendizaje para tratar la conducta humana desadaptativa, que en este caso es la no adherencia a las prescripciones médicas, aunque también lo conductual establece de manera precisa como el medio ambiente puede influir en la persona, en términos de los principios de aprendizaje establecidos, donde se implica la individualidad definida de los objetivos de tratamiento, para ayudar a modificar los problemas específicos que interfieren con su funcionamiento, adaptando el terapeuta el método de tratamiento al problema del paciente o, dicho de otra manera, se basa en 3 premisas que son (Reynoso y Seligson, 2005 en Robles, 2010) :

- ¿Cuál comportamiento es inadecuado?
- ¿Qué es lo que mantiene el comportamiento inadecuado?
- ¿Cómo puede cambiar ese comportamiento?

Es por ello que los factores que se mencionan como conductuales que propician la no adherencia, han servido de partida para estudiar a la población que vive con diabetes, básicamente sobre la conducta que emiten al tratamiento.

Factores Familiares.

- Incompatibilidad por parte de personas allegadas al paciente con respecto a creencias, valores, actitudes, estilo de vida, etc., en relación al programa de tratamiento de paciente.
- La familia se mantiene al margen de participar, no contribuyen en el apoyo del control metabólico y del tratamiento en general del paciente que vive con diabetes.
- Conflictos familiares.
- En cuanto a prevención se refiere, existe poca posibilidad de incorporar en forma anticipada a otros miembros de la familia que tienen factores de riesgo asociados a padecer diabetes.

Factores Socio-Culturales.

- En muchas ocasiones los contextos en los que la persona se desenvuelve, brindan al individuo una explicación de las posibles causas de la enfermedad, de su curso, de la interpretación de los síntomas, de su posible solución, de la responsabilidad en la misma, etc. Lo cual podría ir en contra de las indicaciones médicas y hasta de su propia salud.
- Rechazo social debido al tratamiento y sus consecuencias.
- Los contextos en los que deben ocurrir las nuevas conductas son los mismos que hacían adecuadas las anteriores.
- Escolaridad baja.
- Costumbres y tradiciones.
- Religión.

Factores que Involucran la Relación Personal Clínico-Paciente.

- La información que proporciona el personal clínico (médicos, enfermeras, etc.) no siempre es la suficiente, ni clara para el paciente.
- El personal de salud suele ser menos positivo cuando se atienden casos de enfermedades crónicas, lo cual provoca emociones negativas en los pacientes.
- El personal pocas veces atiende al estilo de vida de los pacientes.
- No siempre se proporciona retroalimentación adecuada al paciente sobre los problemas surgidos, ni el modelado de las conductas requeridas.
- No siempre es suficiente la supervisión por parte del médico, el cual, además, casi no conoce al paciente.
- El personal no tiene conocimiento acerca de las estrategias de modificación de conducta para entrenar al paciente a seguir el tratamiento.
- Desconfianza del paciente hacia la capacidad del personal.
- Corta duración de las consultas que no permite una adecuada evaluación y, por ende, adecuadas indicaciones.

Factores Organizacionales.

- Programación de citas médicas inadecuada o difícil de seguir. Grandes distancias hacia los recursos asistenciales.
- Problemas de transporte.

Factores Personales.

- Estado civil, lo cual puede ser un factor relacionado al apoyo social.
- Aparición de complicaciones nuevas y que no están directamente relacionadas con la enfermedad.
- Recursos económicos para cubrir los gastos relacionados directa o indirectamente con el tratamiento.

Como se ha descrito, existen muchos factores que pueden interferir con una adecuada adherencia terapéutica de los pacientes que viven con DM. Además, es evidente que la mayoría de estos factores están relacionados con problemas de índole psicológico, entre éstos se encuentran los factores cognitivos, emocionales, conductuales, familiares, socio-culturales, de relación entre el personal de salud y el paciente y que, además, estos factores pueden presentarse algunos de manera conjunta o de manera aislada en la persona, dependiendo siempre en la manera en como lleve a cabo su control de salud, alimentación, calidad y estilos de vida, puesto que a mayor cuidado, mayores y mejores años de vida, sin dejar de lado la adherencia terapéutica, se puede concluir que el logro de esta misma es un requisito que de cumplirse viene a resolver notables problemas de salud en la población, además de tener importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud.

Sin dejar de prestar especial atención a su abordaje teórico, metodológico e investigativo, particularmente desde el campo de la Psicología de la Salud, puesto que esta disciplina es la que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, y a pesar de todos los cuestionamientos, interrogantes y desafíos que presenta este problema de la adherencia terapéutica, así como de las inevitables limitaciones que pueda tener su esclarecimiento en la actualidad, es una necesidad el emprender estudios relativos a esta línea, ya que las aportaciones estarían basadas en la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y al perfeccionamiento de la práctica médica (Flores, 2008).

Factores Propiciantes para una buena Adherencia Terapéutica en DM

Como se describió existen muchos factores, que intervienen en la falta de adherencia a los tratamientos en especial los pacientes que viven con diabetes, ya que deben modificar el estilo de vida que llevaban por uno más saludable para lo cual existen diversas formas de

lograr una adherencia, por ejemplo Meichenbaum y Turk (1991) mencionan una intervención para promover la adherencia que comprende en lo siguiente:

- Anticipar la Falta de Adhesión. Es importante dar información al paciente, ya que con ello se logra aclarar las dudas y creencias equivocadas que tengan sobre la enfermedad.
- Considerar el Régimen de Autocuidados. Motivar al paciente a que participe en su autocuidado, logrando establecer metas específicas y reales, empezando con cuestiones fáciles para que logre tener éxito y ánimo para continuar sus esfuerzos.
- Promover la Negociación. El objetivo es maximizar la calidad de vida, se otorga al paciente cierto control decisional donde se es flexible y dispuesto a negociar dentro de lo razonable, para comunicar empatía y respeto.
- Pensar en el Paciente. Escuchar al paciente cuales son las perspectivas, expectativas y conocimiento sobre la enfermedad, para que se pueda emplear comunicación clara y específica. Reforzar positivamente los esfuerzos y metas alcanzadas por el paciente.
- Tratamiento Personalizado. Es importante seleccionar una combinación de procedimientos para darles un plan de acción concreto para abordarlo y asegurar la continuidad de la atención.
- Incorporar el Apoyo Familiar. Incorporar como aliados a la familia o personas significativas en la vida del paciente, para comprender la enfermedad, el tratamiento y las metas de autocuidado.
- Proveer un Sistema de Continuidad y Accesibilidad. Los pacientes deben sentir que hay respeto, proveer un ambiente tranquilo y confortable, ofrecer citas concretas y reducir el tiempo de espera.
- Utilizar a otros Profesionales de la Salud. Tener un equipo completo para la atención del paciente y así ofrecer un servicio multidisciplinario y transdisciplinario con enfermeras, médicos, nutriólogos y psicólogos, entre otros.
- Repetirlo Todo. Esto se debe de realizar en cada consulta, ya que realizarlo solo la primera vez no garantiza que exista adhesión en todo el tratamiento.

- ¡No Rendirse! Es fácil abandonar los tratamiento, por lo cual el profesional de la salud deberá re-inventar, re-educar, re-motivar y re-negociar siempre que la circunstancia lo requiera.

Además, Meichenbaum y Turk (1991) mencionan los factores implicados en el autocuidado del paciente que vive con diabetes:

- Tener información sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre hábitos específicos de autocuidado.
- Comprender y recordar la información sobre la diabetes.
- Adquirir las competencias necesarias de autocuidado como: tomarse la glucosa, inyectarse de insulina, equilibrio de la dieta, ejercicio adecuado.
- Creer que una rutina de autocuidado mejorara la enfermedad.
- Saber cómo resolver situaciones difíciles como: hipoglucemias e hiperglucemias.
- Saber afrontar las situaciones sociales hacia la rutina de autocuidado.

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. Con independencia del término que se utilice ‘adherencia’ o ‘cumplimiento’ es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, es quien decide en última instancia cómo, cuándo y por qué lo hará. En este sentido, se hace mucho hincapié en diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de seguir las recomendaciones, esto quiere decir que los pacientes, deben ser “socios activos” de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos, deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión (liberta, 2006; en Garduño y Zuñiga, 2009).

También como lo señalan Puente y Domínguez (1985; en Valderrama, 2008) existen una serie de factores de los que depende la adherencia al tratamiento, estos factores se clasifican como de orden psicológico, del personal que cuida la salud, del tratamiento y material, como se indica en la tabla 7.

En la actualidad, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas degenerativas, pues el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el

tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria.

Tabla 7. Factores que Determinan la Adherencia al Tratamiento.

PSICOLÓGICOS	
Entendimiento de las prescripciones	Modelo cognoscitivo de la enfermedad
Discrepancia del manejo del tiempo	Grado de cumplimiento en otras áreas
Concepto del manejo del tiempo	Inercia psicológica
Capacidad de planeación	Satisfacción con el terapeuta
Dolor emocional como resultado de padecer la enfermedad	Evaluación de la gravedad del padecimiento
Creencia en los beneficios del tratamiento	Discrepancia de las expectativas sobre el tratamiento con la realidad.
Conocimiento acerca de la enfermedad	
DEL PERSONAL QUE ATIENDE	
Trato que recibe el paciente	Grado de supervisión
Atención pronta y eficaz	Tiempo de espera de la consulta
Continuidad de la relación con el terapeuta	Instrucciones individualizada y específicas
Actitud del terapeuta	Atractivo personal del terapeuta
Capacidad de comunicación con el paciente	Refuerzo social por adherencia
MATERIALES	
Recursos económicos para solventar las prescripciones	
Apoyo de las personas significativas	
Nivel educativo social	
TRATAMIENTO	
Especificidad	Cantidad de cambio que exige
Grado de implementación	Alivio que le acompañe
Complejidad	Efectos colaterales y aversivos

Un informe de la OMS señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, así como en el sida o la depresión, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (OMS, 2003).

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor, pues el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas.

Se denota entonces que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un

comportamiento humano (o, más bien, un repertorio comportamental) modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (Becerra, 2009).

Por lo tanto la incidencia, la identificación y caracterización de los factores que afectan a la adherencia terapéutica, así como la determinación para conformar estrategias de intervención definen a la adherencia como una de las líneas actuales de investigación en el campo de la Psicología de la Salud. De manera empírica y anecdótica se reconoce la existencia de grandes dificultades en este proceso por parte de los profesionales de la salud, por eso se tiene la necesidad de dirigir trabajos de investigación en esa dirección, debido a la poca existencia de estudios que fundamentan científicamente el comportamiento de este fenómeno.

Así, la adherencia terapéutica sigue siendo un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, considerada por ello como todo un reto para su estudio; no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas incluyendo el saber aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica las indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables donde estas conductas se desarrollan a partir de la interacción del paciente y los agentes de salud.

Por todas estas razones, se da cuenta que la DM conlleva un tratamiento muy complejo por todas las modificaciones que ha de realizar no sólo el individuo que la padece sino también su medio social (familia, amigos, trabajo, escuela, etc.) y que puede provocar una adherencia terapéutica escasa o nula. De esta forma, la DM es una enfermedad crónica que incluye el manejo de la enfermedad de por vida, el propio paciente es su médico y la persona con dicho padecimiento pasa por un ajuste psicológico, además todos estos cambios son diferentes y personales. De hecho, se menciona que la DM es un ejemplo de enfermedad metabólica donde el control depende del comportamiento de la persona que la padece, de modo que, en gran medida, su evolución será en función de la adhesión del paciente al tratamiento (Muciño, 2007).

El papel de la Medicina en la Adherencia Terapéutica

Aunque la extensa literatura sobre la no adherencia ha proporcionado cierto entendimiento acerca del carácter del fenómeno, no ha contribuido a su reducción. Una de las principales razones de esta falta de progreso es que la mayor parte de la investigación en torno a la adherencia se ha basado en un modelo estático del fenómeno el cual ignora el contexto social más amplio del cuidado de la salud y la naturaleza dinámica de la conducta de salud y enfermedad. Una aproximación alternativa más social y psicológica requiere entender el papel de la medicina en nuestra sociedad y de la experiencia vivida real de la enfermedad y del control de ésta.

A lo largo de la historia, el ejercicio de la medicina se ha producido forzosamente en el marco del encuentro entre dos personas, el enfermo y el médico, donde esta situación ha sido entendida de diversas maneras en el transcurso del tiempo. La relación médico-paciente se ha configurado de distintas formas, dependiendo de las concepciones imperantes con respecto al enfermar humano, de las técnicas de diagnóstico y tratamiento empleadas y de las condiciones de la praxis médica en cada momento.

Es cierto que tradicionalmente se ha confiado al médico el restablecimiento de la salud de la persona enferma, pero en este último siglo, debido a los avances técnicos y a la especialización consiguiente, han surgido profesiones dedicadas al cuidado de la salud con competencias propias, en muchos casos derivadas de tal especialización y en otros por imperativos de índole cultural, social o económica. Como consecuencia de ello, hoy en día se encuentra con distintos especialistas de la salud, que se relacionan con los pacientes y son responsables de sus cuidados, que por tanto se mueven en esa dimensión relacional y asistencial que, a la postre, es la que ejerce una acción determinante en el resultado final del proceso terapéutico (Marks, et al., 2008).

De acuerdo con la Teoría de la Reactancia (Brehm, 1966; en Marks, et al., 2008), las personas creen que tienen el derecho de controlar su propia conducta. Cuando este derecho se ve amenazado, reaccionan e intentan recuperar el control sobre esa conducta y evitar la pérdida de otras libertades; donde el concepto de libertad se definió como equivalente al de control. A las personas les gusta sentir que tiene el control de sus vidas y básicamente a la gente no le gusta que la presionen e intentará subvertir cualquier cosa que lo haga.

Cualquier intento por reducir el sentido de control sobre áreas específicas de la vida es una amenaza al sentido de libertad y generalmente se oponen a él.

Esta teoría de la Reactancia Psicológica se ha usado como un marco de referencia explicativo para el incumplimiento. Cuanto más extenso y complejo sea el tratamiento prescrito, mayor será la amenaza ante la libertad percibida (Fogarty, 1997). Esta amenaza se aceptaría si hubiera una indicación de que vale la pena; sin embargo, la complejidad misma de algunos regímenes puede sensibilizar al paciente ante amenazas adicionales a sus libertades, de tal modo que los pacientes pueden resistirse a exigencias adicionales.

A finales del siglo XX, hubo una considerable oposición pública hacia la idea del médico todopoderoso y hubo exigencias explícitas de un mayor control sobre el cuidado de la salud, del tipo de relación médico-paciente, factores como la concepción de la enfermedad o el tipo de asistencia que se dispensa a los pacientes. A pesar de este aparente cambio en las actitudes públicas, varios investigadores encontraron que actualmente muchas personas no cuestionan la postura autoritaria tradicional del médico ni sienten la necesidad de resistirse o no cumplir.

En Nieto-Munuera, et al. (2004), distinguen diversas modalidades de relación médico-paciente en función de algunos factores donde el eje es la Actividad-Pasividad en la dinámica de la relación que se establece entre médico y paciente.

Tabla 8. Diversas Modalidades de Relación Médico-Paciente

Profesional	Paciente	Situación	Prototipo
Actividad	Pasividad	Intervención quirúrgica, coma, agitación, urgencias	Madre-Lactante
Dirección	Cooperación	Enfermedades agudas	Padres-hijos
Participación mutua y recíproca		Enfermedades crónicas	Adulto-adulto

Otra modalidad de relación médico-paciente es la establecida por Tatossian (en Nieto-Munuera, et al., 2004) al hablar de relación técnica de servicio frente a relación de ayuda o relación interhumana. Durante las dos o tres últimas décadas se ha suscitado una polémica acerca del papel que debe desempeñar el paciente en la toma de decisiones médicas. Esta polémica ha estado condicionada por el conflicto surgido entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico. Además de existir una serie de factores, como el tipo de enfermedad de que se trate (aguda o crónica), el grado posible de participación del enfermo, el tipo de ejercicio profesional del médico (generalista,

especialista), el tipo de asistencia (privada, pública, hospitalaria) o la personalidad de los participantes, que condicionan distintos tipos de relación entre el médico y el paciente.

En la tabla 9 se describen cuatro modalidades de relación médico-paciente, teniendo en cuenta las distintas concepciones de médico y paciente acerca de los motivos, los valores, las decisiones y los objetivos de la relación.

Sin embargo, los médicos no siempre reciben con agrado la postura más consumistas de ciertos pacientes. A pesar de que varios estudios han mostrado que los pacientes suelen expresar un deseo por recibir información acerca de su estado de salud, muchos médicos se rehúsan a revelar mucha información. En un estudio se descubrió que los médicos a menudo ignoran las peticiones de los pacientes de recibir información. Ciertamente se encontró que esto a menudo se considera como un reto a su inteligencia (Marks, et al., 2008).

Tabla 9. Modelos de Relación Médico-Paciente.

	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo
Valores del Paciente	Objetivos compartidos por el médico y el paciente.	Definidos, fijos, conocidos por el paciente.	Poco definidos y conflictivos, necesitados de aclaraciones.	Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral.
Obligación del Médico	Promover el bienestar del paciente independiente-mente de las preferencias de éste	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente.	Determinar e interpretar los valores de pacientes más importantes, informar y realizar la intervención elegida por él.	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los mapas adecuados, informarle y realizar la intervención elegida por él.
Concepción de la Autonomía del Paciente	Asumir valores objetivos	Elección y control sobre los cuidados médicos	Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos.	Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del Médico	Guardián	Técnico experto	Consultor o consejero	Amigo o maestro

Otra característica del dominio médico es el poder que tienen para definir qué es enfermedad, ya que a menudo se supone que el médico, por lo general, pronuncia el

diagnóstico correcto y prescribe el tratamiento apropiado donde éste es el modelo médico ideal y de este modo, la no adherencia es culpa del paciente.

A pesar de las críticas vertidas hacia la preponderancia del modelo biomédico y la actuación médica práctica asociada a él, este modelo sigue siendo la estructura base de los conocimientos médicos. Es indudable que casi ningún médico tiene problemas para aceptar que el estrés psicológico o social es una razón válida para que las personas busquen ayuda médica; sin embargo y paradójicamente, muy pocos médicos tienen suficiente conocimiento, habilidades terapéuticas o tiempo para dedicarse a dichos problemas fuera del enfoque biológico de la medicina.

Diversos factores contribuyen a que esta situación se siga perpetuando; estos factores se pueden agrupar en:

- Factores que atañen al médico. La educación médica donde el objetivo principal de la enseñanza es la identificación y tratamiento de las enfermedades, además de la praxis médica.
- Factores que se refieren al sistema de salud.
- Factores que atañen a otros profesionales.

Hay muchas evidencias para sugerir que la no adherencia no es un componente estructural implícito del sistema contemporáneo del cuidado de la salud dominado por el médico. Por tanto, reducir la no adherencia requiere una reevaluación del sistema; así como comprender lo que significa para el paciente estar enfermo ya que la adherencia no es un suceso fijo sino un proceso cambiante, por lo que hay una gran influencia de los factores biopsicosociales en el origen, mantenimiento y desenlace de las enfermedades.

Empoderamiento y Resiliencia

Un enfoque que está implícito dentro de los modelos de adherencia es el empoderamiento, que intenta aumentar la autonomía y el autocontrol de la persona. Este enfoque se deriva de los educadores, trabajadores sociales y psicológicos y se define como el proceso por medio del cual la gente obtiene el control sobre sus vidas (Rappaport, 1987). En lugar de imponer el punto de vista de un profesional experto en la salud, el empoderamiento busca realzar el autoentendimiento y el potencial del autocuidado de los pacientes (Feste y Anderson, 1995).

Una primera propuesta fue la de Anderson en 1985 quien planteó el concepto de empoderamiento. Desde esta perspectiva, el paciente es el responsable del manejo cotidiano de su diabetes y para que este plan de tratamiento sea exitoso, debe ajustarse a las metas, prioridades, estilo de vida y tipo de diabetes que cada paciente presenta (Del Castillo, 2010).

El empoderamiento es una perspectiva colaborativa, centrada en el paciente, cuya definición implica el ayudar al paciente a descubrir y desarrollar su capacidad inherente para responsabilizarse de su propia vida. Desde este enfoque aunque el profesional de la salud es experto en el manejo de la diabetes, el paciente es experto en su propia vida. El conocer los detalles de una enfermedad no es lo mismo que conocer la vida de una persona, de ahí que se proponga que el paciente sea el responsable de su cuidado diario (Funnel y Anderson, 2003; en Del Castillo, 2010).

Este enfoque se basa en tres aspectos fundamentales del manejo de los padecimientos crónicos: elecciones, control y consecuencias. Las elecciones que el paciente que vive con diabetes toma día con día tienen un impacto mucho más importante en sus resultados, que aquellas que toman los profesionales de la salud. Una vez que el paciente se retira de la consulta con el médico, él es quien se encuentra a cargo y controla las conductas relacionadas con el tratamiento. Y finalmente, debido a que las consecuencias derivadas de estas decisiones impactan directamente a los pacientes, ellos tienen tanto el derecho como la responsabilidad de manejar su diabetes de la forma en que mejor se ajuste a su vida (Funnel y Anderson, 2004; en Del Castillo, 2010).

Esta nueva aproximación al manejo de la diabetes requerirá, de acuerdo con sus creadores, la adopción de nuevos papeles o roles tanto del paciente como de los profesionales de la salud. El papel del paciente será el de un colaborador activo de su propio cuidado. El rol del profesional de la salud consistirá en ayudar al paciente a tomar decisiones informadas para alcanzar sus propias metas y superar las barreras a través de el fomento a la educación en el automanejo de la diabetes, brindando recomendaciones para un cuidado adecuado, enseñando estrategias de autocuidado, ofreciendo sugerencias para facilitar el cambio de conducta y la puesta en marcha de estrategias de enfrentamiento adecuadas, y otorgando apoyo social y emocional.

Se recomienda que el profesional deje de sentirse responsable de sus pacientes y se vuelva responsable hacia ellos. Así el cuidado de la diabetes implica un proceso de colaboración entre iguales que requerirá educación para el paciente para tomar decisiones informadas y además que el profesional de la salud practique distintas maneras de apoyar los esfuerzos del paciente para manejar su diabetes de manera efectiva (Anderson, Funnel, Butler, Arnold, Fitzgerald y Feste, 1995 en Del Castillo, 2010).

El empoderamiento del paciente tiene como objetivo realzar su fortaleza física y su potencial, involucrarlo más en el cuidado de su propia salud presentando atención a sus necesidades y a través del dialogo, aumentar la conciencia del paciente acerca de los factores internos y externos que afectan de forma negativa, considerando de igual o mayor valor sus creencias y sus conocimientos laicos en torno a su estado de salud. Sin embargo, hay que tomar en cuenta lo que menciona Lupton (1997), no todos los pacientes desean involucrarse de manera activa en el cuidado personal de su salud o en tomar una acción colectiva más vasta.

Auerbach (2001), menciona que si hay una predisposición por parte de los pacientes de querer asumir el control, ésta tiene una fuerte influencia de la valoración, sobre todo si ellos creen que su participación influirá positivamente en el resultado de su situación. Conceptuando el deseo de control en tres dimensiones:

- El Control Cognitivo o Informativo: Se ocupa de procesar la información relevante y de este modo, reducir la ambigüedad y conducir a un mejor sentido de control en una situación particular. En el caso del cuidado de la salud, esto implica obtener y revisar la información acerca del problema de salud y proponer alternativas en su tratamiento.
- El Control Decisivo: Se refiere a la oportunidad de revisar y seleccionar las opciones para su tratamiento.
- El Control Conductual: Implica acción directa por medio de la cual la persona se involucra para cambiar la situación. Esto implica que el paciente tiene la oportunidad de seleccionar y realizar el tratamiento real.

Muchas personas encargadas del cuidado de la salud se han afiliado con entusiasmo a la idea del empoderamiento. Aunque la mayoría de los médicos prefieren adoptar el papel dominante en el cuidado del paciente, cada vez hay más evidencia de que muchos otros

están promoviendo un mayor control por parte del paciente. En efecto, esta orientación coincide con la identificación del paciente como responsable, de algún modo, tanto de su enfermedad como de su tratamiento. Éste es el caso en particular de las enfermedades asociadas con prácticas del estilo de vida como el hábito de fumar, la alimentación o el ejercicio, como algunas enfermedades crónicas degenerativas.

En la misma línea que el empoderamiento es importante añadir el concepto de resiliencia en los seres humanos que se define como una capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad prevenir, minimizar o superar los efectos perjudiciales de la adversidad, estímulos dolorosos o crisis (The International Resilience Project, 1996 en Saavedra, 2007).

Este concepto se debe pensar en función de una resistencia de la persona ante las adversidades que le ofrece su ambiente. Se describen tres tipos de reacciones frente a estímulos dolorosos o adversos:

- Personas que frente al dolor o a la adversidad reaccionan con conductas de vulnerabilidad frente al estímulo.
- Personas que permanecen indiferentes o no reaccionan frente a la situación.
- Personas resilientes, resistentes al estímulo adverso y que logran alcanzar una adecuada calidad de vida a pesar de las condiciones negativas para su desarrollo. Además se trata de personas con la capacidad para construir positivamente conductas frente a la adversidad y cuyo comportamiento se caracteriza por ser sociablemente aceptable.

En este sentido, la resiliencia puede transformar o fortalecer a aquellas personas enfrentadas a la adversidad, manteniendo conductas de adaptación, permitiendo un desarrollo normal o promoviendo un crecimiento más allá del nivel de funcionamiento presente.

En todo caso, ser resiliente no conlleva una protección absoluta. Esta cualidad tiene límites y no existen sujetos invulnerables, de ahí que resulte interesante conocer algunos factores protectores presentes en las personas resilientes (Kotliarenco, 1997; en Saavedra, 2007):

- Autoestima positiva.
- Confianza, optimismo y sentido de esperanza.

- Autonomía y sentido de independencia.
- Sociabilidad.
- Capacidad para experimentar algún rango de emoción.
- Habilidades positivas de imitación.
- Empatía.
- Humor positivo.
- Motivación al logro y sentido de competencia.
- Ambiente familiar cálido.
- Padres apoyadores y estimuladores.

Estos rasgos de personalidad resiliente comienzan a formarse a edades muy tempranas, y establecen coordinaciones entre las influencias biológicas heredadas, el sistema vincular de crianza y la influencia social.

El grupo de trabajo de Kotliarenco y sus colaboradores (1997; en Saveedra, 2007) han distinguido algunas áreas relevantes para trabajar la resiliencia que son:

- Autoestima. Es la apreciación que una persona tiene de sí misma en términos de sus fortalezas y debilidades, así como la sensación que desarrolla de ser una persona querible, valioso y capaz. Estas percepciones construidas forman el autoconcepto y surgen de la retroalimentación recibida a partir de las relaciones vinculares establecidas con sus seres más cercanos.
- Vínculos Afectivos y Habilidades Sociales. Resulta evidente que la presencia de una o más experiencias de vínculo significativo permiten desarrollar características resilientes. Esto se da dentro de la familia, que es un universo de experiencias que si son gratas y satisfacen las necesidades contribuirán a desarrollar un ambiente óptimo para el desarrollo de la persona. Por el contrario si las experiencias son hostiles o insatisfactorias, el ambiente generado atentará contra un normal desarrollo de las potencialidades de las personas.
- Creatividad y Humor. Parece que para poder sobreponerse a situaciones de adversidad se requiere una gran capacidad de adaptación y generación de respuestas alternativas. La creatividad surge como una herramienta que permite mirar desde diferentes puntos de vista un problema, diseñando respuestas diferentes según los

contextos. El humor permite tomar distancia de la situación crítica, alejando el dolor y ofreciendo una mirada alternativa de los hechos.

- Red Social y Sentido de Pertenencia. Lograr movilizar una red de apoyo frente a una situación crítica reduce el impacto del estrés. Cuando una persona siente que sus recursos individuales se han agotado para enfrentar una situación de adversidad, percibir que cuenta con una red de apoyo le provee de gran alivio. Del mismo modo, sentirse parte de un tejido social proporciona un gran sentimiento de seguridad en tiempos difíciles. Es por ello que el respeto por las raíces y valores originarios, convicciones de clase, tradiciones y creencias resulta fundamental a la hora de sentirse parte de un grupo.
- Sentido de Trascendencia. Esta actitud personal se relaciona directamente con la capacidad de búsqueda de sentido y proyección a la vida. Debe entenderse este sentido de trascendencia como el poder dar significado a las experiencias cotidianas y encontrar una dirección en torno a las conductas y prácticas cotidianas. Lograr construir explicaciones frente a los fenómenos vividos o sufridos ayuda a la mejor adaptación y posterior superación de las situaciones críticas.

De lo anterior se puede sintetizar, que son diversos los factores que facilitan o dificultan la promoción de características resilientes, además de que éstos se dan a nivel personal, familiar y del entorno social. Del mismo modo se debe entender la resiliencia como un conjunto de características desarrolladas tanto a nivel individual como colectivo.

Otro aspecto importante a que se debe precisar el concepto de resiliencia para entenderla como una característica no siempre presente en la persona, de lo que se deriva que habrá momentos de su vida en que será más vulnerable. En este sentido, se debe apartar la falsa creencia en la existencia de sujetos invulnerables ante cualquier situación y que esta característica está presente en todo momento de la vida de una persona. Por el contrario, es prudente entender la resiliencia como un fenómeno episódico que va y viene en las personas durante su historia de vida.

En este sentido, la resiliencia puede transformar o fortalecer a las personas enfrentadas a la adversidad, manteniendo conductas de adaptación, permitiendo un desarrollo normal o promoviendo un crecimiento más allá del nivel de funcionamiento presente. Por tanto los individuos no sólo pueden sobreponerse a la adversidad, sino tienen la capacidad de

construir positivamente conductas frente a esta y convertir los obstáculos en oportunidades de desarrollo.

Con base a lo expuesto es importante fomentar y promover la resiliencia y el empoderamiento en todas las personas, pero principalmente más las que viven con una enfermedad crónica porque apunta a mejorar la calidad de vida a partir de sus propios significados, del modo cómo perciben y enfrentan al mundo ya que viven en una constante dinámica para enfrentar el padecimiento con sus diversos factores. Ambas conductas promueven un incremento en el control y manejo de diversas estrategias de enfrentamiento, transformando así implícitamente el ser un paciente sufridor pasivo a un encargado activo de su propio sufrimiento.

Apoyo Social

Como se ha mencionado, la salud y los comportamientos sociales son variables de los procesos de salud y enfermedad estrechamente vinculadas entre sí. La sociedad y los grupos de pertenencia marcan pautas y determinan creencias y concepciones que se traducen en conductas favorables o desfavorables. Asimismo, las concepciones y representaciones de la enfermedad, según entornos, épocas y grupos sociales, generan actitudes y comportamientos de respuesta que no se pueden ni deben ignorar en cualquier ámbito.

Para comprender el impacto de los factores psicosociales en el automanejo adecuado de la diabetes, implica el reconocer que la conducta de los individuos se encuentra funcionando en un amplio contexto social. Dentro de las barreras para poder llevar a cabo un adecuado automanejo que con mayor frecuencia reportan los pacientes con diabetes, se encuentran las relacionadas con el ambiente familiar, y dentro de ellas, el apoyo social es una de las más importantes (Del Castillo, 2010).

El apoyo social es un concepto multidimensional cuya definición y operacionalización no muestra un consenso entre los teóricos que la han estudiado; Sin embargo, con el fin de incluir todas sus dimensiones, se ha definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas.

Se entiende por apoyo social el conjunto de vínculos interpersonales que tiene una persona determinada, bien sea individualmente, o como miembro de un grupo, familiar,

laboral, asociativo, etcétera. En la situación de enfermedad, el apoyo puede tener muy diversas manifestaciones (ayuda domiciliaria o económica, acompañamiento, asistencia doméstica) o ser de naturaleza comunicativa o psicológica como estímulo, refuerzo ante las dificultades de la enfermedad, ayuda para afrontar los problemas, etc.

Los apoyos sociales consisten en la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia, la escuela, la iglesia, el trabajo, etc., manteniendo la coherencia de su estructura a través de una serie de mecanismos homeostáticos. Así, cuando un individuo enferma provoca el despliegue de una variedad de mecanismos habituales de resolución, lo que le permite superar la situación de manera similar a como lo hizo en ocasiones anteriores.

Una persona que enferma no se enfrenta sola a su enfermedad; es ayudada por quienes la rodean, que actúan por medio de valores o tradiciones para proporcionar conocimientos y confianza a fin de resolver los problemas de una forma aceptable. Este proceso tiene lugar a través de otros individuos o instituciones que asumen roles complementarios de estímulo y apoyo. El apoyo social ayuda a la persona a aliviar su tensión y a solucionar el problema por medio de una acción real, que le permita seguir siendo un miembro aceptado de su grupo (Nieto-Munuera et al., 2004).

El apoyo social ejerce un papel moderador de los efectos del estrés, entre los cuales se encuentra la enfermedad, como por ejemplo: Ante comportamientos de salud, se comienza la búsqueda de asistencia médica, operando como factor discriminatorio ante el momento, el tipo de asistencia, la búsqueda de soluciones alternativas, las respuestas comportamentales positivas del entorno, el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, etc.; ante la adaptación de la enfermedad, el apoyo social es un importante modulador y amortiguador, principalmente en las enfermedades crónicas degenerativas.

El efecto modulador del apoyo social se ejerce a través de la amortiguación de los acontecimientos estresantes o mediante la prevención de éstos, lo que incide favorablemente en la prevención de enfermedades o en el efecto de retroalimentación informativa sobre las conductas de salud, y que también directamente en un ambiente que promueve conductas de salud (Rodríguez, 2002).

El recibir apoyo juega un papel importante como regulador de la experiencia de estrés proporcionando la solución a un problema, reduciendo la importancia percibida del

problema, brindando distracción del problema o facilitando conductas promotoras de salud como el ejercicio físico, la higiene personal y la alimentación adecuada.

La interacción con otros también contribuirá a la regulación emocional, incrementando el afecto positivo y ayudando a la regulación de la intensidad y duración de los estados de ánimo negativos. Los pensamientos y emociones positivas que se derivan de una adecuada interacción social resultaran benéficas para el individuo ya que reducirán el malestar psicológico, aumentaran la motivación del individuo para cuidar de sí mismo, suprimirán la respuesta neuroendocrina y mejoraran el funcionamiento del sistema inmunológico (Cohen, 1988). El contar con una amplia red social también proporciona múltiples fuentes de información que pueden influir en las conductas de salud del individuo, hacer más eficiente la utilización de servicios de salud o ayudar a evadir o enfrentar situaciones estresantes o de alto riesgo (Del Castillo, 2010).

Toda esa urdimbre de concepciones, estereotipos y experiencias intensas, como lo son las relacionadas con la salud, hace que los grupos sociales, y en un ámbito más reducido la familia como núcleo integrador, representen una fuerza de mediación en la reproducción de estilos de comportamiento ante, por ejemplo:

- Los síntomas de la enfermedad y las subsiguientes demandas de atención.
- Comportamiento del enfermo y del propio tratamiento.
- Las conductas preventivas de la salud.
- Las relaciones con los profesionales de la salud.
- Hábitos de vidas saludables.
- Pronóstico de una enfermedad.

Las respuestas comportamentales ante cualquier iniciativa, sea ante episodios de enfermedad o ante medidas de prevención, están estrechamente condicionadas por los factores sociales, tanto en cuanto a factores externos como por la mediación cognitiva que ejercen.

Asimismo, es importante mencionar que el apoyo social también se ha diferenciado o concebido a partir de su consideración formal e informal, señalando que dentro del primero pueden identificarse como ejemplo los servicios de asistencia social y la proporcionada por los profesionales, y dentro del segundo, se incluye a los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc. También, resulta conveniente señalar que algunos autores establecen la

diferencia entre apoyo objetivo (el real o recibido), y el apoyo subjetivo o percibido por el individuo, pues algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas aunque no reciben apoyo real (Becerra, 2009). Como se puede notar entonces, el apoyo social está en virtud de la percepción del que lo recibe, por lo que las consecuencias de éste pueden ser positivas o negativas a la salud del individuo, pero, es importante aclarar que predominan las positivas.

Como se señaló, el apoyo social tiene un papel fundamental, que es el de amortiguar el impacto del estrés, favoreciendo la salud del individuo. Con respecto a las características que posee el apoyo social, House y Kanh (1983; en Becerra, 2009) distinguen las funcionales y las estructuras (Tabla 10).

Se cree que el apoyo social brindado por las personas que rodean al enfermo, ya sea familiares o amigos, promueve conductas adaptativas en la salud como por ejemplo; estimular la búsqueda de atención médica, hacer ejercicio, llevar una dieta saludable y quizás lo más importante, proporciona al enfermo un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés.

Así el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que le hace sentir mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales (Barra, 2004; en Becerra, 2009).

Calidad de Vida [CV] y Estilo de Vida [EV]

Históricamente, para algunos especialistas en la materia, la primera persona que utilizó el término calidad de vida fue el economista norteamericano Galbraith a finales de los años 50; para otros, fue el entonces presidente norteamericano Lyndon B. Johnson, en 1964. No obstante, sea quien sea la primera persona que utilizó el término, y sin pretender esbozar su desarrollo histórico, la evolución del constructo calidad de vida se ha caracterizado por varios factores problemáticos. El principal de ellos lo señala claramente el psicólogo cubano Jorge Grau, al plantear que la misma definición del término calidad de vida, dada su contemporánea naturaleza compleja y etérea, pudo llevar a una mirada de definiciones que ha traído confusiones sobre cómo investigar el tema, porque lo que para algunos se describe

como el efecto de los bienes materiales sobre la vida de las personas, para otros es más bien la satisfacción, bienestar y felicidad interior alcanzada por éstos en un periodo particular de su existencia (Milena, Vinaccia, Riveros, y Quiceno, 2007).

Tabla 10. Características Funcionales y Estructurales del Apoyo social

FUNCIONALES	ESTRUCTURALES
<p>Estas características, obedecen primordialmente al tipo de apoyo que recibe el enfermo, los cuales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cercanía emocional e intimidad (Apoyo Emocional).• Provisión de bienes y servicios (Apoyo Instrumental o Tangible).• Proporcionar consejo o información con respecto a la enfermedad, tratamiento u otro tema (Apoyo Informativo).• Compartir actividades recreativas y culturales (Socialización).• Servir como fuente de información para que el enfermo se evalúe así mismo ya sea de forma explícita o implícita (Apoyo Evaluativo).	<p>Se refieren a los vínculos existentes entre las personas que proveen apoyo a una persona en particular, e implica dimensiones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">• El tamaño de la red (el número de personas que proveen apoyo a una determinada persona).• La densidad (grado de interrelación entre las personas que proporcionan el apoyo).• La fortaleza (frecuencia de contactos con los proveedores de apoyo)• La dispersión geográfica (localización geográfica de las personas respecto a la persona implicada).

Por tanto, a través del tiempo, el término ha tenido connotaciones: inicialmente hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia de la persona, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud.

En el contexto de salud, este constructo se hizo popular a partir de los años ochenta, posiblemente asociado a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad que empezaron a notarse dramáticamente en algunos países con el incremento cada vez más grande de la esperanza de vida y, contemporáneamente, de enfermedades crónicas degenerativas en porcentajes cada vez mayores de sus habitantes.

Anteriormente, la calidad de vida asociada a la salud era enjuiciada por el profesional, anteponiendo la observación más objetiva, por parte del médico, a la subjetiva, por parte

del paciente; en la actualidad, esta última perspectiva prevalece y se conforma por la suma de sensaciones y subjetivas y personales del sentirse bien (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002; en Del Castillo, 2010).

Rodríguez (1995; en Muciño, 2007) mencionó que se debe considerar una definición y operacionalización de la CV concretamente en las personas con enfermedades crónicas degenerativas debido a que los conceptos difieren unos de otros, en tres dimensiones:

1. Se encuentra una consideración global versus una consideración fragmentaria.
2. Las dimensiones es la evaluación objetiva frente evaluación subjetiva.
3. Se encuentra definiciones de CV como un concepto general frente a otras que la entienden como un concepto específico para cada enfermedad.

Por ende, dicho autor define la CV en el enfermo crónico como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectados por su enfermedad, su tratamiento y efectos; definición que subraya los polos de globalidad, la subjetividad y la generalidad.

Según Rodríguez-Marín (1995) la calidad de vida es una evaluación global de la experiencia subjetiva de su vida que hace la persona sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social. Para este autor la calidad de vida en el enfermo crónico se define como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos y efectos.

Otros estudios (De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero, 2004 y Cárdenas, Pedraza y Lerma, 2005; en Muciño, 2007) proponen su definición con respecto a la DM en particular, la cual se entiende como la valoración que realiza la persona que vive con este padecimiento de acuerdo con sus propios criterios, sobre los efectos de su enfermedad y tratamiento, en las dimensiones física, psicológica y social en el que se encuentra en un momento dado.

La definición descrita anteriormente, retomó aspectos de la dada por Levi y Anderson en 1975 quienes señalaron que la CV es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada persona y cada grupo sobre diversos componentes de la salud. Fernández del Valle comparte esta conceptualización, pero añade que las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera,

oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a instituciones y confianza en otros. Adicionalmente, Trejo enlista rubros que intervienen en la CV como: bienestar general, actividad organizacional y ocupacional, actividades recreativas, relaciones de afecto, estado de salud, aprendizaje, amistad, espiritualidad, religión y creencias.

A pesar de las diferencias de las bastas definiciones que hay, en la visión Biopsicosocial de calidad de vida hay un punto de convergencia en todas las definiciones que se le han dado en el tiempo ya que reconoce que el concepto depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros); sin embargo, es en última instancia, una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recurso que estime poseer, y estrategias de afrontamiento que instrumente para hacer frente a las dificultades.

La forma de afrontar los sucesos de la enfermedad crónica no sólo está mediada por la interpretación que hace el individuo de aquél, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicha situación entraña que el individuo haga juicios reales sobre la enfermedad y utilice operaciones cognitivas que le permitan incrementar su gama de posibilidades, lo que incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la vida y ante los demás (D' Anello, 2006).

La OMS (1991), propuso la siguiente definición de consenso de calidad de vida, basada en estudios transculturales: Es la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Este concepto de calidad de vida es, por tanto, un concepto extenso, que incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, tales como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas.

El grupo de trabajo de la OMS (Oblitas, 2006), a través de un estudio multicéntrico, ha identificado los diez factores que más influyen en el nivel global de la calidad de vida de un individuo: Sentimientos positivos, Actividades de la vida diaria, Energía y fatiga,

Sentimientos negativos, Capacidad de trabajo, Autoestima, Actividades de ocio, Relaciones personales, Dolor y discomfort, Sueño y Descanso.

Se puede resaltar que las características de la calidad de vida de los pacientes que viven con diabetes se engloban en:

- Concepto Subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida y la felicidad.
- Concepto Universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto Holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida ya que el ser humano es un todo.
- Concepto Dinámico: A lo largo del tiempo cada individuo va cambiando sus intereses y prioridades vitales y, por tanto, los parámetros que constituyen lo que se considera calidad de vida.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, puesto que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, esto repercute en los aspectos afectivos psicológicos y sociales (Wikipedia, 2007).

A pesar de que todavía no existe un consenso sobre el concepto de CV por los diversos factores que están implicados en él y esto conlleva a que la medida del término sea también compleja, la mayoría de las definiciones concuerdan en tres factores principalmente que intervienen y se relacionan íntimamente en su conceptualización, es decir, el físico, psicológico y social. Como lo señalaron Nieto, Abad, Esteban y Tejerina (2004), al referirse que se deben emplear los diferentes niveles de dichos factores como puntos de referencia tanto en el concepto como para la medida de CV (Muciño, 2007).

Se podría emplear los diferentes niveles de bienestar físico, psíquico y social como puntos de partida. Guyatt, Feeney y Patrick (1993; en Muciño, 2007) señalan que las dimensiones principales que evalúan los instrumentos de evaluación sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud [CVRS] son:

- Dimensión Física: Es la percepción del estado físico o la salud, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento.
- Dimensión Psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, y también puede evaluar la incomunicación,

pérdida de autoestima, incertidumbre del futuro, creencias personales, significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- Dimensión Social: De las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social; relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Por otro lado, se sabe que alrededor del 50% de las muertes producidas por algunas de las diez principales causas de muerte en el mundo actualmente se deben a factores correspondientes a estilos de vida, ciertamente modificables. El cambio en la morbilidad y mortalidad en el mundo ha incrementado los costes sanitarios (especialmente los derivados del tratamiento de las enfermedades crónicas). Ante esta situación, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud se plantean como alternativas a las soluciones médicas, centradas en la curación, sobre todo teniendo en cuenta que las causas más importantes de las enfermedades crónicas degenerativas radican en ciertas pautas de comportamiento y en el ambiente (Matarazzo, 1980).

Robles (2004) ha documentado que tanto las enfermedades crónicas y terminales afectan de manera evidente la CV de los individuos que la padecen, ya que desde el diagnóstico hasta las consecuencias requieren de la modificación radical en el EV de los pacientes, al comprometerse todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y cognitivas que puede o no tener una persona para afrontar situaciones desfavorables en su vida.

El componente que está ligado de manera estrecha en la CV es el EV, debido a que las personas con alguna enfermedad crónica, además de enfrentar el diagnóstico de su padecimiento le esperan modificaciones que tendrá que realizar a lo largo de su vida. Dicho concepto surge históricamente de la psicología individual de Adler, aunque en la actualidad ha cobrado un nuevo auge y significado dentro de la psicología de la salud. En un principio los estilos de vida aparecen como equivalentes a los hábitos de vida en relación con la enfermedad. Desde aquí, se explica la predisposición a determinados tipos de enfermedades, el intento de averiguar si ciertas variables conllevan hábitos de vida que impliquen mayor riesgo de contraer enfermedades o que, por el contrario, puedan prevenirlas o disminuir el periodo de enfermedad. El estilo de vida puede definirse como el

conjunto de soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir su planes y objetivos globales.

Para Henderson, Hall y Lipton (1980, en Rodríguez, 1999) los EV se refieren al conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, es decir, estas pautas y hábitos son formas recurrentes de comportamiento que se realizan de forma estructurada y que se entienden como ‘hábito’ cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones, además estos estilos tienen una relación directa tanto con factores de riesgo como conductas protectoras.

Según Papalia (2001 en Ramírez, 2009), los estilos de vida son patrones o pautas que giran en torno a la familia, el hogar, los compañeros y la cultura. Algunos sinónimos de este término son: hábito de vida forma de vida o vida cotidiana. Menéndez (1998), menciona que el concepto de estilos de vida, sirve para describir rasgos específicos de comportamiento.

Silbret, Schneiderman y Braunstein (1981, en Campos y Campos, 1985) se refirieron al término EV como aquellas experiencias y eventos que forman parte del patrón diario de la vida de un individuo incluyendo aspectos como:

- El lugar donde vive y las condiciones del ambiente de su hogar.
- El tipo de trabajo que realiza y las condiciones que circundan esta actividad.
- Lo que come y bebe.
- Sus hábitos personales tales como fumar, beber, consumir drogas, entre otros.
- El grado de actividad física que realiza.
- La clase de actividades recreativas en las cuales participa.
- Relaciones con familiares y amigos.

Mientras que para la OMS los EV son un conjunto de patrones de comportamientos identificables y relativamente estables en el individuo o en una sociedad determinada, y que éstos son resultado de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales en que viven las personas (Gutiérrez y Villafaña, 2003).

Por tanto, dichos estilos de vida permiten entender los comportamientos y actitudes que desarrollan las personas en cuanto a su modo de vida (lo material), su forma de hacerse

presentes en el mundo (lo ideológico) y su forma de relacionarse con otros (lo social) los cuales pueden ser saludables o nocivos para la salud (Maya, 2001 en Ramírez, 2009).

Se puede observar, al igual que en su definición sobre CV, también en el EV, enfatizan la importancia de aspectos socioculturales para su evaluación, ya que significa modificar comportamientos frecuentemente rutinarios y arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales. Por lo tanto se puede afirmar que los EV representan un complejo resultado de factores personales, interpersonales, ambientales y sociales.

Ahora bien, se ha estado mencionando de cambios en los EV con el reconocimiento de que los individuos actúan de manera activa en el proceso salud-enfermedad, pero ¿cuáles son los problemas a los que se enfrentan para llevar a cabo la modificación de comportamientos no saludables?, para responder dicha pregunta diversos autores (DiMatteo y DiNicola, 1982; Rosenstock y Kirsch, 1979, en Trejo, 2001) señalaron como principales las siguientes:

- Muchas de las conductas saludables son menos placenteras que las no saludables lo que probablemente termine en un conflicto para el individuo, optando hacer promesas de cambio en un futuro y por ende seguir disfrutando de lo que considera más placentero.
- Adoptar EV de bienestar puede requerir de cambios en las conductas que son muy habituales y que se relacionan con adicciones.
- Ocasionalmente los individuos no se sienten motivados en cambiar sus EV debido a que las consecuencias positivas de la conducta saludable no son inmediatas y las consecuencias negativas de no practicarlas, como la generación de enfermedades, puede ser que no se materialice o que tarde mucho para ello.
- Los individuos también encuentran dificultades para llevar a cabo conductas protectoras en su familia o en otro grupo social, ya que cuando tratan de decrementar el consumo de algunos alimentos nocivos para su salud, algunos integrantes de dichos grupos están en desacuerdo y comienzan las fricciones.
- Los fuertes intereses económicos que mantienen EV pocos saludables en los individuos se ven apoyados por grandes campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación.

En la modificación de los EV el individuo tiene mucho que hacer al reconocerse su capacidad activa en el proceso del que tanto se ha hablado.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente donde se señala que son diversas las variables que influyen en la CV de las personas que viven con DM, las complicaciones derivadas, ya sea por la propia enfermedad o por el tratamiento, son las que tienen un alto impacto en el deterioro de la CV y las más temidas tanto por las personas que la presentan como por su entorno familiar. Estas complicaciones están íntimamente relacionadas con el EV de las personas, ya que si bien es cierto no se puede escapar de éstas, es posible retardar su aparición con el seguimiento del tratamiento, que no sólo implica la toma de medicamentos sino también el ejercicio físico, una adecuada alimentación, control emocional, entre otros.

Esto lleva a apreciar cómo los factores físicos, sociales y psicológicos están implicados en la determinación y evolución del enfermar humano, así como en su prevención. En otras palabras, son esos mismos factores lo que exponen al ser humano a una situación de riesgo de enfermar o los que le protegen. Por lo que es necesario, conocer sus estilos de vida, es decir, su forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la enfermedad, ya que dependiendo de ello se realizará o no una mejor calidad de vida.

Así, cabría preguntarse si el individuo tiene conciencia de su enfermedad y en qué tiempo interioriza su padecimiento como problema. El impacto social se vincula con el momento en que el sujeto conoce su diagnóstico, el riesgo, la gravedad y las secuelas de la misma, el impacto de la noticia también depende de la memoria familiar que se tenga acerca del padecimiento y de la información que hayan adquirido acerca de la historia natural de su padecimiento, de ésta forma, la autoestima y autoafirmación, son fundamentales para poder controlar su enfermedad y prolongar su vida con el mayor bienestar posible (Islas, 2000 en Rodríguez, 2006).

La subjetividad del paciente y la de sus familiares, se ve influida fuertemente por el padecimiento de la DM, con lo que se pueden cumplir o no, los requerimientos de los médicos en cuanto al tratamiento. Lo que se debiera analizar en cada población específica, de qué manera se construyen las subjetividades de los sujetos cercanos al que padece DM y de forma más específica, de qué manera se construyen las subjetividades de aquellos que padecen la enfermedad, pues esas construcciones no dependen en sí de los mismos sujetos,

sino de la comunidad en que están inmersos, de sus usos y costumbres, precisamente por ello es necesario llevar a cabo un análisis a nivel comunitario, por regiones, porque los usos, costumbres y creencias varían de comunidad a comunidad, cuanto más de región en región, no solo en cuanto al mapa geográfico sino en cuanto a los tipos de alimentación, a los hábitos higiénicos, las formas de como se concibe al enfermo y su enfermedad, e incluso, el poder llevar a cabo ciertos cuidados hacia el paciente o no según la región económica donde se vive (Corrales, 2009).

CAPITULO 3 CULTURA Y CREENCIAS

En el capítulo anterior se menciona a la psicología de la salud, el proceso de salud-enfermedad y la adherencia terapéutica, donde se ha puesto énfasis en el aspecto psicosocial en este trabajo ya que resulta imposible comprender el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva individual sin tener en cuenta los fenómenos de interacción que se dan en éste proceso, los cuales, necesariamente se forman dentro de la convivencia social.

CULTURA

En este supuesto ir y venir en el tránsito de la salud a la enfermedad, Boltanski (en Espinoza, 2007) considera que los determinismos sociales nunca se transmiten al cuerpo de manera inmediata a través de una acción que se ejerza directamente en el orden biológico, sino que son modificados por el orden cultural que los traduce y los transforma en reglas, obligaciones, prohibiciones, repulsiones o deseos, gustos y aversiones plasmados en tradiciones, costumbres, modismos, creencias etc. Se encuentran así que a la hora de concebir y afrontar la pérdida de la salud dependerá de una cultura somática de las distintas clases que se presentan socialmente hablando.

En la realidad occidental, parece intrínseco que la enfermedad es el dolor, en algunos casos, tomado incluso como indicador de la valoración o gravedad de la misma. Entendiéndolo como parte de esta relación de salud-enfermedad, se ve que la percepción hacia la dolencia está determinada por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y, más profundamente, por todo su aprendizaje cultural.

Recapitulando así otra relación que se manejó ya en el capítulo anterior de este trabajo, la relación del paciente-médico, ya que se consideran que las funciones de este último le otorga la posibilidad material y el derecho legal de manejar física y moralmente al enfermo, es pues, a quien se debe recurrir en el momento en que el dolor esté presente en el acontecer (Espinoza, 2007). Es cuando esta relación de transacción comercial pasa a ser una simple relación de autoridad, donde se enfrenta a la eminencia que, más allá de aprenderle todo su conocimiento, se le dejará toda la responsabilidad de decidir si se tiene algún mal, y si es así, que diga cuál es y cómo se va a atacar, es decir, perpetuar el prescindir de él.

Ya dentro de esta otra relación, y tomando en cuenta la percepción del dolor, Boltanski (s/f en Espinoza, 2007) considera que entre más elevado es el nivel de instrucción (relacionado con la posición económica y el estudio) más se tiende a tomar el dolor como signo o síntoma de una enfermedad grave, es decir, el interés y la atención que los individuos atribuyen a su cuerpo, por una parte, a su apariencia física, agradable o desagradable y, por otra, a sus sensaciones físicas de placer o displacer, aumenta a medida que sube en la escala social.

No se considera que esto se dé porque el individuo de posición económica-social baja se niegue a ‘escucharse’ sino más bien porque espera hasta el último momento para acudir al médico por sus obligaciones y limitaciones que le impiden el abandono de sus tareas que le permiten vivir al día. Por lo mismo, para los miembros de esta posición, su cuerpo es percibido como una herramienta al cual le piden que les funcione y al utilizar esta herramienta hasta el límite para no desequilibrar su vivir diario, la enfermedad se manifiesta brutalmente por ignorar los signos. En cambio, los miembros de la posición económica-social alta adoptan, respecto de la enfermedad, una actitud provisoria.

A todo esto, el autor (Espinoza, 2007) considera que al momento de preguntarles qué deben de hacer para tener salud los miembros de las clases con más recursos económicos responden que se debe adoptar una sana alimentación, sueño, orden y abstinencia, mientras que la clase con menos recursos económicos considera que se debe comer bien, estar limpio y tener buen aspecto. Cabe mencionar que el comer bien significa una cocina fuerte, rica en grasas, carbohidratos, etc., que le permita cumplir el objetivo de cubrir más las jornadas de trabajo que demandan esfuerzo físico.

Esto da a entender que cuando el esfuerzo físico aumenta se pierde la selección e identificación de lo mórbido, mientras que el incremento de la atención al cuerpo reduce la duración e intensidad de la actividad física.

Si se continua respaldándose en las propuestas anteriores acerca de una epistemología diferente a la que predomina en la actualidad, se puede decir que a partir del parto, el humano continúa con un desarrollo biológico que será determinado, en el más amplio sentido de la palabra, por esta ‘filtración’ social hecha por los padres. Se dice que se da una herencia de costumbres, ideas, hábitos, patrones comportamentales, es decir, una herencia no solo con perfil genético sino como suele denominarsele, ‘herencia social’. Es entonces

que en la familia se tejen los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y del espacio, el lenguaje, es decir, donde se adquiere el significado de las cosas, objetos o situaciones, se adquieren conceptos que en otra familia se obtendrán con otras particularidades, como el amor, responsabilidad, conceptos que comprenden todas las dimensiones humanas más significativas.

Así, la familia, es donde se encuentra entonces el por qué de una persona cuando ejerce la autoridad, por ejemplo, en su hogar lo hace de forma distinta que su vecino, por lo que en cada familia se decide de manera peculiar qué tareas corresponden a cada sexo, quién provee las necesidades, qué códigos de comunicación están permitidos ya sea gestuales, orales o el silenciamiento de emociones y sentimientos, el sentido de la vida y la muerte, la importancia de las fiestas, reuniones sociales o ceremonias.

El contexto en el que una persona contemporáneo nace y se desarrolla le instruirá que es lo que deseará o lo que le desagradará, lo que anhelará y lo que ignorará, lo que lo hará sufrir, llorar, reír, gozar, odiar, envidiar, intimidar, es decir, lo que se presente ante su humanidad y la forma tan particular o tan general que lo sienta, lo perciba, lo razone, lo viva. El ser humano tendrá contacto con eso que le indicará lo que debe ser, el ‘deber ser’.

De esta forma se puede decir que lo que actualmente se conoce como nacimiento de un ser humano (el parto), es un nacimiento social en donde el organismo entra de lleno a esta dinámica comenzando a afrontar este mundo sostenido por los principios que en la mayoría de los casos están alejados de lo que un ser vivo requiere ya que hay principios implantados por medio de instituciones (iglesia, gobierno, etc.) (Espinoza, 2007).

Por tanto, la cultura denota un esquema históricamente transmitido de significaciones donde las significaciones representan el cuadro que un pueblo forja, de cómo son las cosas en la realidad representado en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medios con los cuales las personas, comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida. Así, la palabra cultura hace referencia a “ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cuales quiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de una sociedad” (Valero, 2003, p.169).

La cultura determina el estilo de vida de una sociedad o grupo, en donde se incluyen aspectos como: costumbres, tradiciones, creencias, valores, lenguajes, objetos físicos, que van desde herramientas hasta artesanías (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Otro concepto que se debe tomar en cuenta es la sociedad, ésta define todo aquello que pueda observarse, mientras que la cultura hace referencia a lo que se encuentra más allá de lo evidente, la estructura que configura la diversidad y heterogeneidad de lo social (Galindo, 1998).

Un grupo comparte un conjunto de valores, normas, metas, además de desarrollar una serie de recursos y habilidades psicológicas, cognoscitivas, conductuales y sociales, entre otras, para realizar determinadas actividades (Sánchez, 2002).

La sociedad está formada por individuos que actúan colectivamente dentro de una cultura; ya sea como parte de una familia, de un grupo escolar o de un núcleo de trabajo, donde el individuo debe cumplir y realizar ciertas actividades que le permitirán iniciar su vida social y sobrevivir en estos entornos.

Si la persona se adapta a este tipo de reglas, es posible pensar que transmitirá a sus descendientes el conocimiento que él o ella han adquirido y aprendido a través de los años, ya sea por medio de un lenguaje, idea, creencia, costumbre, tabú, código, instrumento, técnica, valores, entre algunas otras más.

La cultura está compuesta de patrones aprendidos y organizados de conducta, como maneja Linton, es “la suma total de los patrones de conducta, actitudes y valores compartidos y transmitidos por los miembros de una sociedad dada”. (Mann, 1993, p. 16; en Ramírez, 2009).

Por lo que la cultura es todo aquello aprendido a través de una vida en sociedad, abarca desde la manera de comportarse hasta la manera de ser, debido principalmente a que todo lo que realiza el, como por ejemplo: la forma de caminar, comer, vestir, hablar, estudiar, escuchar música, entre otras cosas, dependen de las adquisiciones que la persona extrae de la cultura en la que cotidianamente se desenvuelve, como menciona Myers “...es sumamente fuerte el impacto cultural sobre las personas...” (en Ramírez, 2009, p. 326). Además, permite que los grupos sociales respondan a los retos de la sobrevivencia y se expliquen a sí mismos y a los demás su entorno, su pasado, su presente y su futuro, porque mediante un sistema de significados, se guía la acción, la experiencia y la conducta social.

De esta manera, la cultura está conformada por una serie de conocimientos adquiridos a través de la experiencia que suelen ser transmitidos de generación en generación, lo que conlleva a preservar la supervivencia de determinado grupo. Por ello, la cultura existe en la medida en que los hombres comparten sentimientos, acciones y pensamientos, que han adquirido a través de la misma participación del grupo (Ramírez, 2009). Por lo que es un fenómeno social que sólo existe por la relación organizada entre los miembros de una sociedad que es igual a un grupo de gentes. Cada individuo tiene su cultura, que puede diferir en ciertos aspectos de la cultura común de su sociedad, pero nunca al grado de llegar a ser una cultura diferente, porque entonces deja de existir la posibilidad de interactuar y convivir con los demás (Bonfil, 1991).

Por lo que al mencionar la palabra cultura significa una forma de vida en la que la realidad está representada por un simbolismo compartido por los miembros de una comunidad cultural en la que una forma de vida técnico-social es a la vez organizada y construida en términos de ese simbolismo. Este modo simbólico no sólo es compartido por una comunidad, sino conservado, elaborado y pasado a generaciones sucesivas que, a través de esta transmisión, continúan manteniendo la identidad y forma de vida de la cultura.

Por lo tanto, la cultura da forma a las mentes de los individuos donde su expresión individual es sustancial a la creación de significados, la asignación de significados a cosas en distintos contextos y en particulares ocasiones. Aunque los significados están en la mente, tiene sus orígenes y su significado en la cultura en la que se crean. Es este carácter situado de los significados lo que asegura su negociabilidad y, en último término, su comunicabilidad. La cuestión no es si existen los significados privados; lo que es importante es que los significados aportan una base para el intercambio cultural.

En esta perspectiva, el conocer y el comunicar son altamente interdependientes en su forma, de hecho virtualmente inseparables, pues por mucho que el individuo pueda parecer operar por su cuenta al llevar a cabo la búsqueda de significados, nadie puede hacerlo sin la ayuda de los sistemas simbólicos de la cultura. Por lo que la cultura aporta los instrumentos para organizar y entender nuestros mundos en formas comunicables.

Entonces, aunque la propia cultura está hecha por el hombre, a la vez conforma y hace posible el funcionamiento de una mente distintivamente humana. En esta perspectiva, el aprendizaje y el pensamiento siempre están situados en un contexto cultural y siempre

dependen de la utilización de recursos culturales donde la interacción entre los poderes de las mentes individuales y los medios por los cuales la cultura apoya o entorpece su actualización. Por consiguiente, nos llevará inevitablemente a una interminable evaluación de la educación entre lo que una cultura concreta considera esencial para una forma de vida buena, útil, o que merezca la pena, y cómo los individuos se adaptan a esas demandas en la medida en que afectan sus vidas (Bruner, 1999).

Asimismo, cada persona es un integrante fundamental en su cultura, por tanto, no sólo actúa dentro de ella, realizando diferentes actividades y funciones, sino que la transmite a otros integrantes, igual que le fue transmitida. Esta transmisión de normas culturales o endoculturación (Valero, 2003), se da gracias a la perseveración de los adultos, los cuales tienen como principal trabajo enseñar a los niños acerca de su forma de vida, en la mayoría de los casos sin detenerse a reflexionar si es lo mejor o no, enseñan lo que les fue enseñado, porque para ellos ha resultado bueno.

Cada integrante del grupo define y ayuda a mantener todo aquello que considere normal, dando soporte a las cosas que cree necesarias y valiosas (Sánchez, 2002), todo esto se pasa de generación en generación, formando una cadena fuerte, que siempre es preferible modificar, antes que perder.

La cultura es todo aquello aprendido a través de toda una vida en una sociedad que abarca desde la manera de comportarse hasta la forma de ser; debido principalmente a que todo lo que realiza el ser humano: la forma de caminar, comer, vestir, hablar, estudiar, la música que escucha, el cortejo, los temas que hable, con quien los hable y la forma en que los hable, etc., dependen de las adquisiciones que extrae de su cultura. El impacto cultural en las personas es sumamente fuerte (Myers, 1987; en Pérez, 2007).

Así, los humanos son seres culturales y el entendimiento de las creencias y prácticas sobre la salud requiere la comprensión de lo cultural y desde luego del contexto histórico y social dentro del cual se vive. Es imposible sustraer a las personas del contexto que les da significado ya que la forma cómo la gente piensa acerca de la salud, cómo se enferma y reacciona ante la enfermedad, está arraigada en sus amplios sistemas de creencias inmersos en la cultura.

Estas representaciones de creencias, normas, hábitos y estilos de vida que rigen en la sociedad, juegan un papel esencial sobre la influencia en los juicios sobre calidad de vida

que dirige la atención del individuo hacia fuentes de información internas o externas (D'Anello, 2006); donde en el mundo actual es un mundo de rápidos cambios y de rápidas interpretaciones de grupos culturales y de sistemas de creencias. Cada vez hay más pruebas de que la gente está mezclando e igualando el uso de sistemas. De esta manera, en forma de prueba y error intentarán con un sistema y dependiendo de su éxito pueden o no intentar con otro sistema. Es importante reconocer que la cultura va más allá de los sistemas para el entendimiento de nuestro mundo cambiante.

Por tanto la cultura rodea y penetra el ser mismo, donde Corin (1995; en Marks et al., 2008), hace una definición incluyente sobre la cultura la cual es un sistema de significados y símbolos que moldea cada área de la vida, define un punto de vista del mundo que da significado a la experiencia personal y colectiva y enmarca la forma en cómo la gente se ubica a sí misma dentro del mundo, cómo percibe el mundo y cómo cree en él. Cada aspecto de la realidad está insertado en las redes de significados las cuales definen un cierto punto de vista del mundo y que no se pueden estudiar ni entender fuera de su marco colectivo.

Para entender las reacciones de la gente ante la enfermedad, se requiere comprender los sistemas de creencias sobre la salud culturalmente específica donde pueden categorizarse como:

- Culturas Individualistas, que enfatizan la separación, individualidad y singularidad de sus miembros.
- Culturas Colectivistas, que enfatizan las necesidades del grupo e interconexión, considerando que sus puntos de referencia son los otros.

Es importante entender estas dimensiones para comprender las variaciones culturales en los sistemas de creencias sobre la salud.

México es una sociedad nacional pluriétnica, multicultural, compleja y diversificadas. La diversidad obedece a factores de distinta naturaleza, desde los contrastes geográficos regionales hasta los desniveles económicos y educativos, además de condiciones como la edad, el sexo, la ocupación y el sitio de residencia. En conjunto, estos factores propician la formación y reproducción de redes de relaciones sociales, más o menos estables y delimitadas, que desarrollan elementos culturales distintivos a partir de los cuales refuerzan los vínculos sociales interno y construyen su propia identidad del mismo género.

Por lo que se diversifican modos de hablar, formas de conducta, valores y símbolos propios, habilidades, creencias y conocimientos que conforman culturas o, si se prefiere llamarlas subculturas, distintas en el seno de las sociedades nacionales, cuyos perfiles delimitan más nítidamente los aspectos de la vida que se cumplen a través de una misma red de relaciones, es decir, a través de una misma comunidad o grupo social.

La cultura mexicana es vista como colectivista porque subraya la importancia de las relaciones interpersonales en la vida del individuo; los papeles sociales que desempeñan sus miembros y la pertenencia al grupo son básicos, pues constituyen el fundamento de la identidad personal (Sánchez-Aragón, y Díaz-Loving, 2009). Además tienden a atribuir la responsabilidad de su conducta a agentes externos y por tanto, la debilidad demostrada en asumir el fracaso. Otro elemento claramente colectivista se refleja en las acciones asumidas ante las enfermedades como por ejemplo la familia resulta ser la primera a consultar ante algún padecimiento que ir con un médico.

Otro punto que se debe tomar en cuenta, es la tecnología con la que se cuenta en cada cultura, “los contenidos instrumentales pretenden conectar y dirigir distintos procedimientos tecnológicos a las condiciones del hábitat” (Valero, 2003, p.170), con el propósito de mejorar la calidad de vida de los integrantes de cada sociedad.

Todos aquellos instrumentos que faciliten la vida de una persona: electricidad, aparatos electrodomésticos, medios de transporte, medios de comunicación, etc., son importantes en una sociedad, puesto que indican en gran parte como es que se vive en esa cultura y a la vez si estos les han afectado o han permitido una mejora en sus vidas, no todos los grupos los poseen, pero se han adaptado y han adaptado las condiciones ecológicas que están en su medio para mejorar su calidad de vida.

Una persona siempre utilizará lo que ha aprendido, lo que le es útil, dentro del contexto en el que interactúa, además de ser una colaboradora activa dentro de una sociedad o grupo, una partícipe que se requiere de manera fundamental para el buen funcionamiento de su entorno. Pero también lleva a considerar que los integrantes de cada sociedad, cambian y modifican su cultura, en el transcurso de tiempo que habitan en su comunidad, tratando de beneficiarse o mejorar su calidad de vida en un determinado momento histórico, aunque ello implique que estos cambios afecten en el futuro.

En el caso del cuidado de la DM, cuando se prescribe el tratamiento y se educa sobre cómo llevarlo a cabo, la persona no puede realizarlo porque primero requiere cumplir con todas aquellas funciones que le corresponden dentro de los diversos grupos a los que pertenece. Por ello, es recomendable tomar en consideración la perspectiva de la persona enferma y el contexto en que vive, para entender la forma en cómo realiza la terapia prescrita (Mercado, 1998 en Pérez, 2007), si ésta en lugar de ser una ayuda es un problema, no sólo para la persona, sino para los grupos a los que pertenece.

Si el personal de salud se concientiza de la cultura de las personas que viven con diabetes, la ayuda que podrá brindarle será aún mayor, puesto que no afectará las actividades y funciones de ésta, ya que la cultura no es estática, cambia constantemente mediante el contacto con otras culturas o necesidades.

Creencias

Las creencias son elementos inherentes a toda sociedad y cultura. Pueden variar en su intensidad, pero ciertamente están presentes en la vida del ser humano. Implican siempre la interiorización de valores, nociones e imágenes sobre la naturaleza de algo. Cuando la persona, el grupo o la colectividad creen, significa que estas nociones han sido interiorizadas donde estas pueden realizarse sin llevar a cabo un examen racional de si es verdadero o falso (Miguel y Novel, 1991). Por tanto el ser humano vive inmerso en un mundo de creencias, aunque tal vez no sea consciente de ello, debido a que están interiorizadas y forman parte de su mundo de ideas y pensamientos. Además son esencialmente intangibles y el sistema de creencias de un determinado grupo, sociedad o cultura se manifiesta y exterioriza en el comportamiento de los individuos.

Existen diferentes definiciones de creencias mencionándose algunas de ellas:

- Oskamp (1977; en Granados 2006) las define como opiniones.
- Green *et al.* (1980; en Oblitas, et al., 2010, pg. 95), la define como una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencias. Así, una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad lo es o no en términos objetivos.

- Pepitone (1992; en Granados, 2006) las define como representaciones culturales que tienen existencia para una persona.
- Obregón (1996; en Granados 2006), menciona que las creencias permiten que el individuo se acople a su cultura. De esta forma, las creencias permiten comprender uno de los aspectos de las prácticas de los grupos sociales que condicionan las interacciones del organismo con su entorno.
- Álvarez (2002), comenta que las creencias son ideas y prácticas generalizadas basadas en la tradición y que se adoptan de forma acrítica por los miembros del grupo, comunidad o sociedad, debido a que son interpretadas como correctas o adecuadas. Además, son conocimientos comunes a los cuales todos los miembros de una sociedad tiene acceso en menor o mayor medida.

Así, de todas estas definiciones, coinciden en que una creencia: es una idea, de la que el sujeto, está convencido, independientemente de que sea cierta o no, el individuo la interpreta como correcta porque es parte de su herencia cultural.

Greene y Simons-Morton (1988; en Oblitas, 2010), menciona que las creencias tienen al menos tres características que las definen como tales. Primero, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que le otorga el que las posee. Segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo, es decir, lo que la persona sabe o cree saber al respecto. Tercero, tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que posee una determinada creencia para un individuo en una situación dada (intensidad de la creencia).

Como punto trascendente, se encuentra, que existen diversas creencias tanto de la salud como de la enfermedad, algunas vienen desde la antigüedad y pueden ser conservadas por las personas en la actualidad. De acuerdo con Álvarez (2002), se divide las creencias en diferentes tipos (se describirán en desarrollo histórico):

- Creencias mágicas religiosas y salud-enfermedad.
- Creencias de salud-enfermedad relacionadas con la medicina.
- Creencias actuales de la salud-enfermedad.

Estas creencias, darán a entender algunas razones por las cuales se originan diversas ideas erróneas sobre la salud-enfermedad, como: ‘yo no creo que los medicamentos funcionen’, ‘si esta dieta no le surte efecto estoy seguro de que no funcionará conmigo’, ‘el

ejercicio no hará diferencia alguna’, ‘cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto’; pero también existen creencias que pueden ayudar, a que el paciente no tenga o siga el tratamiento indicado, entre las cuales mencionan: ‘únicamente se toman medicinas cuando se está enfermo y no cuando uno se siente bien’; ‘de vez en cuando hay que dar un descanso al organismo y no tomar medicinas’, ‘no siento que este fármaco me esté haciendo nada’, ‘el señor curará mi enfermedad’, ‘mi dolor tiene que tener una causa orgánica’; ‘realizar los ejercicios no va a producir ninguna diferencia’ y ‘cómo sabré si sigo necesitando las pastillas si continúo tomándolas’. Este entendimiento ayudará a ver el panorama de las creencias con más amplitud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Granados, 2006).

Desarrollo Histórico de las Creencias Acerca de la Salud y la Enfermedad

El interés por hacer una breve revisión histórica de las creencias es con el fin de ver el recorrido y evolución de las creencias acerca de las enfermedades, y las consecuencias que éstas han tenido en las prácticas de salud; ya que las diversas creencias acerca de la salud y la enfermedad afectan la forma en que las personas pueden hacerle frente a los diversos padecimientos por la interpretación que hacen desde la perspectiva de su propia cultura.

La actitud de las sociedades hacia las enfermedades y hacia quien las padece, han ido cambiando en el transcurso de la historia. La enfermedad siempre ha sido el enemigo silencioso que aparta de sus actividades cotidianas a las personas y las aísla de su medio social, las vuelve indefensas y obligadas a depender de los otros, esto es, la enfermedad afecta la vida social de los individuos.

En presencia de la enfermedad y de la muerte, el hombre sintió y vivió la idea de lo irremediable, y elaboró con un sentido de prolongación de la vida, algo más allá de lo que veía. La muerte fue uno de los primeros grandes misterios del hombre, a quien puso en el camino de conocer y descifrar las diferentes formas que conducen a ella: las enfermedades y las desgracias (Álvarez, 2002).

Las creencias acerca de la enfermedad en épocas remotas estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos, donde en una fase politeísta, las diferentes enfermedades se atribuían a la ira de determinados dioses, y su cura, a la bondad de los mismos. Como se ejemplifica con algunos dioses en la tabla 11.

Otro periodo diferenciado de las creencias acerca de la salud y la enfermedad es cuando surge el cristianismo, con la aparición de Cristo que acompañan relatos de sus milagros de curación como sana a los ciegos, a los inválidos, a los poseídos, etc., todo esto se interpretaba como una señal de que era el Mesías, el hijo de Dios. Esos dones se transmitieron a sus discípulos y éstos también realizaban curas como muestra fehaciente para convencer y convertir a los escépticos e integrarlos en sus doctrinas. Así, uno de los principios del cristianismo era la cura por la fe, lo que constituyó una de las más fuertes creencias respecto a las enfermedades en este periodo.

La evolución del cristianismo y su difusión trajo consigo una división en la especialización de los milagros de la curación por sus apóstoles o santos. Así, cada santo era invocado en determinadas enfermedades: San Sebastián protegía de las plagas; San Lázaro de la lepra; San Vito de la epilepsia; San Antonio del ergotismo; San Blas de la garganta, etc.

Tabla 11. Creencias sobre la relación entre Dioses y Enfermedades

ANTIGUA GRECIA		MEXICO ANTIGUO “CULTURA AZTECA”	
Dios	Enfermedad o Evento Mágico	Dios	Enfermedad o Evento Mágico
Poseidón	Locura	Quetzalcoatl	Reumatismo
Atenea	Bienes y Males del embarazo	Macuilxochitlquetzal	Problemas en el embarazo
Atenea Oftalmítis	Enfermedad de ojos	Xipe	Males oculares
Apolo	Peste para el pueblo	Tezcatlipoca	Desgracias y maleficios
Medusa	Parálisis	Tlaltecutin	Enfermaba a los niños
Bacchos	Manías	Amimitl	Enfermedades digestivas
Hera	Demencia	Nanahuatl	Lepra
Esculapio	Dios con el don de curar la ira de los demás dioses y por tanto enfermedades que sus iras provocaban.	Mictlantecuhtli Mictecacihuatl	Atribuían a la muerte

A diferencia de las creencias griegas o aztecas, el cristianismo no atribuía las enfermedades y las calamidades a la ira de los dioses o a las imperfecciones, sino a castigos por los pecados cometidos por las personas y por los pueblos. Consideraba que las enfermedades y las epidemias eran una limpieza que hacía Dios, dado que sólo atacaba a los impuros, y por tanto el sufrimiento era purificación y desarrollo espiritual.

Con la llegada del Renacimiento, las creencias cristianas fueron perdiendo fuerza y fueron apareciendo otras. Poco a poco la estructura de una nueva organización social tomaba forma a través de los valores de la burguesía y las creencias de las enfermedades también se transformaban. Los nuevos descubrimientos empezaron a destruir la gran barrera del poder eclesiástico medieval, debido a que dieron nuevos motivos para la discusión de los puntos de vista de los científicos de la antigüedad.

Estos acontecimientos fueron minando las creencias religiosas y afirmando las de carácter científico u objetivo. Aunque coexistían, estas últimas se iban imponiendo como guía de los actos de los hombres y de las sociedades. Las explicaciones de las enfermedades pasaron de lo religioso a lo terrenal, se rompieron tabúes como el de la disección, el de tocar el cuerpo del enfermo, el de la cirugía, por nombrar algunos, que trajo como consecuencia un acercamiento cualitativamente diferente tanto de la enfermedad como del enfermo. Se pasó de lo sobrenatural a lo terrenal, de la oración a la observación y experimentación, del escapulario y el crucifijo a la auscultación.

En la incipiente formación de las sociedades capitalistas en los tiempos previos a la Revolución Industrial, las creencias religiosas imperantes fueron perdiendo fuerza a favor de las curas “mágicas, “maravillosas”, como resultado de “grandes descubrimientos científicos” (Álvarez, 2002, pg. 22). Por tanto, a la par de nuevos descubrimientos acerca de las causas de enfermedades, los charlatanes “médicos” hicieron su aparición (aunque ya existían desde tiempos inmemoriales, los llamados brujos, hechiceros, magos, adivinos, curanderos, etc.), pero se aprovechaba la coyuntura de los cambios en las creencias, ofreciendo sus productos medicinales. Entre esos productos médicos milagrosos, que hicieron su aparición en ese primer periodo del Renacimiento, y que fomentaron nuevas creencias, como el chaube (café), que había sido llevado de Medio Oriente y que se decía era una bebida habitual entre turcos y árabes, que curaba las flatulencias, fortalecía el hígado, estimulaba el intelecto y servía para quitar la embriaguez, donde se contaba que había servido para curar a Mahoma de somnolencia. Otro producto que había sido traído desde China era el té, que se decía calmaba los dolores de cabeza, mejoraba la digestión y también servía para mantener a la gente despierta.

Otro era el xocoatl (chocolate), que había sido llevado desde el Nuevo Mundo y que era una bebida habitual entre los aztecas, se decía que servía para aumentar la potencia sexual;

un producto más, también habitual entre los aztecas, el *yetl* (tabaco), se vendía en Europa como un producto que servía para combatir la flema, la hidropesía, la sofocaciones y las dificultades de la respiración. Otro más era el opio, también traído desde China, que se decía servía para eliminar los dolores y que en forma de jarabe ayudaba a dormir a los niños. Y algunos otros productos o curas milagrosas como el juego de ajedrez, la cauterización del cráneo, la mandrágora, la influencia de los signos del zodiaco, cura por la música, polvos, pócimas, ungüentos, brebajes, etc., descubiertos por grandes científicos o traídos desde tierras muy lejanas fueron la norma. Aunque esto no signifique que no existieran anteriormente y tuviesen otros usos o los mismos, pero que el dominio eclesiástico había mantenido ocultos o prohibidos, y donde al ceder ese poder, su uso se hizo extensivo.

Con el advenimiento de las revoluciones políticas e industriales en Europa, se inicia una época de grandes cambios en los pensamientos de los hombres y en la organización de los pueblos europeos. Las creencias acerca de casi todas las cosas tenían una profunda transformación, sobre todo en la política, que cambiaba del poder del soberano, al poder del pueblo, a la democracia. Esto trajo aparejadas nuevas formas en las relaciones sociales. Las nuevas formas de organización social llamadas Estados empezaron a hacerse cargo de las diversas actividades de la sociedad, las estructuras sociales se transformaron y nuevas formas de organización se implementaron.

Al Estado se le da un papel más activo a través de la creación de un nuevo derecho social y económico mediante la creación de leyes. Una de esas nuevas funciones era la de hacerse cargo de la salud; dicha función estaba sustentada en la idea de que la salud del pueblo es un problema que concernía a toda la sociedad, en tanto que era un problema económico y político de la comunidad, que exigía decisiones y soluciones consensuadas (Álvarez, 2002).

De esta manera, la organización de la salud, aun cuando ya era incipientemente pública, se organizó y racionalizó bajo el interés de conocer en qué forma el potencial del país podía verse afectado por las enfermedades. Se fomentó una nueva definición del enfermo, que se concibió como aquel o aquella persona que no podía trabajar, que no era productiva. Se elaboró un nuevo discurso y conocimiento sobre la forma de cómo debe entenderse el origen, distribución y sobre todo las diversas formas de solución a los problemas de salud

que se plantean en la nueva forma de organización social por los grupos que asumen el poder, y que imponen a sus propios puntos de vista a los demás estratos de la sociedad en torno a todos los ámbitos de la organización social, entre ellos la atención a la salud y la enfermedad. La salud se hizo más democrática (en relación con el estadio anterior), ahora todos podían estar enfermos, no sólo los pecadores.

Bajo la creencia de que la salud era una responsabilidad de la comunidad y que la sociedad tiene la obligación de velar por la salud de sus miembros, se organizaron todas las instituciones y recursos a través de las nuevas autoridades. Se impusieron nuevos procedimientos y concertaciones acordes con la nueva corriente ideológica, en los cuales se veían inmersos no sólo los nuevos aparatos del Estado respecto a la salud, sino también los diversos grupos religiosos, sociedades de ayuda o socorro, sociedades filantrópicas, etc., que se asuman a esta nueva orientación social.

Así, en ese momento se implantaron en forma fija medidas de higiene que anteriormente eran excepcionales, tales como limpieza y supervisión de los aprovisionamientos de agua, limpieza de las calles, vigilancia de las mercancías, creación y limpieza de sistemas de alcantarillado, supervisión de los mataderos, reubicación de los panteones, y en general los problemas de urbanismo que requerían medidas de control e intervenciones de las nuevas autoridades. Ésta era la filosofía del nuevo Estado, que asumía las funciones de mantenimiento del nuevo orden para una mejor productividad, bajo el argumento de que esto acarrearía un aumento en la riqueza de sus miembros. De ahí la idea de que a través del estado, el pueblo debía gestionar las viejas y nuevas instituciones en bien de la colectividad, además de la salud, la educación, el comercio, la recaudación de impuestos, etc., la medicina moderna se iniciaba siendo social.

Además de la creencia de que el Estado velaba por la salud del pueblo, se fue fomentando e institucionalizando la creencia de que la salud debería estar en manos de los especialistas médicos, y éstos bajo la supervisión de las autoridades. Debido a que se consideraba que los médicos tenían el conocimiento y la técnica que permitían controlar la enfermedad y fomentar la salud, se decía que los conocimientos que poseían les permitían enseñar a las personas las normas y reglas básicas que deberían seguir y respetar, en beneficio de su propia salud y sobre todo en el de la comunidad. Por esta razón, los

médicos se instalan en las estructuras administrativas constituyéndose en grupo y/o instancia del poder.

Los médicos dan al nuevo régimen discursos y soporte respecto a la salud, la enfermedad y la organización en torno a éstas. La ciencia médica se ponía al servicio del nuevo orden, se legitimaba aceptando al nuevo régimen, pasaba a formar una estructura social más, monopolizando el conocimiento en torno a la salud y la enfermedad. Así los médicos insertan su práctica médica a una práctica política, por tanto, cambia la práctica y las creencias respecto a la salud, que ahora se considera como un problema social en su conjunto. Pero en el fondo de todo esto se encontraba la idea de control, ya sea a través de la disminución de la morbilidad, de la mortalidad o el incremento de la esperanza de vida, con el fin de mejorar el rendimiento de las personas en el trabajo y tener una mayor producción.

Por tanto, la práctica médica se introduce no sólo en la enfermedad, sino también en las formas generales de vida, ya sea la alimentación, la adecuación del hábitat, la vestimenta, los cuidados de los infantes por parte de las familias, la fecundidad, etc.; Por otra parte, se regularon el control, el uso y la fabricación de los medicamentos. Se impuso la creencia de que el conocimiento médico debía estar en manos de los médicos y como grupo profesional se organizaron bajo la nueva concepción de propiedad privada, como una forma de defenderse, de cuidar su parcela de conocimiento, de representarse a sí mismos ante el resto de la comunidad, de preservar y fomentar su estatus, además de fomentar sus actitudes, valores, conocimientos y creencias.

Los desastres como las epidemias o las guerras fueron aprovechados en forma política para debilitar, aún más, a los oponentes a su saber, en este caso lo religioso. Por ejemplo, en la epidemia de 1834 en España, durante la guerra carlista, se acusó a los jesuitas de haberla provocado por haber envenenado las aguas, lo que suscitó que el pueblo asaltara los conventos y las iglesias de los jesuitas matando a los que encontraran. También en las epidemias y guerras sirvieron para ampliar los conocimientos médicos, dado que al hacerse cargo de los heridos, se podían estudiar un sinnúmero de secuelas que servían para observaciones que en cuestiones de salud antes eran desarrolladas por los canónicos, ahora eran desarrolladas por los médicos.

Estos personajes se convirtieron en los consejeros fijos y máximas autoridades morales en las administraciones de salud. Su presencia tiene cada vez mayor repercusión en las sociedades científicas, participan cada vez más en la elaboración de las enciclopedias, y sus sociedades médicas tienen cada vez más poder y responsabilidad administrativas para sugerir medidas sanitarias, siempre con el objetivo altruista de fomentar una sociedad sana y de integrar a las personas enfermas al mundo del trabajo y de la productividad, y en caso de no lograrlo, apartarlas de éste para que no sean una carga para los demás, tratando siempre de que todo esto conlleve el menor dispendio de recursos del estado.

El desarrollo del conocimiento científico en torno a la salud se inserta en forma ad hoc en el proceso de transformación y cambio de la titularidades del poder, en el proceso productivo, en la estratificación social y en general en los nuevos principios de ciudadanía.

A partir de lo anterior, se desarrolló lo que se conoce como el modelo médico, conjunto de ideas que tienen como base un fundamento científico y práctica empirista. La sustentación de estos principios acarrió la asunción consecuente de la indiscutibilidad de los hechos objetivos, fundamentada en que el origen de las enfermedades es puramente orgánico. En este enfoque no tienen cabida las explicaciones de la enfermedad en términos de los factores sociales, institucionales o históricos, ya que parte de la neutralidad del sanador, dada su objetividad, y además la consecuencia de la salud tiene un costo económico.

Este modelo niega de entrada el nulo aporte de las ciencias sociales, cuyo principio de análisis sobre la enfermedad es el considerar a la enfermedad como algo provocado por factores individuales de carácter biológico. Por ello se argumentaba que la función de la práctica médica debería estar dirigida a controlar y ordenar las desviaciones y alteraciones individuales, con un enfoque caracterizado por ser eminentemente curativo-remedial. El desarrollo de la nueva sociedad capitalista trajo sus consecuencias, una de ellas era que quien no podía pagar los servicios médicos, simplemente no los obtenía. Otra era que los conocimientos médicos extraídos básicamente del estudio, manipulación y experimentación sobre los cuerpos enfermos de los pobres, redituaron en la salud de los que podían pagar los servicios médicos, o sea, los ricos.

El conocimiento médico entra en el juego de la oferta y la demanda, como otra mercancía más. Ello motivó a que hubiera que cuidarlo de los charlatanes. Por tanto, el

conocimiento médico se convierte en una profesión liberal y las creencias en torno a este saber de los médicos van consolidándose en la nueva sociedad. La creencia en el saber de los médicos se va imponiendo a la creencia del saber de lo religioso.

Con la posterior soberanía de los médicos sobre el saber en torno a la salud y la enfermedad y a las instituciones que se hacen cargo de las mismas donde su poder se amplía más allá de la eficacia de su saber. Esto es aprovechado también por ellos para alejar a otras personas y a otros científicos de los centros de decisión en torno a la salud. Así, la bata blanca, se vuela símbolo y creencia popular de poder sobre la enfermedad. Situación que el grupo asume con agrado, dada la posición que ocupa en la reorganización de los nuevos estatus sociales, puesto que ellos son los encargados de vigilar al enfermo y la enfermedad.

De manera que, respecto a la salud y la enfermedad, ningún otro tiene una opinión y un conocimiento que esté por encima del médico, aún más, nadie puede intervenir en el problema de la enfermedad si no es médico, por no ser éste su dominio. Los demás científicos quedan excluidos, sólo pueden opinar y ayudar en la elaboración de instrumentos y herramientas, no de conocimiento.

Por consiguiente, con el desarrollo de las sociedades y de los avances científicos y médicos, como el descubrimiento del remedio contra la sífilis por Ehrlich, el descubrimiento de la insulina por Banting, el de la penicilina por Fleming, el de la vacuna de la poliomielitis por Salk, por nombrar a algunos; además, del descubrimiento de nuevas técnicas médicas como la de aplicación de los rayos X por Roentgen, la invención del electrocardiógrafo por Einthoven, el desarrollo de la técnica de la lobotomía prenatal, la manipulación genética, el uso de los rayos láser en cirugía, etc., se ha acrecentado el poder social del grupo médico en nuestras sociedades.

Las creencias en el modelo médico como soporte de sistema social, como grupo de poder, los milagros de la medicina moderna han hecho cambiar los referentes tradicionales del cuerpo, de la vida y de la muerte.

Las creencias actuales sobre la enfermedad no cambian mucho de las anteriores sino que se convergen y se adaptan a las nuevas situaciones. Respecto a las creencias mágico-religiosas, éstas no han desaparecido a pesar del desarrollo de las sociedades sino que conviven con las creencias del modelo médico ya que con el paso del tiempo se ha

observado que las creencias mágico-religiosas afloran cuando la enfermedad no puede curarse con los conocimientos médicos actuales. De hecho, parece que la creencia acerca de los castigos de Dios surge sistemáticamente en los primeros momentos en que aparece alguna enfermedad de proporciones alarmantes y desconocimiento de cura para la misma (Álvarez, 2002)

La intromisión directa de las creencias religiosas en la ciencia médica se puede encontrar en el llamado movimiento holístico, que vendría a ser una injerencia en el nivel formal de las ideas religiosas en el debate sobre la salud y el bienestar, donde es importante recalcar que algunos términos científicos que ejemplifican como tumor maligno o cáncer maligno. Es de pensar que siempre habrá personas que se guíen por creencias mágico-religiosas y que se fomenten en el nivel social, sobre todo cuando la ciencia tiene ante sí un gran número de enfermedades que no puede evitar ni curar.

Así, ante la falta de explicaciones y soluciones por parte de las instituciones, se hace uso de las especulaciones ya sean religiosas o médicas. Sin embargo, como sucede muy frecuentemente en la ciencia y en la vida cotidiana, los adjetivos que acompañan a las enfermedades terminan por emplearse para explicar lo que no han podido explicar los conocimientos. Por tanto, en la actualidad hay ciertos tipos de creencias similares que forman parte de nuestra cotidianidad como en los periodos históricos anteriores llegando a optarse las mágico-religiosas, las médico-biológicas y las críticas al modelo médico-institucional.

Como se ha mencionado, a través de la historia las creencias han jugado un papel muy importante en el desarrollo de la humanidad. Los seres humanos viven una infinidad de situaciones cotidianas que son sustentadas por el mundo de las creencias: el saber práctico, el cuidado de la salud, la creencia en Dios, los amuletos de la suerte, los horóscopos, los proverbios, el mal del ojo, la superstición, la hechicería, etc. (Flores y García, 1998).

Estas creencias se transmiten de generación en generación a través de la experiencia social y van adoptando un matiz diferente de acuerdo a la realidad propia de cada tiempo.

En tanto, las creencias son una parte de la cultura que produce cohesión social, pues moldean las aspiraciones, las expectativas, el sentido del tiempo y del espacio, así como los modos de vida y de relación interpersonal. Sin embargo, a pesar de la importancia que las creencias tienen en el comportamiento, su estudio ha sido poco desarrollado, pues la

investigación ha subordinado el tema de las creencias a otros conceptos psicosociales, principalmente el de la actitud (Flores y García, 1998). No obstante Allport (en Escobar, 1996), distinguió de manera explícita entre creencia y actitud, la primera se refiere a la verdad o falsedad de las propiedades que se le atribuyen, en tanto que la segunda define la disposición favorable o adversa hacia un objeto o situación objetiva.

Es de importancia que se recobre el estudio de las creencias puesto que es a partir de éstas que el individuo desarrollará determinadas actitudes y por consiguiente la intención conductual. Además, la actitud está sujeta al cambio, ya que responde a la naturaleza de sus componentes: afectivo, cognoscitivo y conativo, todos ellos elementos dinámicos en la estructura mental del sujeto, mientras que las creencias son disposiciones latentes en relación con la realidad cotidiana que comparte el colectivo, las cuales, según Pepitone (1990), cumplen con distintas funciones, pues manejan emociones (miedo, esperanza, enojo, etc.); dan estructura cognoscitiva, la cual proporciona un sentimiento de control sobre la vida; regulan la distribución de la responsabilidad moral entre la persona y el grupo; y promueven la solidaridad del grupo al darle a las personas una identidad común. Así las creencias constituyen la base y fuente de las actitudes.

Como se mencionó anteriormente, a medida que las sociedades han evolucionado, desarrollaron varios sistemas de creencias sobre la salud, el conocimiento de las cuales algunas veces se confina a quienes experimentan un entrenamiento especial. Esto ha originado la separación de lo que se conoce como:

- Sistemas de creencias Expertas o Técnicas.
- Sistemas de creencias Tradicionales Folclóricos o Indígenas.

Estos sistemas interactúan y están en un proceso de constante evolución donde la mayoría de la gente en cualquier sociedad organiza su mundo a través del sistema de creencias indígenas, el carácter de éstos está conectado en alguna forma con el sistema experto de creencia.

Blumhaben (1980; en Marks et al., 2008), hace una división dual respecto al sistema de cuidado de la salud, los cuales son: profesional y popular. La sistematicidad, la coherencia y la interdependencia son aspectos de los sistemas de creencias profesionales. Por el contrario, el sistema de creencia de salud no experto o popular puede parecer desconectado. Estos dos amplios sistemas de creencia interactúan de forma tal que la persona no experta

pueda recurrir a un conocimiento más especializado, pero el especialista puede hacer uso de conocimiento más popular.

Ambas formas de pensar acerca de la salud recurren a un punto de vista del mundo general y se localizan dentro de un contexto local y político particular. También el autor argumenta que estos dos sistemas de creencias sobre la salud deberían ser considerados distintos del sistema de creencia individual que la gente usa para entender su experiencia personal de la enfermedad. Un entendimiento de las creencias populares sobre la salud requiere un entendimiento de los sistemas expertos dominantes de creencia sobre la salud.

Análisis Psicosocial de Creencias

En el análisis psicosocial que hace Pepitone (1990), acerca de las creencias, señala la importancia que éstas han tenido en el desarrollo del ser humano, a pesar de que han sido poco estudiadas o bien, a la subordinación de las creencias al estudio tradicional de las actitudes, porque de acuerdo con Allport, la actitud es el concepto angular más indispensable de la Psicología Social, “la piedra angular de la construcción” (1935 citado en Pepitone, op cit., pg. 61).

Este hace una diferencia importante a saber, entre las actitudes y las creencias: “el cambio de actitudes incluyendo asimilación-contraste, reforzamiento y disonancia están diseñados para obtener una máxima generalización por medio de la explicación de cambios en todas las actitudes, independientemente de su contenido” (Pepitone, 1990, p. 61); en cambio, al estudiar las creencias, el contenido es justo lo que interesa. La actitud es susceptible de ser modificada a través de la comunicación persuasiva, en contraste con las creencias, las cuales, tienen raíces más profundas para que puedan ser intercambiables por mensajes persuasivos que modifican actitudes.

Además, explica el por qué no se le ha dado la importancia que implica el estudio de las creencias para entender el comportamiento del hombre, la cual tiene que ver con el hecho de que “muchas creencias se refieren a entidades no reales en términos de una existencia material medible. Por lo tanto, se argumenta que las creencias se encuentran fuera de los límites de la legítima investigación científica” (p. 62). No obstante, la existencia o no material del objeto de creencia es de importancia secundaria en comparación con la realidad con que la gente cree en su existencia. “En la Psicología Social

misma, la creencia representa dimensiones cognoscitivas de un mismo objeto y la probabilidad de su existencia” (Fishben y Raven en Pepitone, 1990, p. 63.)

Como se menciono anteriormente, Pepitone define a las creencias como “estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa, son conceptos acerca de la naturaleza, las causas de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida” (p. 63); Además, agrega que las creencias son culturalmente universales y que por tanto, existen diferencias en cuanto a la forma y contenido de las mismas a través de las distintas culturas al igual que otras manifestaciones ideológicas y conductuales.

Así, Pepitone (1990), propone una clasificación de las creencias más importantes en la conducta social humana (la cual puede ser elaborada y corregida al irse acumulando el conocimiento). Esta clasificación contempla las siguientes categorías:

- Creencias Naturales-Materiales: Las define como aquello que existe en el mundo material o aquello que puede ser definido como material en algún nivel de análisis. Esta categoría incluye creencias científicas, sobre la historia y la sociedad.
- Creencias Religiosas: Abarca objetos y lugares sagrados, eventos sobrenaturales como la resurrección la reencarnación, además de una variedad de dioses, ángeles, el espíritu y otros poderes y/o entidades anímicos.

Las creencias religiosas existen dentro de las organizaciones más o menos estructuradas siendo que en la mayoría de las religiones, las creencias versan sobre deidades, la obediencia a leyes divinas, la eficacia del rezo, y el destino del espíritu en vidas posteriores. Agrega, que las creencias religiosas están relacionadas con las creencias de control sobre eventos de la vida cotidiana, así como también se relacionan con las creencias de orden moral.

- Creencias Seculares Sobrenaturales:
 - Destino: Es probablemente una de las creencias más antiguas y de mayor influencia en el repertorio humano. A través de la historia, se le ha considerado como un poder impersonal que parte de un sistema cósmico por lo cual, se le asocia a los movimientos astronómicos.

En muchas culturas, se espera de forma normativa que algunos hechos de la vida sean determinados por el destino; cuándo y cómo se va a morir la persona, con

quién se va a casar, si va a tener hijos o no y hasta su carácter. En estas creencias es notorio que se espera que el destino sea el que se encargará del control de lo que suceda y no la persona que va a ser afectada por el resultado. En esta conducta, de significado psicológico básico, se cree que los resultados están controlados por el destino y no pueden ser controlados por aquellos que son afectados por dichos resultados. En este sentido, el consultar los horóscopos y otras formas de adivinanzas brinda a la persona alguna forma de control sobre su futuro así como alguna posibilidad de intentar evitar el destino que le depara.

- Brujería: Se refiere a poderes sobrenaturales que son practicados por personas extraordinarias a través de trances, maldiciones, conjuros y otras formas de “magia negra” (p. 67), con el objeto de dañar a otro o de dañar su propiedad. A diferencia del destino y Dios, que son agentes sobrenaturales, la brujería es practicada por humanos reales, aunque raros. Al igual que el destino, la creencia en las brujas a veces está relacionada con creencias religiosas y a veces es independiente.

- Suerte: Una creencia muy popular alrededor del mundo la constituye la suerte, la cual se refiere a la existencia de un poder externo que actúa de manera misteriosa y no predecible, diferente de motivación individual y de las habilidades personales e independientes a la casualidad, que interviene en las consecuencias positivas o negativas de un acontecimiento determinado.

La fuerza de la suerte se expresa en términos de supersticiones populares que influyen en la conducta, de manera diferente en cada cultura. La suerte se origina en y está dirigida por una fuente externa que opera en forma misteriosa y no predecible. El que trae la buena o mala suerte es muchas veces concebido como semihumano, de una especie diferente, como pueden ser los duendes y/o las hadas. En los juegos de azar, se ve a la suerte como una dama misteriosa. La gente cree que la suerte es dada como la característica más irónica cuando se dice “ella tiene suerte” (p. 67), implicando que, característicamente, es favorecida por la buena suerte. Cuando se dice ‘hoy no es tu día de suerte’ se está implicando que todos tienen un cierto grado de suerte pero que es un misterio cuando ésta va a actuar para afectar positivamente nuestras vidas.

- **Casualidad:** Pese a que la suerte y la casualidad son términos semejantes, como creencias son diferentes, dado que los resultados producidos por la casualidad nada tienen que ver con agentes materiales o sobrenaturales, personales e impersonales. De acuerdo con Pepitone (1990), la creencia de que los eventos de la vida están determinados por la casualidad significa que no hay una relación causal entre ellos y conductas previas o el carácter de la persona que está siendo afectada por ellos; dichos eventos le pudieron haber sucedido a cualquiera que se encuentre en las mismas circunstancias y no son controlables.

- **Psicológico:** Estas creencias se refieren a procesos mentales de la persona que intervienen en determinados resultados, es decir, ‘el poder’ que el hombre en realidad posee en mayor o en menor grado para controlar ciertos eventos, por lo que existe un gran número de creencias que pueden ser clasificadas como psicológicas. La creencia que uno va a tener una vida exitosa, sana y/o larga se basa en estimaciones de la inteligencia, la motivación, el talento, los contactos políticos y Dios.

En muchas ocasiones, se puede observar que el control que la gente cree que tiene, o bien, el ‘control percibido’ no concuerdan con el ‘control real’, por ejemplo, las creencias en la ‘fuerza de voluntad’ o ‘el poder de la mente sobre la materia’. Para Pepitone (1990), parece ser que la creencia en el control personal es un tipo de programa de autoeducación, dieta y salud que es seguido en la actualidad por millones de personas. Este tipo de conducta obsesiva-compulsiva se puede basar solo en la creencia de que es posible cambiar el cuerpo y la mente. Aunque para el autor, no hay duda de que hay algo de verdad en esta creencia, menciona también que existen ilusiones semejantes al pensamiento mágico, como la fuente de la juventud de Ponce de León, la habilidad revitalizadora de los cuernos de rinoceronte y la propiedad curativa de los huesos de chabacano para aliviar el cáncer, entre otros.

- **Creencias Morales:** Están relacionados con los estados de bondad-rectitud y en cómo lograrlos. Menciona que un importante conjunto de creencias morales están relacionadas con la justicia, la cual no es un concepto unitario, ya que pueden incluirse en esta creencia estados como el sufrimiento, la equidad social, la justa

distribución de recursos, lo cual en un contexto religioso y ético filosófico refiere a la justicia como el mejoramiento de la vida de los pobres y el orden moral en el cual los buenos son premiados y los malos castigados. De esta manera, la creencia en la justicia se encuentra conectada a las creencias en entidades divinas, ya sea de manera directa o indirecta.

Por lo anterior, las leyes de Dios se basan en la justicia así como sus premios y castigos. Aunque cabe señalar, que la justicia metafísica no requiere de un contenido religioso ni político puesto que se cree que es resultado de fuerzas abstractas vinculadas a las leyes cósmicas que determinan el destino.

Adicionalmente, Pepitone (1990) propone una clasificación de las creencias según su función:

- Emocional. Las creencias sirven directamente para manejar emociones tales como miedo, esperanza, enojo, sorpresa, incertidumbre existencial, amor ideal, etc.
- Cognitivo. Las creencias conforman estructuras cognoscitivas, las cuales proporcionan sentimientos de control sobre la vida.
- Moral. En este sentido, las creencias juegan un papel regulador en la distribución de la responsabilidad moral entre la persona y el grupo.
- Grupo. Sirven para unificar al grupo al darle a las personas una identidad en común.

También señala que desde una perspectiva evolutiva, las creencias son funcionales pero además selectivamente funcionales ya que desde los comienzos de la historia de la humanidad el compartir creencias servía para manejar emociones y dar estructuras cognoscitivas. Además, indica que las normas prescriptivas que se desarrollaron, eran mantenidas y modificadas con base en su efectividad; por lo que también asume que para llevar a cabo las prácticas cotidianas, las creencias se han vuelto cada vez más específicas.

Por lo tanto, la gente tiene ideas que la llevan a comportamientos tendientes a evitar las enfermedades y preservar la propia salud. Hablar de un sistema de creencias acerca de la salud significa hacer referencia a lo que los sujetos llevan a cabo para mantenerse sanos, para prevenir y/o curar las enfermedades. Así, un sistema de creencias informa acerca de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, las condiciones socioeconómicas, etc.

Como se señaló anteriormente, México es un país con un gran acervo histórico y cultural donde algunos ejemplos de entidades nosológicas reconocidas tradicionalmente son el espanto, el mal de ojo, la pérdida del alma y el empacho.

Los habitantes desde épocas ancestrales han tenido diferentes maneras de solucionar sus problemas de salud con la ayuda de tratamientos alternativos, prácticas que existen todavía a pesar de los avances de la modernidad y que se deben entender como el producto del conocimiento empírico de experiencias colectivas de un mundo de vida compartido e histórico. La aparición de estas creencias no fue fortuita ni su desaparición es previsible; son productos de toda una cultura (Pelcastre, 1999 en Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 2003).

Hace un siglo, las personas se enfermaban a causa de la carencia de agua potable, alimentos contaminados o el contacto con otras personas infectadas. Una vez que enfermaban, basaban sus expectativas de curación en los cuidados médicos. La duración de la mayoría de las afecciones era relativamente corta; una persona moría o se curaba en cuestión de semanas. La gente sentía una responsabilidad muy limitada ante la posibilidad de contraer una enfermedad porque creían que era imposible evitar las bacterias y los virus que causaban la mayoría de las enfermedades. Sin embargo, durante las últimas décadas del siglo XX, tal punto de vista cayó en la obsolescencia.

Sin embargo, actualmente se puede apreciar que muchas personas mantienen una actitud pasiva ante la salud y la enfermedad. Como consecuencia de ello, presentan sobrepeso, fuman, abusan del alcohol, no hacen ejercicio con regularidad y evitan los chequeos médicos. Acuden única y exclusivamente al médico cuando se sienten enfermos y depositan todas sus esperanzas de curación en manos de la medicina moderna, que les curará en cuestión de horas.

Además, también están presentes las creencias mágico-religiosas que no han desaparecido a pesar del desarrollo de las sociedades, donde con el paso del tiempo se ha observado que estas afloran cuando la enfermedad no puede curarse con los conocimientos médicos actuales. De hecho, parece que la creencia acerca de los castigos de Dios surge sistemáticamente en los primeros momentos en que aparece alguna enfermedad de proporciones alarmantes y desconocimiento de cura para la misma (Resina, 1991 en Álvarez, B., 2002)

Es de pensar y reflexionar que siempre habrá personas que se guíen por creencias mágico-religiosas y que se fomenten en el nivel social, sobre todo cuando la ciencia tiene ante sí un gran número de enfermedades que no puede evitar ni curar.

Así ante la falta de explicaciones y soluciones por parte de las instituciones, se hace uso de las especulaciones ya sean religiosas o médicas. Sin embargo, como sucede muy frecuentemente en la ciencia y en la vida cotidiana, los adjetivos que acompañan a las enfermedades terminan por emplearse para explicar lo que no han podido explicar los conocimientos.

No obstante, se aprecia que cada vez son más las personas que adoptan una actitud activa respecto a su salud, lo cual se refleja en la práctica de estilos de vida saludables. Ellos se implican activa y responsablemente con formas de vida que mejoran o mantienen su salud. Llevan a cabo cambios relacionados con su salud que se traducirán en una reducción del sufrimiento ante la enfermedad y la forma de morir, un incremento de la expectativa vital y una adecuada calidad de vida.

Creencias Asociadas a la Diabetes

López-Amador y Ocampo-Barrio (2007), mencionan que el tratamiento de la diabetes entraña una dificultad y complejidad para su abordaje, principalmente porque predominan los significados que involucran aspectos culturales, afectivos, individuales y sociales, los cuales determinan la adopción de estilos de vida nocivos para la salud, que se reflejan en las múltiples creencias acerca de este padecimiento.

El conjunto de creencias e imágenes distorsionadas sobre personajes, fenómenos o enfermedades que están presentes en diversos elementos de la vida diaria, se les conoce comúnmente como mitos, donde van ligados al desconocimiento, información antigua o a la posesión de información parcial.

Las funciones de los mitos son múltiples; no obstante, en general, se puede aceptar tres funciones esenciales:

- **Explicativa**: Se refiere a que los mitos explican, justifican o desarrollan el origen, razón de ser y causa de algún aspecto de la vida social o individual.
- **De Significado**: Se refiere a que los mitos no son sólo historias que brindan explicaciones o justificaciones sino también otorgan un consuelo, objetivo de vida o calma a los individuos, así sucede con mitos que hablan de la muerte, el sufrimiento

o la victoria, por lo tanto, los mitos no son historias alejadas de la persona, sino que funcionan como un asidero existencial, un motivo.

- **Pragmática:** Implica que los mitos son la base de ciertas estructuras sociales y acciones; gracias a esta función, los mitos especifican y justifican por qué una situación es de una manera determinada y no de otra.

Desafortunadamente la charlatanería ha influido en el manejo de la diabetes donde no es raro leerse o verse en los periódicos, establecimientos informales o en la calle, ciertos anuncios que aseguran tener la curación para la diabetes.

Se mencionan a continuación algunos mitos frecuentes sobre DM, divididos en 4 apartados (Conocimiento de la Enfermedad, Alimentación, Insulina y la Relación Interpersonal) que son **completamente falsos** pero que las personas se lo creen sin hacer alguna valoración real y afectando su forma de afrontar la enfermedad llevándola a conductas equivocadas a su salud provocando complicaciones irremediables:

1. Mitos sobre el Conocimiento de la Enfermedad

➔ La Diabetes Se Cura

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa controlable pero no curable hasta el día de hoy. Los intentos de curarla por medio de trasplante de páncreas o de células beta solo han permitido obtener resultados exitosos en algunas personas con diabetes seleccionados. Sin embargo aún no se sabe por cuánto tiempo duran los resultados exitosos (Todo en diabetes, s/f).

➔ La Medicina Alternativa Cura La Diabetes

Como se mencionó no tiene cura, sin embargo es controlable si se adopta un estilo sano de vida, con actividad o ejercicio físico, un plan de alimentación diseñado para el control de este padecimiento y los medicamentos necesarios (insulina y/o hipoglucemiantes), llegando así a tener un tratamiento integral lo que puede disminuir significativamente las complicaciones. Así algunas terapias complementarias (el yoga, los masajes corporales, la meditación) tienen un rol positivo en el manejo de la diabetes; pero no son sustitutos del tratamiento convencional. La falsa promesa de la cura milagrosa con medicina alternativa provoca que muchas personas con diabetes abandonen el tratamiento médico, lo que provoca que su padecimiento se agrave. La sábila, el xoconostle y las infusiones aromáticas no curan, aunque muchas plantas tienen efectos directos sobre el nivel de la glucosa en

sangre, no se ha logrado definir con exactitud la dosis adecuada: para muchos funciona un ‘puñito’ de tal o cual hierba para otros ese puñito será excesivo y no ofrecerá algún efecto (Todo en Diabetes, s/f).

➔ La Diabetes Es Contagiosa o Transmisible

Esta enfermedad no es contagiosa como la gripa ya que es un trastorno endócrino causado básicamente por una deficiencia en la cantidad o funcionamiento de insulina producida por las células beta del páncreas. Está probado que existe una predisposición genética, especialmente en diabetes tipo 2; además de ciertos factores de riesgo como la obesidad, un estilo de vida sedentaria, estrés, etc., para desarrollarla. Por lo tanto, cualquier intento de discriminar o evitar el contacto con las personas con diabetes por temor al contagio carece de sustento racional (Diabetes, 2008).

➔ Los Niños Con Diabetes Tipo 1 No Crecen

Los niños que viven con diabetes, toman con responsabilidad el cuidado de su padecimiento, siguen todas las indicaciones médicas y conocen su padecimiento, teniendo un crecimiento normal. En realidad los niños y adolescentes con diabetes pueden alcanzar una estatura adecuada deseable cuando su tratamiento con insulina es adecuado. La insulina es una hormona determinante en el desarrollo y crecimiento de los niños con o sin diabetes, pues además de controlar el metabolismo de los HC, también tiene que ver con la síntesis de proteínas que son los ‘ladrillos’ del cuerpo en la etapa del crecimiento, si un niño o adolescente no cuenta con insulina suficiente, entonces carecerá de ‘ladrillos’ suficientes para que su ‘edificio’ alcance la altura deseada (Salud Hoy.com, s/f).

➔ Un Enojo, Un Susto o Una Impresión Fuerte Puede Provocar Diabetes

Cualquier estresante psicológico y fisiológico, representa un estrés para el organismo. Cuando el ser humano está ante una situación de estrés, es normal que suba el nivel de glucosa sanguínea, aún así no teniendo diabetes. Es así porque la adrenalina (también llamada epinefrina) producida como respuesta normal al estrés asegura que el organismo esté alerta y tenga la energía (glucosa) que le hace relativamente capaz de defenderse frente a un peligro conocido o desconocido.

La adrenalina compite directamente con la insulina; es decir, la adrenalina reduce la actividad de la insulina, que bajo circunstancias normales no estresantes modula o regula los niveles de glucosa sanguínea. Ya que la eficacia de la insulina está temporalmente

reducida por la presencia de hormonas contrarreguladoras (adrenalina, cortisol, hormona de crecimiento), generando que la glucosa sanguínea sube.

Esta reducción de eficacia de la insulina es temporal, breve y en las personas que no tienen diabetes, no significa una descompensación fisiológica. Sin embargo, para las personas que viven con este padecimiento (particularmente tipo 2) y aún no lo saben, esta elevación de la glucemia se incrementa aún más de lo típico. La hiperglucemia o elevación de la glucemia también puede durar más que en la persona sin diabetes, lo que llegará a provocar síntomas de este padecimiento.

Por los síntomas es que algunas veces se descubre la diabetes después de un susto. Es decir, el susto condujo a que los niveles de glucosa sanguínea subieran y debido a los mismos se pudo hacer el diagnóstico. Pero no es el susto en sí lo que provocó la diabetes sino la condición de diabetes tipo 2 no detectada, de intolerancia a la glucosa en ayunas, de intolerancia a la glucosa postprandial o resistencia a la insulina, de la que no se tenía conocimiento antes del susto, llegando a manifestarse claramente debido a los cambios hormonales que conlleva un fuerte susto o enojo (López y Ocampo, 2007 en Robles, 2010).

➤ Las Personas Con Diabetes, Sin Importar Su Edad, No Deben Practicar Deportes o Requieren De Un Riguroso Ejercicio Físico

La buena salud de todo ser humano requiere de la actividad y/o del ejercicio físico. Las personas con DM no constituyen ninguna excepción. Por el contrario, la actividad física ayuda a las personas que viven con este padecimiento a controlar los niveles de glucemia. Cuando la persona que vive con diabetes tiene niveles suficientes de insulina en el cuerpo, la actividad física disminuye la cantidad de glucosa en la sangre por aumentar la captación o utilización de la glucosa por los músculos.

Todas las personas con DM tipo 1 y tipo 2 necesitan hacer una cantidad de ejercicio 3 veces o más cada semana. El automonitoreo de la glucosa sanguínea puede realizarse antes y después de la actividad física; si ésta durara más de una hora o si es muy intensa, el automonitoreo también puede realizarse de 30-45 minutos durante el ejercicio físico. El verificar los niveles de glucemia antes y después del ejercicio y efectuar las respuestas indicada (por ejemplo, el consumo de una o más colaciones) permite evitar episodios de hipoglucemia. Para las personas con diabetes tipo 2 que tienen sobrepeso, el ejercicio es una herramienta excelente para bajar de peso. El ejercicio físico ayuda a evitar y a reducir

el sobrepeso y la obesidad, por ello mejora el control glucémico y disminuye el desarrollo de las complicaciones tardías asociadas con este padecimiento.

Todas las personas (con y sin DM) sacan provecho de un régimen de ejercicio físico, sobre todo si es aeróbico y programado es decir si una persona camina, corre, nada, baila, sube escaleras o hace ejercicios. Lo que define el ejercicio es el movimiento físico. El ejercicio riguroso no es necesario para sacar provecho del movimiento; el ejercicio programado, aeróbico y de duración suficientemente eficaz (30-40 minutos) es útil como parte del automanejo de la diabetes mellitus (Diabetes On Line, s/f; Port u Control, 2008).

➤ Las Mujeres Con Diabetes No Pueden Ni Deben Tener Hijos

La mujer que vive con diabetes puede tener hijos sanos igual que cualquier otra mujer; la manera de tener un embarazo sano y exitoso es prepararse con tiempo (los 3-6 meses previos a la concepción). El cuidado prenatal debe de comenzar antes de que se embarace. Cuando una mujer con diabetes se embaraza, podrá proteger su propia salud y tener un bebe sano al mantener sus niveles de glucosa en sangre en el rango normal (70-100 mg/dl), tanto, antes de la concepción como durante el embarazo (Infogen, s/f).

➤ La Diabetes Mellitus Gestacional Es Igual A La Diabetes Mellitus Tipo 2

No son iguales ya que la diabetes mellitus gestacional suele desaparecer después del parto, mientras que la diabetes mellitus tipo 2 no desaparece una vez que se haya desarrollado. No obstante, las mujeres que tienen diabetes mellitus gestacional corren un mayor riesgo de desarrollar la diabetes mellitus tipo 2 posteriormente (Ministerio de salud, 2008).

➤ La Diabetes Mellitus Se Hereda Por La Línea Materna

Es incorrecto ya que un niño nacido de una madre que tiene DM tipo 1 tiene una probabilidad de 2% de desarrollarla y con el padre tiene una probabilidad de 6% de desarrollarla. La probabilidad de que el niño desarrolle la DM si la madre y/o el padre tienen DM tipo 2 no se sabe con precisión, dependerá del origen étnico, la edad y la ausencia o presencia de sobrepeso u obesidad pero, tiene un riesgo teórico de 33% de desarrollar la diabetes mellitus (Ramón, 2007).

➤ La Diabetes Tipo 2 o De Adultos No Están Grave Como La Diabetes Tipo 1 o Infantil

Cualquiera de los dos tipos puede tener consecuencias severas si no se toman los cuidados necesarios. Las complicaciones de la diabetes limitan la calidad de vida de la persona que la padece, sin importar que tipo sea.

Estudios como el UKPDS (Estudio prospectivo de diabetes del Reino Unido, por sus siglas en ingles) y el DCCT (Estudio de control de diabetes y sus complicaciones, por sus siglas en ingles) demostraron que los pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 que tuvieron un promedio de hemoglobina glucosilada menor a 7% en un periodo de 10 años, disminuyeron complicaciones más de 50% en ojos, 67% en corazón, 60% en riñones y 50% en pie. La gravedad de la condición la determina el autocontrol (García, 2008).

➤ El Consumo Excesivo De Azucars Causa La Diabetes Mellitus

Muchas personas creen que la DM es provocada por la ingesta de dulces y golosinas en abundancia, pero la DM no es un castigo para golosos o amantes del sabor dulce. El consumo desmedido de azúcar incrementa el peso y la obesidad es un factor que predispone a tener diabetes porque el azúcar no proporciona los nutrientes necesarios para la buena función del cuerpo, pero en sí no causa la diabetes mellitus.

Hay personas que han aceptado este mito falso y que no logran comprender cómo pueden tener la diabetes mellitus si nunca comieron dulces, además de que crea el peligro de que la persona piense que solamente tiene que reemplazar el consumo de azúcar por edulcorante artificial no calórico y evitar los postres y golosinas, el trastorno glucémico (DM) se corregirá y no será necesario consultar al médico ni seguir un plan de alimentación adecuado (Dunning, 2008; García, 2008).

➤ La Diabetes Mellitus Es Una Condición Hereditaria

La enfermedad como tal no se hereda; lo que puede heredarse es la predisposición a desarrollarla. La diabetes mellitus sí tiende a presentarse en la misma familia, aunque no necesariamente en la misma generación (Ramón, 2007).

➤ Se Tiene Una Diabetes Ligera, Moderada o Al Margen

Si los niveles de glucosa en sangre no están en el parámetro para diagnosticar diabetes, pero se hallan por encima de los niveles normales (70-100 mg/dl), lo que probablemente sucede es que hay una intolerancia a la glucosa o prediabetes, y no una diabetes 'ligera o moderada'.

A las personas que tienen una intolerancia a la glucosa en ayunas (es decir, niveles de glucosa sanguínea en ayunas entre 100 y 125 mg/dl), casi siempre les dicen que están “al margen” de la diabetes mellitus o que tienen un “poco de azúcar”. Este comentario es porque estos niveles no llegan a cumplir con el diagnóstico de la diabetes mellitus (igual o mayor a 126 mg/dl en ayunas). Estas personas probablemente pueden prevenir el desarrollo de la diabetes mellitus, si cambian sus hábitos de alimentación, ejercicio y si bajan 5-10% de su peso corporal, si presentan sobrepeso. La intolerancia a la glucosa en ayunas tanto como la intolerancia a la glucosa postprandial (término que se refiere a la actividad o al estado físico después de comer), no son entidades clínicas, sino condiciones de riesgo para el desarrollo futuro de la diabetes mellitus y de la enfermedad cardiovascular. Por eso, a veces se les dice pre-diabetes.

Esta condición exige mucha atención y cuidado, ya que de eso depende retrasar o evitar la llegada del padecimiento. Dicha etapa es una última oportunidad para cambiar los hábitos de vida. Muchas personas dejan de lado su control porque a pesar de estar diagnosticadas, no sienten ningún cambio en su cuerpo y creen que tienen diabetes moderada. La diabetes es una enfermedad silenciosa e indolora que no manifiesta ningún daño hasta que tiene complicaciones graves (García, 2008; Scientific Electronic Library Online, s/f).

➤ Una Persona Con Diabetes Puede Comer Cuanto Quiera, Siempre Y Cuando Siga Con Su Tratamiento Farmacológico (Insulina o Hipoglucemiantes) Indicados

Este concepto es equivocado, aunque común. Las pastillas y la insulina son más eficaces cuando no tienen que reducir niveles exageradamente altos de glucosa sanguínea. Al comer lo que quiera, en la cantidad que quiera, la persona con diabetes se expone a elevados niveles de glucosa sanguínea difíciles de controlar. Al combinar los medicamentos hipoglucemiantes y/o la insulina con una dieta saludable, un programa de ejercicio o actividad física y la educación diabetológica, las personas que viven con este padecimiento podrán lograr óptimos resultados tanto en el control de los niveles de glucosa sanguínea como en la prevención de las complicaciones tardías de la condición (Dunning, 2008).

➤ La Diabetes Es La Enfermedad Crónica Más Terrible

Es una condición crónica degenerativa que representa un factor de riesgo para desarrollar complicaciones serias, las cuales a la misma vez, cuando la diabetes está

controlada y tratada correctamente, todos o casi todos esos problemas pueden evitarse. El Dr. Elliot Joslin, uno de los fundadores de los métodos que se utilizan en el tratamiento actual de este padecimiento, comentó que la diabetes es la mejor de las enfermedades crónicas porque es limpia, raras veces desfigura, no es contagiosa, frecuentemente no provoca dolor y generalmente es susceptible al tratamiento (Todo en Diabetes, s/f).

➤ Si No Hay Síntomas, La Glucemia Es Normal

Pensar así es una tendencia natural aunque resulta equivocado y peligroso ligar los sentimientos al nivel de glucosa sanguínea. La diabetes tipo 2 no se puede evaluar ni controlar basado en cómo uno se sienta, sobre todo porque es una condición que en las etapas tempranas no trae dolores ni molestias ni otros síntomas fuertes. Un porcentaje alto de personas con este padecimiento han padecido la condición 6-10 años antes de que se haga el diagnóstico y en esos años no tuvieron síntomas. La presencia crónica de altas concentraciones sanguíneas de glucosa antes y después del diagnóstico, sí causa daño. Las molestias y complicaciones desagradables de la diabetes llegan hasta que el daño sea verdaderamente serio; una gran parte del daño serio es irreversible. Así, la ausencia de síntomas no indica necesariamente un óptimo estado de salud. Es fundamental verificar y controlar los niveles de glucemia continuamente (De Loach, 2006 en Robles, 2010).

➤ Los Productos Naturales Pueden Reemplazar Los Medicamentos En El Tratamiento De La Diabetes

Si una persona con diabetes decide emplear los productos ‘naturales’, es importante siempre hacerlo conjuntamente con el tratamiento prescrito; ya que tales productos no constituyen un reemplazo del tratamiento médico recetado. Se habla de las denominadas terapias y productos naturales contra la diabetes donde se cuentan anécdotas sobre los ‘maravillosos beneficios’ que estos productos le brindan a un conocido o un familiar. Desafortunadamente, no existe evidencia científica comprobable que avale el empleo de estos productos como un recurso terapéutico específico para la diabetes. No se recomienda modificar la dieta que el médico y el nutriólogo han diseñado ni dejar de aplicar el tratamiento farmacológico recetado por el médico (Diabetes On Line, s/f).

➤ La Diabetes No Puede Prevenirse.

De hecho, se puede prevenir hasta el 80% de la diabetes tipo 2 al modificar la dieta, aumentar la actividad física y manejar el entorno vital (Fundación para la Diabetes, 2008).

➤ Los Cambios En El Tipo De Tratamiento Antidiabético Tiene Que Efectuarse Solo Cuando Las Cifras De Hemoglobina Glucosilada Superan El 8%

Cuanto mejor sea el control glucémico menores son los riesgos de desarrollar complicaciones, tanto agudas como crónicas. De este modo se ha establecido como límite aceptable para la hemoglobina los valores de 7% o aún mejor, menor a esto. Es importante recordar que el valor máximo normal es del 6% y que cuanto más se acerque una persona con diabetes a estos valores mejor será su situación tanto presente como futura (Gerontología, 2005).

➤ Las Personas Que Viven Con Diabetes Son Más Propensos A Padecer Resfríos Y Otras Enfermedades Infecciosas.

El solo hecho de tener diabetes no predispone a ninguna enfermedad infecciosa. No obstante, es deseable tomar los mayores recaudos para prevenirlas porque cuando sobreviene acarrear un desequilibrio glucémico, muchas veces importante. Además de que no se les puede mandar cualquier medicamento; es importante que se encuentren en el grupo de personas a las que se recomienda seguir con los esquemas de vacunación antigripal y las restantes estipuladas según la edad del paciente (Gerontología, 2005).

➤ En Ayunas, Un Valor Normal De Glucosa En Sangre Es De 200 mg/dl

Este nivel es más del doble del valor que tendrá una persona sin diabetes ya que los valores normales de la glucosa sanguínea en ayunas se consideran entre 70-100 mg/dl. Un valor de 200 mg/dl o más indica un nivel peligroso de hiperglucemia; valores crónicos de más de 155 mg/dl favorecen el desarrollo de las complicaciones tardías de este padecimiento. (De Loach, 2006 en Robles, 2010).

➤ Niveles Altos De Glucosa Sanguínea Indican Un Caso Severo De Diabetes Mellitus

Altos niveles de glucosa sanguínea pueden ser causados por una enfermedad, un cambio de medicamentos, el ciclo de menstruación, una fuerte alergia, el uso de insulina caducada, el estrés laboral o escolar. La única manera de manejar la glucosa sanguínea es con el uso del glucómetro, éste permite revisar el nivel de azúcar diariamente en repetidas ocasiones. Es útil anotar los resultados, así se pueden relacionar con el horario de la última ingesta de comida, con el contenido de lo que se ingirió y con la cantidad de insulina u otros medicamentos tomados (De Loach, 2006 en Robles, 2010).

2. Mitos sobre Alimentos

➔ Los Productos Dietéticos, Light o Los Etiquetados Para Personas Con Diabetes Controlan El Peso, La Glucosa y Pueden Consumirse Indiscriminadamente

Aunque son productos ligeros, reducidos en grasa o sin azúcar, pueden tener calorías y se deben tomar en cuenta si se van a ingerir diariamente, debido a que algunos de estos productos contienen cafeína que puede afectar el sistema nervioso o diurético que incrementan la eliminación de agua en la orina y con ella se van importantes cantidades de electrolitos como el potasio, además del sodio que contienen (CUI.D.AR, s/f).

➔ Las Personas Con Diabetes Solo Pueden Comer Productos “Dietéticos”, “Light” o Consumir Alimentos Especiales.

Erróneamente, muchas personas con DM creen que solo deben comer los productos que han sido elaborados específicamente para los afectados por la condición (por ejemplo, golosinas sin azúcar, mermeladas sin azúcar, chocolate “diabético” o pan “dietético”). Los comestibles comercializados en versiones especiales para los diabéticos no ofrecen beneficios importantes. Todos los alimentos que contienen HCs (aún en cantidades reducidas) subirán los niveles de glucosa sanguínea, aunque en la actualidad se habla más de “alimentos para diabéticos”. Se debe considerar que la alimentación del diabético debe ser equilibrada (baja en grasas, con amplio surtido de verduras y frutas, con lácteos descremados y controlada en sal). Recurrir a alimentos que llevan el rótulo de “para diabético”, conduce a un gasto superior y a la falsa creencia de que como son para diabéticos pueden ser consumidos sin límites, lo cual no es cierto y hasta puede ser contraproducente.

Existen versiones dietéticas de productos que son bajos en grasa, pero que contienen la misma (o mayor) cantidad de HCs que los productos originales. Por eso, hay que leer cuidadosamente las etiquetas de información nutrimental que acompañan los productos dietéticos. Se tiene que tener en cuenta el tamaño y valor calórico de la porción del producto y la distribución total de componentes (HCs, proteínas, y grasa) recomendada durante el día, la persona que vive con DM puede evaluar la utilidad de estos productos dietéticos en su plan de alimentación. Al reducir el tamaño de la porción acostumbrada o al alterar un poco los ingredientes, la persona puede producir su propia comida “dietética,” y así disfrutar la mayoría, si no todos, de sus platillos favoritos y preferidos. La dieta

saludable recomendada para las personas con DM (con reducidas cantidades de sal, grasas y azúcares simples y con suficientes frutas, verduras, legumbres, proteínas, HCs y fibra) es igual a la recomendada para las personas sin diabetes mellitus (Dunning, 2008; Diabetes, 2008).

➤ Los Tés De Hierbas Controlan La Diabetes

Los tés por si solos no llevan a cabo el control. Incluso su uso podría ser peligros si se desconoce qué tipo de hierba se utiliza y la cantidad que se debe tomar. Beber un te sin saber esto, es como si no se supiera cuantas aspirinas se está tomando para un dolor de cabeza. La dosis de un ‘puñito o pizca’ pueden tener diferentes efectos en cada persona.

Nadie garantiza la cantidad o el tipo de hierba que se toma; las hierbas, al igual que los medicamentos, tienen efectos indeseables y peligrosos; a pesar de que la mayoría de los medicamentos son elaborados con extractos de hierbas, pero tienen un estricto control de calidad y estandarización de sus ingredientes (García, 2008).

➤ El Nopal Cura La Diabetes y Controla La Glucosa Sanguínea

Una taza de nopal cocido contiene 3grs. de fibra, la cual no se absorbe en forma de HC. La fibra del nopal puede tener cierto efecto en no subir la glucosa, pero este efecto no es el mismo que bajar la glucosa sanguínea. El efecto del nopal no es suficiente para un óptimo control de la glucemia. El nopal no cura la diabetes y existen personas que cambian de pronto su alimentación por una dieta elevada en fibra y baja en HC y grasa. Así, sus niveles de glucosa descienden hasta lo que denominan normal y entonces creen que se han curado. Pero no es así, lo que ocurre es que tienen sus niveles bajo control (Carballo, González y Hughes, 2008 en Robles, 2010).

➤ La Miel De Abeja, Por Tratarse De Un Producto Natural, Puede Ser Consumida Por Personas Con Diabetes.

A pesar de ser natural, la miel de abeja contiene una cantidad de HC (en forma de dos azúcares simples: la glucosa y la fructosa). Cada cucharada tiene aproximadamente 36-48 calorías, con 9-12 gramos de HC. Como cualquier alimento que contiene HC, la miel de abeja subirá los niveles de glucosa sanguínea. Una desventaja de la miel de abeja, desde el punto de vista de la nutrición, es que no contiene tantas vitaminas y minerales ni tantas fibras como los contenidos en otras formas de HC (el pan integral, por ejemplo). Así, no

conviene excluir de la dieta esos minerales, vitaminas y fibra soluble por incorporar el uso excesivo de la miel de abeja (García, 2008).

➤ Los Edulcorantes o Endulzantes Artificiales Son Tóxicos

No son tóxicos porque las moléculas que los conforman no se acumulan en el organismo y son iguales a las proteínas de alto valor biológico que poseen la leche, el huevo, la carne, el pescado y algunas frutas. Además, el poder de dulzor de estos edulcorantes es 600 veces mayor que el azúcar de mesa, por lo que se consumen en dosis muy pequeñas. Los organismos encargados del control de alimentos y medicamentos en Europa, Estados Unidos y México aprueban y avalan su seguridad. En Estados Unidos la gran mayoría de jarabes para los niños no están endulzados con azúcar, están endulzados con edulcorantes. Por esto, su ingesta es segura para niños, adultos y mujeres embarazadas. Lo ideal es consumir alimentos naturales y acostumbrarnos desde pequeños a sabores menos dulces, pero se puede utilizar edulcorantes para endulzar y que no eleven la glucosa en sangre como el aspartame, la sacarina, la sucralosa o el acelsufame k.

Algunos otros, como la fructosa (azúcar de la fruta), el manitol y el sorbitol (derivados del alcohol), que se hallan en varios dulces, si tiene calorías que se debe tener en cuenta y considerar en el plan de alimentación para no exceder la cantidad diaria recomendada (García, 2008).

➤ Las Personas Con Diabetes Tienen Prohibida Las 3P (Pan, Pastas Y Postres)

Las 3P's se caracterizan por la presencia de proporciones elevadas de HC, que suben la glucemia; tienen un elevado valor calórico y un bajo aporte de fibra alimentaria. No constituyen el alimento ideal, pero en cantidades equilibradas con el resto de los alimentos que integran los grupos básicos, la persona con diabetes puede consumir las supuestamente 'prohibidas 3P's', según el contenido calórico de su plan de alimentación y según el grado de control glucémico existente y deseado (Diabetes On Line, s/f).

➤ Solo El Pan, La Tortilla, El Arroz, La Pasta Y Los Cereales Elevan La Glucosa

Estos alimentos contienen HC y suben el nivel de glucosa sanguínea pero muchos otros alimentos también contienen como la leche, frutas, verdura, legumbres, pan, dulce, frijoles, guisados, galletas, golosinas, etc. Debido a su contenido de HC, todos estos alimentos aumentarán el nivel de glucosa en la sangre por eso es importante saber cuáles alimentos contiene HC, la cantidad que contiene cada porción de esos alimentos y saber cuántas

porciones de HC están indicadas en el plan de alimentación para el desayuno, la comida, la cena y colaciones (Diabetes On Line, s/f).

➔ Ninguna Verdura Sube El Azúcar

No es así, porque hay diferentes clases de verduras. Algunas verduras crudas son libres como la lechuga, el pepino, el rábano, la espinaca, el nopal cocido, el chile largo, la flor de calabaza, la coliflor, la calabacita, mientras otras tienen un mayor contenido de HC y por lo tanto no son totalmente libres. Este grupo lo forman las zanahorias cocidas, chícharos, huazontle, jícama, betabel entre otras (De Loach, 2006 en Robles, 2010).

➔ Las Frutas Son Alimentos Saludables, Por Lo Tanto Se Pueden Consumir Librementemente Excepto El Plátano

En este tipo de afirmación se encierran en realidad dos mitos: la posibilidad del consumo indiscriminado de frutas y el impedimento de consumir plátano. Es cierto que las frutas son alimentos saludables por su contenido de vitaminas, minerales y fibra, pero también contiene HC y no están exentas de calorías. Por lo tanto, pueden consumirse en todas sus variedades, pero siempre en cantidades controladas, acordadas por su nutricionista. Con respecto al plátano, no debe ser satanizado, ya que puede consumirse pero igual que las demás frutas con moderación (Alberro, 2008 en Robles, 2010).

➔ Consumir Muchos Alimentos Bajos En Hidratos De Carbono Previene La Aparición De Diabetes

Con la falsa creencia de que al comer pocos HC se previene la aparición de diabetes, muchas personas ingieren productos alimenticios bajos en HC. En realidad, muchos productos que proclaman estas cualidades poseen un alto contenido calórico o se trata de snacks o colaciones de bajo nivel nutritivo, que no colaboran en la creación de hábitos alimentarios saludables (El consejo Europeo de información sobre la alimentación [EUFIC], s/f).

➔ Consumir Librementemente Alimentos o Bebidas Con Edulcorantes Artificiales

Si bien no agregan calorías extra, el consumo indiscriminado de alimentos edulcorados puede provocar apetito por consumir cosas dulces. En otros casos, depende del tipo de edulcorante utilizado se puede producir meteorismo, hinchazón del vientre o inflamación del intestino (El consejo Europeo de información sobre la alimentación [EUFIC], s/f).

➤ Mantener La Dieta En El Hogar, Pero Prescindir De Ella Cuando Se ‘Sale De Paseo’

La idea de que ‘si como bien en mi casa, fuera de ella puedo liberar mi alimentación’ no es una forma correcta de construir y mantener nuevos hábitos saludables. Por lo contrario, proseguir con la idea de una alimentación saludable en restaurantes, reuniones de amigos, sesiones de trabajo, etc., no solo fortalece los hábitos y logra los resultados deseados sino que además puede servir de ejemplo para quienes los rodean, que muchas veces también suelen verse intimidados de mostrar que ellos también necesitan comer más saludable (El consejo Europeo de información sobre la alimentación [EUFIC], s/f).

➤ Eliminar Las Grasas

Si bien un elemento fundamental para reducir el aporte de calorías es descender la cantidad de grasa consumida, eliminarla al punto de evitar un aderezo ligero en las ensaladas, por ejemplo, no es una medida eficaz. Además de ser una medida difícil de mantener, es importante recordar que existen grasas que son necesarias para el organismo y que su aporte no debe ser dejado de lado. La solución más equilibrada es eliminar frituras, cremas, manteca y quesos duros, cuyo contenido de grasas es muy elevado y que pueden ser fácilmente sustituidos por recursos menos calóricos (Diabetes On Line, s/f).

➤ Eliminar Todas Las Frutas

Con la creencia de que las frutas tienen sabor dulce y azúcares naturales, muchas personas las dejan de lado en un intento de reducir todo lo que sea aporte de glúcidos. Se debe tener en cuenta que al suprimir las frutas no se evita la avidez por lo dulce, reduce el aporte de vitaminas y disminuye el aporte de fibra (Diabetes On Line, s/f).

➤ Comer Muy Pocas Cantidades o Hacerlo De Manera Esporádica (1 o 2 Veces Al Día)

Esta conducta, además de ser difícil de sostener en el largo plazo, es realmente desaconsejada. Este tipo de alternativa provoca cambios negativos en el estado anímico, bajas energías, sensación de hambre que aparece en los momentos más inadecuados y efectos desfavorables sobre el metabolismo en general (Diabetes On Line, s/f).

➤ El Aceite Vegetal Engorda Menos Que La Grasa Animal

Todas las grasas y los aceites aportan la misma cantidad de calorías; cada gramo de grasa o aceite, sea animal o vegetal, aporta 9 calorías. El aceite vegetal no aporta colesterol

a la dieta, la grasa animal, sí. La diferencia entre un aceite y una grasa es que el aceite no se convierte en sólido en temperaturas bajas mientras que la grasa sí (Alberro, 2008 en Robles, 2010).

➤ Las Dietas A Base De Jugos De Toronja, Limón y Piña Queman Grasa y Curan La Diabetes

Cuando una persona que come en exceso decide hacer una de estas dietas con base en jugos, disminuye de golpe su consumo de alimentos. Obviamente la glucosa en su sangre también terminará por disminuir y empezará a quemar grasa de su cuerpo. Pero, no se debe a que las frutas en sí mismas quemen grasa y curen la diabetes, sino al hecho de reducir el consumo calórico y tener el cuerpo casi en condiciones de ayuno, por lo que tiene que empezar a usar sus reservas de energía (la grasa). Los riesgos de este tipo de dietas son varios: la glucosa puede bajar en exceso y provocar una hipoglucemia, que de no atenderse a tiempo y de manera adecuada puede ocasionar serias complicaciones hasta la muerte, la alimentación con base en estos jugos privan al organismo de nutrientes indispensables para su buen funcionamiento. Finalmente cuando se reinicie la alimentación habitual, el peso volverá a subir al igual que los niveles de glucosa (De Loach, 2006; en Robles, 2010).

➤ Seguir Una Dieta Alta En Proteínas Y Eliminar Los Hidratos De Carbono

Muchas personas encuentran en este recurso de la dieta un arma muy útil para perder rápidamente unos cuantos kilos de peso. Sin embargo, no se trata de un hábito de alimentación saludable. Sucede que la sobrecarga de proteínas (más allá de los requerimientos diarios necesarios para una determinada persona) pueden acompañarse de riesgos para la salud, además del hecho de que muy pocas personas puedan sostener una ingesta muy alta de proteínas y muy baja de hidratos de carbono (elementos que ancestralmente han formado la base de la alimentación de los seres humanos en diversas culturas de todo el mundo). La idea es una dieta equilibrada en proteínas y con hidratos de carbono de lenta absorción (almidones, fibra) que provocan menores picos sanguíneos de glucosa luego de su ingesta (Diabetes On Line, 2008).

3. Mitos sobre la Insulina

➤ La Insulina Provoca Ceguera, Amputaciones, Daños a Los Riñones y Diversas Complicaciones

Este mito tendría su origen cuando se iniciaba la utilización de esta, desafortunadamente era como elección de último recurso el tratamiento insulínico en las personas que presentan retinopatía irreversible y progresiva en los ojos, la insulina no detendrá el desarrollo ya iniciado de la ceguera ni de las otras complicaciones. El uso diario de la insulina permite que la persona que vive con diabetes evite los daños serios (causados por la hiperglucemia crónica) a los pequeños vasos sanguíneos de todo el cuerpo (Lilly, 2008).

➤ La Insulina No Mejorará Mi Vida o Mi Salud

El método más rápido y efectivo de reducir niveles de glucosa (azúcar) en sangre es la insulina, por lo tanto el tratamiento a base de insulina mejora el estado de salud de una persona que vive con DM (Lilly, 2008).

➤ La Insulina Es Extraída De Los Cadáveres o Es Elaborado En El Páncreas Humano

Actualmente la insulina que prescriben los médicos es casi idéntica a la que produce el ser humano, solo que es fabricada en un laboratorio por medio de ingeniería genética. En este proceso, el gen de la insulina es aislado y se coloca en células de una bacteria llamada escherichia coli o en el hongo saccharomyces cerevisiae para que se produzca insulina basada en el código humano. Dicho proceso lleva como nombre ADN recombinante y se elabora bajo estrictas medidas de seguridad e higiene. Por otra parte, es imposible sacar insulina útil de los cadáveres ya que como la insulina es como un collar de perlas que, al sustraerlo de un cuerpo sin vida, pierde sus propiedades. En el pasado se extraía del páncreas de cerdos y de vacas pero eso ya no ocurre (F.M.D, s/f).

➤ La Insulina Causa Adicción

La insulina no es un narcótico y no es adictiva. El mito de la adicción tal vez se explica por el hecho de que actualmente no hay cura para la diabetes; como consecuencia, las personas con diabetes tipo 1 y muchas con diabetes tipo 2 no pueden dejar de utilizar el más natural y seguro tratamiento para este padecimiento, que es la insulina. No poder dejar de utilizar la insulina no es por adicción, sino por el rol esencial de la insulina en la salud y la continuación de la vida; sin esta, el cuerpo humano simplemente no puede funcionar correctamente (Lilly, 2008).

➤ La Diabetes Es Una Condición Sería Solo Si Requiere Insulina

Este mito es peligroso porque puede permitir que una persona con diabetes que no utiliza la insulina piense que su condición no es seria. En realidad, las complicaciones tardías y serias de la diabetes pueden presentarse si una persona con diabetes utiliza o no la insulina (Dunning, 2008).

➤ La Insulina Solo Se Aplica De Manera Intravenosa.

Hasta el momento, la insulina se aplica mediante jeringas que marcan claramente las dosis a suministrar y que poseen agujas muy pequeñas, las cuales penetran solo debajo de la piel (subcutáneas) y nunca tocan las venas localizadas en planos más profundos del cuerpo. Inyectar la insulina vía subcutánea garantiza sus tiempos de acción, seguridad y efectividad. Para su aplicación, encontrará desde las ya tradicionales jeringas de insulina, hasta dispositivos especiales denominados por algunos como ‘plumas de insulina’ que permiten llevarla en la comodidad de la bolsa. También existen las microinfusoras que continuamente suministran de manera subcutánea a través de un catéter que se coloca generalmente, en el abdomen (Lilly, 2008).

➤ La Insulina Cura La Diabetes

Actualmente no hay cura para la diabetes, por lo que la insulina por sí sola no cura este padecimiento. La insulina facilita mantener los niveles de glucosa en la sangre en los rangos óptimos (cerca de 70-100 mg/dl) (Lilly, 2008).

➤ Los Hipoglucemiantes Orales Para La Diabetes Son Insulina Oral

Las pastillas para la diabetes no son insulina oral sino que tienen efectos sobre la habilidad del organismo para hacer mejor uso de la insulina ya producida en el páncreas o para estimular mayor producción pancreática de la insulina (Lilly, 2008).

➤ La Necesidad De Utilizar La Insulina Para Controlar La Diabetes Tipo 2 Es Indicación De Tener Caso Severo o Se Está En La Fase Final De La Enfermedad

Las personas con diabetes también tienen la opción de hacer lo indicado para controlar los niveles de glucosa sanguínea y así prevenir las complicaciones tardías de la condición. En la diabetes tipo 2, a veces el óptimo control requiere de la insulina, a veces de los hipoglucemiantes y a veces de la combinación de estas. (Lilly, 2008).

➤ Un Aumento En La Dosis De Insulina Recetado Por El Médico Indica Que La Diabetes Ha Empeorado

Asociar los aumentos de la dosis de insulina con la gravedad de la enfermedad es un mito sin base lógica. A lo largo de la vida, las necesidades metabólicas de un individuo cambian y los requerimientos de insulina también se modifican. El objetivo central del tratamiento de la diabetes es mantener un óptimo control glucémico. Para lograr ese objetivo, el médico modificará las dosis o el tipo de insulina o insulinas, en función de los requerimientos transitorios o definitivos que puede tener cada individuo. Negarse a aceptar incrementos o decrementos de dosis puede resultar negligente y peligroso (Dunning, 2008).

➤ La Insulina Puede Provocar Hipertensión Arterial Y Aterosclerosis

Este mito surge del hecho de que muchas personas con diabetes tipo 2, a poco de comenzar con el empleo de insulinoterapia, pueden experimentar afecciones o manifestaciones de enfermedades cardiovasculares. En realidad se trata de pacientes con diabetes en los cuales el páncreas ha dejado de ser eficiente en la secreción de insulina. En estos casos, los padecimientos cardiovasculares son expresiones de una complicación crónica de diabetes y no el efecto en sí de la utilización de insulina (Gerontología, 2005).

4. Mitos sobre las Relaciones Interpersonales

➤ Al Decir Que Tengo Diabetes Me Aislará De Mis Amigos Y Familiares

Nunca es fácil aceptar que hay algo mal con nosotros. Se debe hablar con los familiares y amigos respecto al padecimiento que se presenta en el organismo y comunicarles los mitos y verdades acerca de la diabetes; eso fortalecerá los vínculos y hará más fácil el nuevo estilo de vida (Sanofi Aventis, s/f).

➤ Las Personas Con Diabetes Mellitus (Niños, Adolescentes Y Adultos) Deben Evitar Las Fiestas

Todo el mundo tiene el derecho y la necesidad de descansar y tener actividades sociales. Las fiestas disminuyen el estrés y la tensión de la vida cotidiana. Una reducción en los niveles de estrés puede afectar positivamente los niveles de glucosa en sangre. Cuando participan en las fiestas, las personas con DM pueden limitar la cantidad de los alimentos y del alcohol que ingieran, para poder mantener óptimos niveles de glucosa sanguínea. Es importante entender cómo la ingestión del alcohol afecta los niveles de glucosa sanguínea (Salud Hoy.com, s/f).

➤ Hay Muchos Trabajos Que La Persona Con DM No Es Capaz De Realizar

Todas las personas con diabetes mellitus pueden realizar casi todos los trabajos y emplearse en todas las carreras. En el pasado, algunos puestos en la milicia o un empleo como piloto de avión o conductor interestatal de camiones no se consideraban aptos para una persona con diabetes mellitus. Hoy día esta situación cambió, porque ya existen muchas maneras más eficaces de controlar la glucemia, por lo tanto las limitaciones laborales se eliminaron. Todas las actividades que encara el ser humano llevan riesgos implícitos. Las situaciones laborales que pueden exponer a una persona con DM a daños a su salud o bienestar físico, dependerán de la edad, de la situación biológica por la que atraviesa la persona, del tipo de diabetes mellitus que padece, del grado de descompensación metabólica existente y de la presencia de complicaciones inmediatas y tardías.

Algunos empleos peligrosos (ser minero, por ejemplo) son desaconsejados para todas las personas con diabetes mellitus; otros (trabajar con sustancias biotóxicas, por ejemplo) son desaconsejados para cualquier persona, con o sin la diabetes mellitus (Diabetes On Line, 2008).

➤ La Persona Con Diabetes Mellitus No Debe Conducir Coche, Barco, Avión, Helicóptero y/o Bicicleta

Existen estudios que demuestran que la persona con diabetes mellitus no tiene mayores riesgos en la carretera que los de la persona que no padece la diabetes mellitus. Sin embargo, la presencia de un episodio de hipoglucemia, sí aumenta el riesgo de accidente y de inseguridad física, tanto la de quien conduce como la de los que se encuentran a su alrededor. Por eso, existen variaciones entre los diferentes países en cuanto al permiso que le dan al chofer con diabetes mellitus. Se utiliza su capacidad de automanejo y el automonitoreo de los niveles de glucosa sanguínea, la persona que viven con DM tiene la obligación de evitar episodios de hipoglucemia mientras que realiza estas actividades, ya que puede representar un aumento importante en el riesgo de conducir cualquier vehículo (Diabetes On Line, 2008).

Hay también otras creencias que no son completamente erróneas pero tampoco hay confirmación afirmativa de estas donde la mayor parte están fuera de contexto tomando así solo lo conveniente generando más dudas respecto a la DM, algunas de estas son:

- La Obesidad ‘Causa’ La Diabetes Mellitus Tipo 2

Esta creencia tal vez existe porque muchas personas con DM tipo 2 muestran sobrepeso u obesidad cuando reciben el diagnóstico de la diabetes. El sobrepeso contribuye a la resistencia a la insulina donde esta está fuertemente relacionada con la diabetes mellitus tipo 2. La obesidad no causa la DM tipo 2 directamente, pero sí contribuye a la resistencia a la insulina y así indirectamente la gran posibilidad a desarrollar este padecimiento (Lahsen y Liberman, 2003).

- Si La Persona Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Baja De Peso, Se Cura De Esta Enfermedad.

Normalmente una reducción de peso permite un control más fácil de la DM tipo 2. La mejora del control lograda se debe a una reducción consecuente de la resistencia a la insulina. Es probable que los cambios en la dieta y el ejercicio físico permitan la reducción de peso, lo cual también contribuirá a la mejora del control del padecimiento. Hasta la fecha no es curable, aún con una reducción de peso corporal (Lahsen y Liberman, 2003).

- La Persona Que Tiene Diabetes Mellitus No Puede Comer Los Hidratos De Carbono.

Igual una persona con y sin diabetes mellitus, requiere de una dieta balanceada y sana. Es necesario tener los conocimientos del tratamiento médico recetado, del nivel de actividad física, del estilo de vida y de los gustos y las preferencias alimentarias y culturales de la persona con diabetes mellitus, podrá diseñar un plan idóneo de alimentación. El plan de alimentación incluirá alimentos que son HCs, proteínas, grasas y fibra (El consejo Europeo de información sobre la alimentación [EUFIC], 2008).

- Las Personas Con Diabetes Mellitus No Deben Consumir Alcohol

El alcohol no está prohibido para las personas que viven con diabetes mellitus. Solo se recomienda un consumo medido (una bebida al día para la mujer con DM y dos bebidas al día para el hombre con DM). El alcohol aporta 7 calorías por gramo. El alcohol no se convierte en HC; más bien el cuerpo convierte el alcohol en grasa. Una persona con este padecimiento siempre debe acompañar las bebidas alcohólicas con los alimentos (HCs y proteína), porque el alcohol sin alimentos fácilmente puede provocar hipoglucemia (Salud, Medicina y Doctores, 2009).

- La Diabetes Mellitus Causa La Amputación De Los Pies

La finalidad del cuidado del pie en la diabetes mellitus es prevenir los daños, las lesiones y las úlceras en los pies, porque aquéllos pueden conllevar la posibilidad de la amputación. La diabetes mellitus no controlada es responsable de casi 50% de todas las amputaciones de pie o de pierna (se excluyen las amputaciones traumáticas como, por ejemplo, las que resultan de los accidentes automovilísticos). La causa directa de estas amputaciones es la gangrena, que es resultado (a largo plazo) de los resultados de la hiperglucemia crónica (De Loach, 2006; en Robles, 2010).

- Con Solo Ejercicio Y Alimentación Se Controla La Glucosa

Las personas recién diagnosticadas con diabetes tipo 2 pueden controlar sus niveles de glucosa en sangre mediante un plan alimentario y uno de ejercicio. El organismo hace lo posible por compensar la disminución en la producción de insulina, por lo que al principio esta falla no es evidente. En el caso de la diabetes mellitus se requieren antidiabéticos orales o insulina, además de ejercicio y una alimentación adecuada (Por tu control, 2008).

En general, en el caso de la diabetes mellitus, existen una gran cantidad de mitos e información incompleta o equivocada y un gran desconocimiento veraz en la población. Estas creencias mencionados anteriormente y las que se encuentran en cualquier población sobre este padecimiento representa un peligro para la salud porque podría ser motivo de descuidos y excesos que empeoran, a corto y largo plazo, la condición de las personas que viven con este padecimiento. Por lo que es necesario una asesoría oportuna y conocimiento confiable sobre la condición; requiriendo de información que tenga fundamento científico comprobado (Pérez, 1987).

La única manera de evitar estos abusos o ideas erróneas es reconociendo el impacto que estas creencias y mitos tienen sobre la salud y recuperar estos aspectos vivenciales dentro de los eventos educativos y los programas de adherencia al tratamiento. Además de entender y comprender que la mayoría de las creencias pasan de boca en boca, generación tras generación, continuando arraigadas entre la gente impidiendo, muchas veces, el control adecuado de la diabetes.

La adaptación a la enfermedad crónica dependerá, además, de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones

negativas y positivas, las enfermedades crónicas o agudas asociadas a la diabetes, los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos, entre otros. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes lograr tener un bienestar en su salud a pesar de las adversidades.

MÉTODO

Pregunta de Investigación:

¿Las creencias pueden ser indicadores que intervienen sobre la adherencia terapéutica en diabetes?

Objetivo General:

Analizar en la literatura de las unidades documentales de la Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], la situación de la adherencia terapéutica en diabetes.

Objetivos Particulares:

- 1.- Identificar factores positivos y negativos frente a la Adherencia Terapéutica.
- 2.- Identificar creencias de salud-enfermedad relacionadas en la Adherencia Terapéutica en diabetes.
- 3.- Describir si la cultura es un factor básico o predisponente para la Adherencia Terapéutica en diabetes.
- 4.- Analizar si las creencias de salud-enfermedad son un indicador de adaptación al tratamiento de la diabetes.
- 5.- Identificar qué enfoques, esquemas, intervenciones, modelos y/o programas se han implementado para investigar e incentivar la adherencia al tratamiento en personas que viven con diabetes.
- 6.- Identificar, mediante el análisis de contenido, si existe una relación causal entre las creencias de salud-enfermedad y la adherencia terapéutica.

Categorías

De acuerdo con los fundamentos expuestos en el marco teórico, las categorías se organizaron en dos grupos: las que están adscritas en la Adherencia Terapéutica sobre factores positivos-negativos y los enfoques, esquemas, intervenciones, modelos y/o programas relacionados a esta; la segunda son las destinadas sobre cultura y creencias relacionadas con la enfermedad crónica de diabetes.

- 1.- Tema vinculada a la Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica resalta una complejidad y multiplicidad de factores que determinan esta conducta, ya que la consecución de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que la persona requiere no sólo saber qué hacer, sino cómo, cuándo y por qué hacerlo, no es simplemente un asunto voluntario sino que requiere una actuación eficaz conjunta, un control ambiental y beneficios contingentes al desempeño. Así la conducta de cumplir el tratamiento está mediada por los conocimientos y creencias que la persona tenga de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o adaptarse a una nueva condición. Dentro de este rubro se ubicaran tres categorías:

- Factores personales asociados positivamente a la Adherencia Terapéutica.
- Factores personales asociados como obstáculos para la Adherencia Terapéutica.
- Enfoques, Esquemas, Intervenciones, Modelos y/o Programas sobre la Adherencia Terapéutica.

2.- Tema vinculada a la Cultura y Creencias

Se refiere al modelo ideológico de una sociedad, la cual está formada por individuos que actúan colectivamente dentro de una cultura donde cada uno debe cumplir y realizar ciertas actividades que le son transmitidos de generaciones anteriores por medio del lenguaje, ideas, creencias, costumbres, tabúes, códigos, instrumentos, técnicas, valores, entre otras, para adaptarse al medio. Así la cultura es todo aquello aprendido a través de una vida en sociedad.

Las creencias son elementos inherentes a toda cultura, sociedad y presentes en la vida del ser humano. Implican siempre la interiorización de valores, nociones e imágenes sobre la naturaleza de algo. Cuando la persona, el grupo o la colectividad creen, significa que estas nociones han sido interiorizadas donde estas pueden realizar sin llevar a cabo un examen racional de si es verdadero o falso.

Dentro de este rubro se ubicaran cuatro categorías:

- Cultura
- Creencias
- Tipo de Creencias (Naturales-Materiales, Religiosas, Seculares, Sobrenaturales, Morales)
- Función de las Creencias (Cognitivo, Moral, Emocional y Grupal)

Definición de las Categorías

1. Factores personales asociados positivamente a la Adherencia Terapéutica

Intervención de elementos que la persona ve como coadyuvantes, para realizar de manera óptima su tratamiento (Flores, 2008).

2. Factores personales asociados como obstáculos para la Adherencia Terapéutica

Intervención de elementos que la persona ve como impedimentos, para poder realizar de manera óptima su tratamiento (Flores, 2008).

3. Enfoques, Esquemas, Intervenciones, Modelos y/o Programas sobre la Adherencia Terapéutica

Es el abordaje teórico, metodológico e investigativo que se ha utilizado para el estudio del tema, refiriéndose a un sistema completo de pensamiento sobre un campo de investigación que incluyen suposiciones, leyes y métodos enunciados de forma explícita para poder darle una solución u opción a la situación de la adherencia terapéutica (Marks, et al., 2008).

4. Cultura

La cultura es todo aquello aprendido a través de una vida en sociedad, abarca desde la manera de comportarse hasta la manera de ser; debe ser pensada como la representación de las creencias, normas, hábitos y estilos de vida que rigen en la sociedad, donde parece jugar un papel esencial sobre la influencia en los juicios del individuo sobre su vida. (D'Anello, 2006).

5. Creencias

Las creencias son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa. Es una idea, de la que la persona está convencida, independientemente de que sea cierta o no, la persona la interpreta como correcta porque es parte de su herencia cultural (Álvarez, 2002; Pepitone, 1990)

6. Tipo de Creencias

Pepitone (1990) hace una clasificación provisional de las creencias que son de importancia central en la conducta social humana, basada tanto en la observación común como en la intuición; una clasificación que puede ser elaborada y corregida al irse acumulando el conocimiento. Las principales creencias son:

- Creencias Naturales-Materiales

Aquello que existe en el mundo material o aquello que puede ser definido como material en algún nivel de análisis. Esta categoría incluye creencias científicas, creencias sobre la historia de la sociedad, las creencias políticas y económicas. Por ejemplo, cuando uno oye acerca de lo que hace que “suba” y “baje” la bolsa de valores.

- Creencias Religiosas

Abarca objetos y lugares sagrados, eventos sobrenaturales como la resurrección, la reencarnación; además de una variedad de dioses, ángeles, santos, el espíritu y otros poderes y/o entidades anímicos. Las creencias religiosas existen dentro de organizaciones más o menos estructuradas siendo que en la mayoría de las religiones, las creencias versan sobre deidades o un solo Dios, la obediencia a leyes divinas, entre otras; que son más o menos el controlador de eventos naturales y de la vida en la tierra, así como sobre del destino del mundo. En reciprocidad, los creyentes, pueden directamente o a través de intervenciones espirituales controlar, hasta cierto grado, los eventos de sus vidas y su destino a través del rezo, sacrificios y respeto a los tabúes y requisitos morales. Por lo tanto, las creencias religiosas se relacionan con las creencias de control sobre eventos que suceden en la vida y en el destino, además de que están relacionadas con el orden moral.

Pepitone (1990) se hace una pregunta psicológica sobre las creencias religiosas ya que se basan en seres intangibles fuera del campo material donde han sido tan ampliamente difundidos y resistentes a la extinción. Su interés se resume en “¿cómo pueden las personas seguir creyendo, cuando aquello en lo que creen no puede ser percibido ni demostrado empíricamente? Su conclusión psicológica a nivel intuitivo es que uno puede creer sin tener pruebas empíricas; es más, uno puede seguir creyendo cuando hay evidencias opuestas a la creencia. Ciertamente, el poder creer y por lo tanto poder actuar sobre la base de lo que se presume es verdadero, es una facultad humana básica” (pg. 65).

- Creencias Seculares-Sobrenaturales de Destino

Se le ha considerado como un poder impersonal que parte de un sistema cósmico por lo cual, se le asocia a movimientos astronómicos. En muchas culturas se espera de forma normativa que algunos hechos de la vida sean determinados por el destino; por ejemplo, cuándo y cómo se va a morir la persona, con quién se va a casar, si va a tener hijos, etc. El destino es el que se encargará del control de lo que suceda y no la persona que va a ser afectada por el resultado (Pepitone, 1990, pg. 66).

- Creencias Seculares-Sobrenaturales de Brujería

Se refiere a poderes sobrenaturales que son practicados por personas reales extraordinarios a través de trances, maldiciones, conjuros y otras formas de ‘magia negra’, con el objeto de hacer daño a otro o de dañar su propiedad. Hay que notar que las creencias en el mal de ojo y en el poder para dañar con una mirada, es semejante a la brujería, dado que es un poder sobrenatural manejado por otros humanos, en especial aquellos que se encuentran en una posición envidiable (Pepitone, 1990, pg. 67).

- Creencias Seculares-Sobrenaturales de Suerte

Se refiere a la existencia de un poder externo que actúa de manera misteriosa y no predecible, diferente de motivación individual y de las habilidades personales e independientes a la casualidad, que interviene en las consecuencias positivas o negativas de un acontecimiento determinado. Aunque dichos poderes son misteriosos, el creer en ellos da cierto grado de control, dado que entonces la fortuna y la falta de ella parecen tener un objetivo y no se está completamente al azar (Pepitone, 1990, pg. 67,68).

- Creencias Seculares-Sobrenaturales de Casualidad

La creencia de que los eventos de la vida están determinados por la casualidad significa que no hay una relación causal entre ellos y conductas previas o el carácter de la persona que está siendo afectada por ellos; dichos eventos le pudieron haber sucedido a cualquiera que se encuentre en las mismas circunstancias y no son controlables (Pepitone, 1990, pg. 68).

- Creencias Seculares-Sobrenaturales de Psicológico

Se refiere a procesos mentales de la persona que intervienen en determinados resultados, es decir, ‘el poder’ que el hombre en realidad posee en mayor o en menor grado para controlar ciertos eventos. En muchas ocasiones se puede observar que el control que la

gente cree que tiene, o bien, el ‘control percibido’ no concuerdan con el ‘control real’. En pocas palabras, cuando se mide en comparación con un estándar más objetivo, la creencia en el control personal puede ser “ilusoria” (Pepitone, 1990, pg. 68, 69).

- Creencias Morales

Están relacionados con la justicia, la cual no es un concepto unitario, ya que pueden incluirse en esta creencia estados como el sufrimiento, la equidad social, la justa distribución de recursos, lo cual en un contexto religioso y ético filosófico refiere a la justicia como el mejoramiento de la vida de los pobres y el orden moral en el cual los buenos son premiados y los malos castigados (Pepitone, 1990, pg. 69).

7. Funciones Psicológicas de las Creencias

Pepitone (1990) también hace una clasificación de las creencias según sus funciones.

- Función Emocional

Sirven directamente para manejar emociones tanto positivas como negativas.

- Función de Creencias Cognitiva

Conforman estructuras cognoscitivas, las cuales proporcionan sentimientos de control sobre la vida.

- Función de Creencias Moral

Son un regulador en la distribución de la responsabilidad moral entre la persona entre la persona y el grupo.

- Función de Creencias de Grupo

Sirven para unificar al grupo al darles a las personas una identidad en común.

8. No clasificable

Se refiere a los elementos que no pueden ser clasificados en alguna de las categorías expuestas.

Definición del Universo

Se utilizan las bases de datos de las facultades de la UNAM donde se imparte la carrera de Psicología: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza [FESZ], Facultad de Estudios

Superiores Iztacala [FESI] y Facultad de Psicología [Fac. Psic.]; utilizando la revisión literaria de tesis, tesina y reporte de Servicio Social comprendiendo el periodo del 2006 al 2010 para explicar qué se ha investigado en relación al tema específico de estudio.

Elección de Documento

Al realizar la búsqueda bibliográfica se utiliza la herramienta de palabras clave manejando los conceptos de Adherencia Terapéutica, Enfermedades Crónicas Degenerativas, Diabetes y Creencias en Salud-Enfermedad; recuperando así 43 unidades documentales de los archivos de la UNAM (ver Anexo 2).

Tipo de Investigación

De acuerdo a los propósitos de esta investigación, esta será de tipo documental y explicativa, utilizando el estado del arte y el análisis de contenido.

El primero es un recorrido de carácter bibliográfico con los fines de contar con un acervo teórico y metodológico organizando de manera que se puedan determinar, las contantes, inconsistencias, las tendencias y los posibles núcleos problemáticos de interés - tanto científico como social- con la posibilidad de visualizar con sentido prospectivo los nuevos campos de investigación (Silvina, s/f), y el segundo ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso de la comunicación humana (Porta & Silva, 2003).

Instrumentos

Para el desarrollo de la presente investigación se diseñó la “Ficha para el Análisis de Unidades Documentales Sobre Creencias De Salud-Enfermedad como Indicadores de la Adherencia Terapéutica en Diabetes” en la cual se asentará la información extraída de los documentos objeto de análisis (Ver Anexo 2)

La ficha consta de dos apartados:

1. Características del Documento. En este apartado se registraron la información general de la unidad documental revisada. Los rubros que lo conforman son los datos bibliográficos que son el registro del nombre del autor, título del documento, año, número de páginas, Facultad del que proviene el documento, modalidad del

documento (Tesis, Tesina, Reporte de Investigación), grado del documento (Licenciatura, Maestría, Doctorado), objetivo de la investigación y la propuesta de intervención y/o programa.

2. Contenido del Documento. En este apartado se registraron 2 tipos de información: el de unidad de registro que es la unidad de significación que se ha de codificar (palabra o frase) y la unidad de contexto que sirve para la unidad de comprensión para codificar la unidad de registro la cual corresponde al segmento del mensaje cuyo tamaño (superior a la unidad de registro) es óptimo para captar la significación exacta de la unidad de registro en la categoría y tema correspondientes.

El diseño y la utilización del instrumento se maneja en hoja electrónica, en la que se capturo la información de las unidades documentales. De acuerdo con la técnica de análisis de contenido, esta información recibe el nombre de unidades de registro y constituyen los segmentos del contenido que serán ubicados dentro de diversas categorías a fin de hacer un recuento frecuencial (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

El contenido de las unidades documentales fue examinado mediante análisis de contenido, que de acuerdo con Krippendorff (1990), son un conjunto de técnicas para estudiar y analizar unidades comunicativas de manera objetiva, sistemática y cuantitativa.

La selección de estas técnicas se sustentó en lo expresado por Bardin (1986), quien considera que el análisis de contenido ocupa un lugar importante dentro de los diversos procesos de investigación, en virtud de que posibilita el análisis de fenómenos no observados directamente a través de datos relacionados con ellos.

Procedimientos

a) Se realizó la búsqueda y registro de unidades documentales que abordaran el tema de objeto de estudio dentro del área de Psicología de la UNAM realizándose en cuatro lugares:

- Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Biblioteca de la Facultad de Psicología
- Biblioteca de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala
- Biblioteca de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

La selección de estos lugares obedece a la necesidad de reunir unidades documentales pertenecientes al área donde se imparte la carrera de Psicología para tener una visión más completa de cómo se observa y se trata el tema planteado dentro de este estudio, mediante la estructura discursiva del material obtenido.

b) La detección de los materiales que conformaron la muestra se hizo a partir de la búsqueda en los catálogos electrónicos de las bibliotecas mencionadas. Se utilizaron cuatro palabras claves de búsqueda: adherencia terapéutica, enfermedades crónicas-degenerativas, diabetes y creencias en salud-enfermedad.

c) Una vez identificadas las unidades de análisis que abordan el tema objeto de estudio, se procedió a leer cuidadosamente, a fin de identificar y llenar la ‘Ficha para la Clasificación de Unidades Documentales sobre Creencias de Salud-Enfermedad como Indicadores de la Adherencia Terapéutica en Diabetes’. Dado el objetivo de la presente investigación se puso énfasis en el análisis de la información sobre la etiología de la adherencia terapéutica y de las creencias.

d) Para el llenado de la fichas se procuró trasladar de manera fiel la información sobre la adherencia terapéutica, la cultura y creencias en la enfermedad de la diabetes, aunque en algunas ocasiones, por cuestiones de espacio y tiempo, se hicieron ediciones a los párrafos; aunque en todo momento se trató respetar la idea del autor y las palabras que empleó para exponer sus ideas.

Una vez capturada la información referente a la etiología de la adherencia terapéutica y de las creencias, se separaron cada una de las variables o componentes que conformaban el párrafo o párrafos capturados, a fin de clasificar cada uno dentro de las categorías descritas, mostrando así en la ficha para el análisis solo las categoría presentes en el documento (ver anexo III) y realizar el recuento frecuencia (ver anexo IV).

e) Mediante el conteo de frecuencias absolutas, se identificaron los elementos causales más referidos por los autores que tienen alguna relación con los componentes de la adherencia terapéutica y las creencias. Evidentemente, si al término de la clasificación la mayor parte de los factores causales referidos por los autores pudieron ser clasificados en alguna de las categorías (adherencia terapéutica y creencias), la hipótesis propuesta es que las creencias de salud-enfermedad son un indicador de adaptación para la adherencia terapéutica de la diabetes.

RESULTADOS

I. Descripción De Las Unidades Documentales Analizadas

Se analizaron 43 unidades documentales de las cuales fueron 21 trabajos en la FES Iztacala (48.83%), 11 trabajos en la FES Zaragoza (25.58%) y 11 trabajos de la Facultad en Psicología (25.58%)

En lo que se refiere al número de unidades documentales publicadas por año, 6 pertenecen al año 2006 (13.05%), 11 al año 2007 (25.58%), 10 al año 2008 (23.25%), 10 al año 2009 (23.25%) y 6 al año 2010 (13.95%).

En lo que respecta a la relación del año y las unidades documentales publicadas en las instituciones, en el 2006 le corresponde 3 documentos a la FESI (6.97%), 1 documento a la Fac. Psicología (2.32%) y 2 documentos a la FESZ (4.65%); en el 2007 le corresponde 7 documentos a la FESI (16.27%), 3 documentos a la Fac. Psicología (6.97%) y 1 documento a la FESZ (2.32%); en el 2008 le corresponde 3 documentos a la FESI (6.97%), 3 documentos a la Fac. Psicología (6.97%) y 4 documentos a la FESZ (9.30%); en el 2009 le corresponde 7 documentos a la FESI (16.27%), 1 documento a la Fac. Psicología (2.32%) y 2 documentos a la FESZ (4.657%); en el 2010 le corresponde 1 documento a la FESI (2.32%), 3 documentos a la Fac. Psicología (6.97%) y 2 documentos a la FESZ (4.657%).

En lo que se refiere a la modalidad en la que se presentaron las unidades documentales, 9 son Tesinas (20.93%), 29 son Tesis (67.44%) y 5 son Reportes de Investigación (11.62%); Además del Grado que representan estos documentos, 40 son a nivel Licenciatura (93.62%), 1 a nivel Maestría (2.32%) y 2 a nivel Doctorado (4.65%).

Por lo que toca a la extensión de las unidades documentales, 11 unidades tienen entre 6 y 100 páginas (25.58%), 21 entre 101 y 200 páginas (48.83%), 7 entre 201 y 300 páginas (16.27%) y 4 entre 301 y 350 páginas (9.36%).

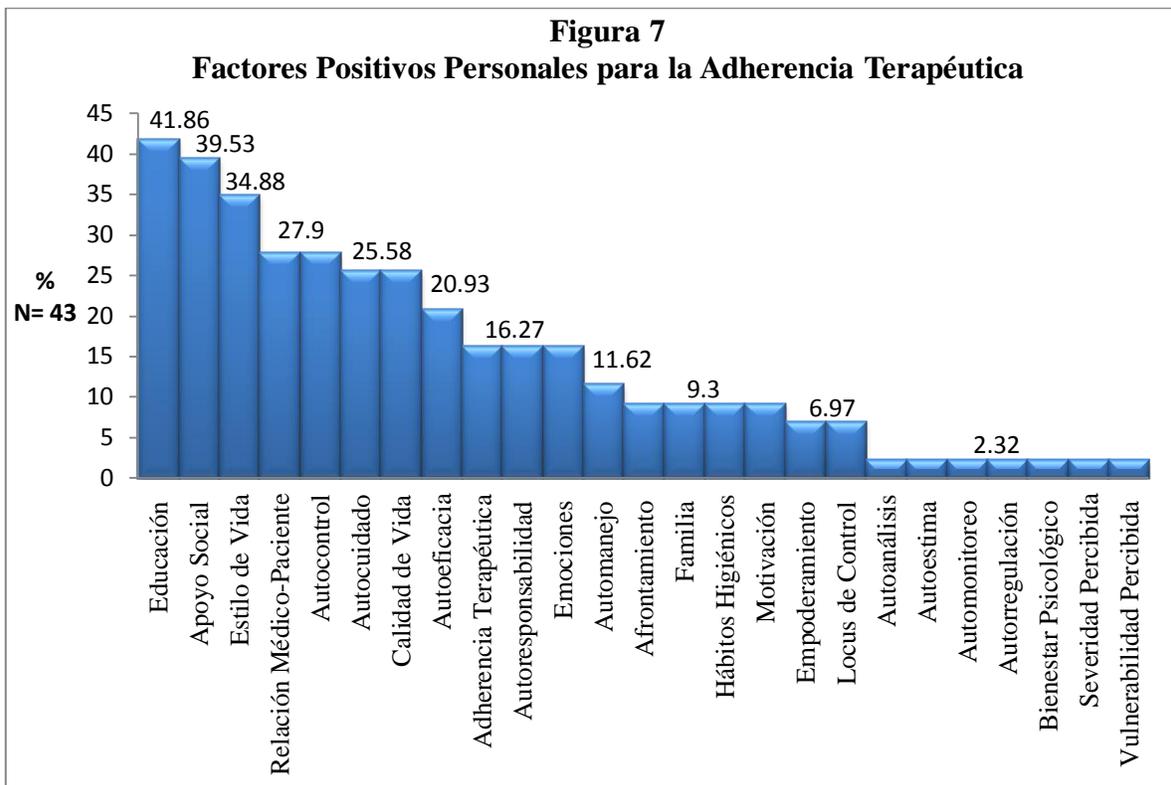
Se observa que la investigación y el interés sobre este objeto de estudio se da en el nivel de licenciatura.

II. Contenido de los Documentos

Tema de Adherencia Terapéutica en Diabetes

La resultante de las unidades de registros de los factores positivos personales mencionadas constantemente en las unidades documentales son 25, mostrando así la necesidad de trabajar con estas para que las personas puedan tener o mantener la adherencia terapéutica en la diabetes.

Observando los siguientes factores positivo personales (figura 7), de mayor a menor, referidos en las unidades documentales fue Educación en Diabetes en 18 (41.86%); Apoyo Social en 17 (39.53%); Estilo de Vida en 15 (34.88%); Autocontrol y Relación Médico-Paciente en 12 (27.90%); Autocontrol y Relación Médico-Paciente en 12 (27.90%); Autocuidado y Calidad de Vida en 11 (25.58%); Autoeficacia en 9 (20.93%); Autoresponsabilidad, Emociones y Estabilidad en la Adherencia al Tratamiento en 7 (16.27%); Automanejo en 5 (11.62%); Motivación, Afrontamiento, Familia, Hábitos Higiénico en 4 (9.30%); Empoderamiento y Locus de Control en 3 (6.97%); Severidad Percibida, Vulnerabilidad Percibida, Bienestar Psicológico, Autoestima, Automonitoreo, Autoanálisis, Autorregulación en 1 (2.32%).

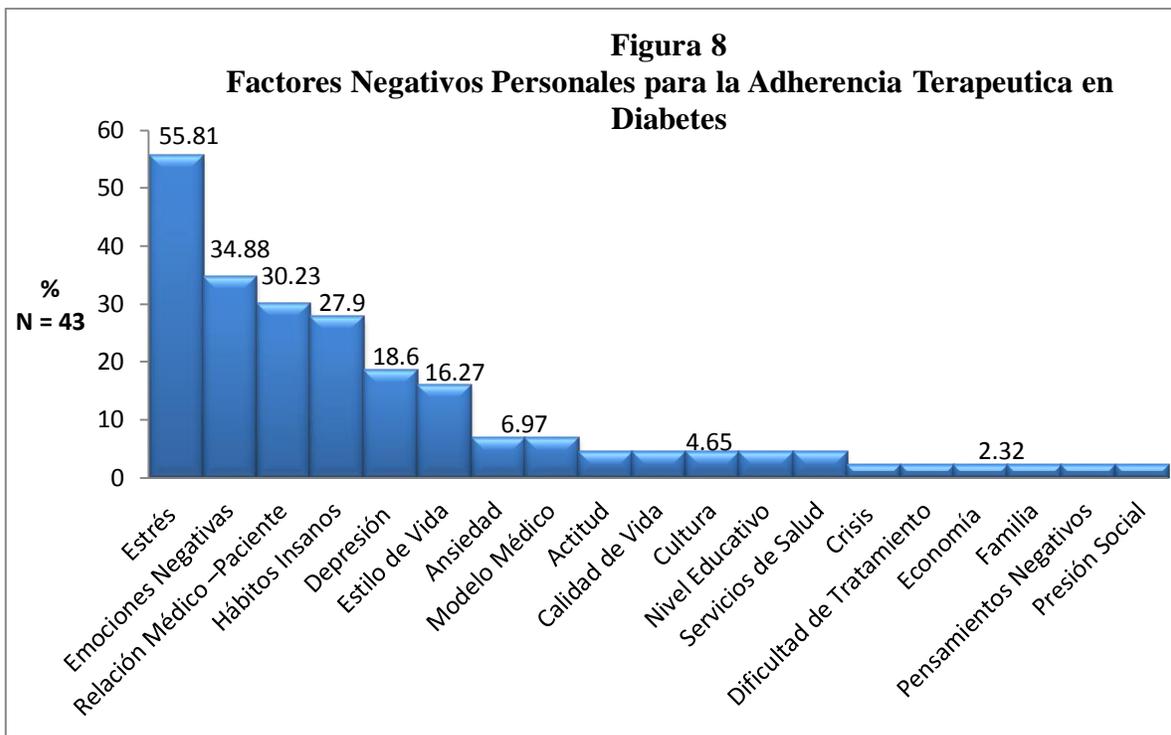


En contraparte, se encuentran los factores negativos personales (Figura 8), de mayor a menor, referidos en las unidades documentales fue Estrés en 24 (55.81%); Emociones Negativas en 15 (34.88%); Relación Médico-Paciente en 13 (30.23%); Hábitos Insanos en

12 (27.90%); Depresión en 8 (18.60%); Estilo de vida en 7 (16.27%); Ansiedad y Modelo Médico en 3 (6.97%); Cultura, Calidad de Vida, Nivel Educativo, Actitud, Servicios de Salud en 2 (4.65%); Presión Social, Dificultad en el Tratamiento, Familia y Economía en 1 (2.32%).

En 32 de los 43 documentos presentan un marco psicológico explicativo para el objeto de estudio de la adherencia terapéutica. Se mencionaron 12 Enfoques que fueron el Humanista (8.33%), el Aprendizaje Social (8.33%), el Cognoscitivo (8.33%), el Transpersonal (8.33%), Neo-jungianos (8.33%), Gestáltico (8.33%), Fenomenológico (25%).

Se mencionaron 20 Teorías diferentes para explicar el objeto de estudio, las cuales fueron Sucesos Vitales (5%), Social Cognitiva (5%), Aprendizaje Social (5%), Locus de Control (10%), Crisis (10%), Acción Razonada (15%), Atribución (5%), Afrontamiento (10%), Intercambio Social (5%), Comparación Social (5%), Efecto Reductor directo del Apoyo Social (5%), Efecto Amortiguador del Apoyo Social (5%), Psicossomático (5%), Cinco Elementos (40%), Autoeficacia (10%), Interpersonal (5%), Cognitiva de Aprendizaje (5%), Trayectoria de Atención (5%), Estrés (5%), Fundamentada (5%).



Se mencionaron 42 Modelos sobre la adherencia terapéutica en las unidades documentales, que fueron: Empoderamiento (4.76%); Amortiguador (2.38%); Efecto Directo (2.38%); Asertividad (2.38%); Aprendizaje Social (2.38%); Patrón de Respuesta de Orientación /Defensa (2.38%); Disregulación (2.38%); Interactivo (2.38%); Emoción y Adaptación ante los Estímulos que producen Estrés (2.38%); Cognitivo de Estrés (2.38%); Relación Estrés-Enfermedad (2.38%); Solución de Problemas (4.76%); Fenomenológico (2.38%); Conductuales (4.76%); Comunicación (2.38%); Autoeficacia (2.38%); Creencias sobre Salud (11.90%); Transteórico (2.38%), Transaccional (4.76%); Cognitivo-Conductual (4.76%); Conductual de la Adherencia (2.38%); Ambientalista del Estrés (2.38%); Estrés (4.76%); Operante (2.38%); Conceptual del Proceso y Sobrecarga del Cuidador (2.38%); Dialogal (2.38%); Taoísta (2.38%); Psico-Conductual; Ecuaciones Estructurales (2.38%); Multidimensional del Automanejo Conductual (2.38%); Biologista Lesional de la Enfermedad (2.38%); Biopsíquico (2.38%); Sociocultural (2.38%); Padecer (2.38%); Médico (2.38%); Epidemiológico (2.38%); Psicológico (2.38%); Sociológico (4.76%); Económico (2.38%).

Se mencionaron 6 intervenciones realizadas en los documentos las cuales fueron: Intervenciones psicológicas para Facilitar la Adherencia Terapéutica (16.66%); Intervención Educativa (16.66%), Afectiva y Conductual (16.66%); Intervención en Educación Diabetológica (16.66%); Terapia de Aceptación y Compromiso (16.66%); Marco de Trabajo Familiar para las Conductas de Automanejo de la Diabetes (16.66%). Además, se mostró un Esquema en las unidades documentales que iba dirigido hacia el aspecto del Afrontamiento.

Tema de Cultura y Creencias

De los 43 documentos revisados solo en 25 se encontró información sobre la cultura relacionada con el fenómeno del objeto de estudio, cantidad que representa el 58.13% del total de la muestra. A continuación se expondrá los resultados obtenidos en cada una de las categorías respecto a las creencias y sus funciones descritas en el apartado “método”.

Factores Vinculados a las Creencias Naturales-Sobrenaturales

En 34 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría. La información obtenida se dividió dentro de las categorías científicas, de historia y sociales, de las cuales se obtuvieron 17 subcategorías:

1. Científicas. En este grupo se incluyeron los factores que impiden una adherencia terapéutica de los cuales se dividen en:
 - a) Ciencia y tecnología. Los elementos considerados son el avance de la ciencia, los conocimientos científicos y las nuevas tecnologías que se utilizan para una mejor detección bioquímica y farmacológica diferente. En el cual este conocimiento solo se queda en el área de los profesionales de la salud, especialmente área médica y de laboratorios farmacéuticos, donde no es comunicado la nueva información en un lenguaje apto para la sociedad que no está inmersa en esa área, creando así desinformación o información errónea porque la información esta a cuenta gotas.
 - b) Tratamientos Alternativos. Considerando que en los últimos años se ha reglamentado que los tratamientos verídicos son los que están apoyados en estudios científicos ya que siguen un protocolo de investigación controlado y aprobado por la comunidad científica, especialmente en la médica, generando así una regla la cual todo lo que está fuera de esta área es malo o negativo y por consecuencia perjudicial para el tratamiento médico utilizado por la persona.
 - c) Miedo a la Falla Terapéutica. A pesar de los avances científicos y tecnológicos, se ha creado la ilusión de que existen pastillas para todas las enfermedades del ser humano, por lo que genera una esperanza ciega hacia el medicamento, dejando en sus manos la recuperación de la salud y negando la posibilidad de la muerte.
 - d) Modelo Médico. Es una construcción metodológica que se atribuye determinados rasgos estructurales que los conforman y les da un perfil específico. Por lo que el individuo tiene concepciones y prácticas en torno a su salud-enfermedad relacionada con la práctica médica generando así respuestas negativas o positivas hacia este grupo formando una generalización que afectara su vida.
2. Historia. Este grupo da un marco para la explicación de la adherencia terapéutica de un grupo de personas para la rehabilitación de su salud.

- a) México. Es una parte importante de las personas que viven en este país, generando una condición, limitación, posibilidad y pautas de vincularse con el mundo y consigo mismo.
 - b) Sabiduría Popular. Es la información antigua, que se transmite de generación en generación y que forjan conductas a veces adecuadas y saludables. Pero en otros pueden producir efectos contrarios como conducir a actitudes erróneas.
 - c) Proceso Histórico-Cultural. Es muy importante saber este proceso para entender una cultura, origen de las mediaciones de una persona o grupo de personas y de la construcción de la manera de ver, sentir y actuar en determinados momentos.
3. Sociales. En este grupo se muestra elementos de la interacción y la interrelación adquirida de las personas con su ambiente socio-cultural.
- a) Sociedad. El ser humano está inmerso y sometido a miles de exigencia en su vida diaria y por lo cual debe de cumplir con los estándares y normas impuestos por la sociedad para lograr las expectativas de los demás en la persona y así darle o darse valor.
 - b) Familia. Es el grupo de personas receptores o herederos de costumbre y hábitos que son transmitidas de generaciones anteriores y aceptadas para vivir con ellas, además de enseñarles a los que siguen las maneras de ser física y emocionalmente, entre ellas las formas de pensar, de vivir, de sentir y de percibir las cosas del mundo.
 - c) Creencias Transmitidas. Son referentes a remedios y curaciones de los antecesores que pueden ser buenas o poco favorecedoras.
 - d) Miedo Irracional. Por los mitos erróneos de la enfermedad, provoca un mal cuidado del padecimiento en las personas, provocando un incremento de complicaciones, nuevos diagnósticos y por ende aumente la tasa de mortalidad.
 - e) Servicios de Salud. La mayoría de veces la cercanía a las instancias de salud es de tiempo atrás de la persona, ya que desde su infancia por las campañas de vacunación, generándose una ideas positivas o negativas, además de interpretaciones erróneas donde termina haciendo la idea de que es una pérdida de tiempo acudir, dejando a un lado la idea de prevenir enfermedades y mantener la salud.

- f) Alimentación. La cultura alimentaria es un aspecto que debe considerarse porque da una perspectiva de cuáles son los estilos de vida de las personas, porque se crearon y cuales necesidades satisfacen, por lo que la modificación de los alimentos es algo sumamente complejo porque al ingerir alimentos, las personas no lo hacen de una manera simple, sino que su consumo se encuentra condicionado con el significado que representa.

Tabla 12. Componentes de la Categoría “Creencias Naturales-Sobrenaturales”

Unidad de Registro de Subcategorías	Número de Documentos que la refieren*
Ciencia y Tecnología	8
Tratamientos Alternativos	1
Miedo a la Falla Terapéutica	1
Modelo Médico	3
México	3
Sabiduría Popular	3
Proceso Histórico-Cultural	15
Sociedad	25
Familia	11
Creencias Transmitidas	14
Miedo Irracional	5
Servicios de Salud	2
Alimentación	6

* Considérese que en un sólo documento se menciona más de una subcategorías, por lo que la sumatoria de los números de la columna derecha no es igual al total de documentos que hacen alusión al total de documentos de la categoría.

Factores vinculados a las Creencias Religiosas

En 10 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría. Mostrando una importancia en estas creencias sobre la carga espiritual, la existencia de Dios y su fe, sobre una buena salud o su recuperación. Por el contrario, se menciona que la enfermedad es por un castigo divino o para que la persona aprenda algo. Además muestran que la religión hace una represión corporal de cualquier índole dejando a un lado las señales de malestar que pueden ocurrir.

Factores vinculados a las Creencias Seculares-Sobrenaturales

1. Destino. En 3 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría, haciendo referencia a la aparición de de la enfermedad.

2. Brujería. En 9 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría, mostrando así el mundo mágico de la curación de las personas y la evitación de la enfermedad por medio de chamanes, curanderos y brujos.
3. Suerte. En 2 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría, expresando encontrar un producto único para la cura.
4. Casualidad. En 3 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría, indicando que la aparición de la enfermedad no era relacionada con un estilo de vida sino más con una emoción negativa detectada antes del diagnóstico.
5. Psicológico. En 3 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría, manifestando que las personas ya saben de su enfermedad y que es materia conocida por ellas a pesar de que tengan un mal control.

Factores vinculados a las Creencias Morales

No hay ninguna muestra de esta categoría en las unidades documentales revisadas, sin embargo hay pautas de que estas creencias aparezcan en la etapa de diagnóstico de la enfermedad con el afrontamiento emocional y el proceso de duelo.

Factores vinculados a las Funciones de las Creencias

1. Emocional. En 2 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría, poniendo énfasis en la imagen corporal y la motivación de las personas.
2. Cognitivo. No hay ninguna muestra de esta categoría en las unidades documentales revisadas.
3. Moral. No hay ninguna muestra de esta categoría en las unidades documentales revisadas.
4. Grupo. En 6 documentos se hizo mención a algún elemento vinculado con esta categoría, poniendo énfasis en el género, la utilización de herbolaria, de la percepción de la enfermedad y de la alimentación.

Tema de Propuesta de Intervenciones y/o Programas

De las 43 unidades documentales revisadas, en 15 se proponen intervenciones y/o programas para generar la adherencia terapéutica (34.88%). Des estas propuestas, 11 van

dirigidas hacia el paciente que vive con diabetes (73%); 3 van dirigidas hacia los profesionales de la salud (20%); y 1 va dirigida a la evaluación (6.66%).

III. Categoría No Clasificable

Temas Psicológicos Abordado en las Unidades Documentales

Dentro de las 43 unidades documentales analizadas, se abordan diversos temas de los cuales se obtienen 38 temas que no pueden ser clasificables en las categorías indicadas pero que tiene una relevancia importante en el aspecto psicológico sobre la adherencia al tratamiento de la diabetes. De mayor a menor, los temas se pudieron encasillar en la tabla 13.

Temas Fisiopatológicos de la Diabetes Abordado en las Unidades Documentales

Dentro de las 43 unidades documentales analizadas, se abordan diversos temas médicos de los cuales se obtienen 12 temas fisiopatológicos de la diabetes, encasillándolos, de mayor a menor, en la tabla 14:

Tabla 13. Temas Psicológicos Abordados en las Unidades Documentales

Categoría No Clasificable	Número de Documentos que la refiere	%
Teorías Psicológicas	25	58.13
Familia	17	39.53
Cultura	16	37.20
Adherencia Terapéutica	15	34.88
Afrontamiento-Impacto Emocional	14	32.55
Educación en Diabetes	13	30.23
Estilo de Vida	12	27.90
Calidad de Vida y	11	25.58
Estrés	11	25.58
Apoyo Social	10	23.25
Emociones	9	20.93
Psicología de la Salud	9	20.93
Creencias	9	18.60
Depresión	9	18.60
Concepto de Salud-Enfermedad	7	16.27
Funciones del Psicólogo	6	13.95
Duelo por Enfermedad	5	11.62
Autocuidado-Automanejo	4	9.30
Rasgo y Personalidad	4	9.30
Obesidad	3	6.97
Prevención	3	6.97
Trastornos Alimenticios	3	6.97
Actitudes	2	4.65
Adolescencia	2	4.65
Adulto Joven	2	4.65
Ansiedad	2	4.65
Cuidadores Primarios Informales	2	4.65
Evaluaciones Psicológicas	2	4.65
Hábitos	2	4.65
Autoeficacia	1	2.32
Bienestar Psicológico	1	2.32
Capacitación	1	2.32
Comunicación de Malas Noticias	1	2.32
Crisis	1	2.32
Memoria	1	2.32
Nutrición	1	2.32
Trastornos Mentales	1	2.32
Sexualidad	1	2.32

Tabla 14. Temas Fisiopatológicos Abordados en las Unidades Documentales

Tema	Número de Documentos que la refiere	%
Tipos de Diabetes	35	81.39
Epidemiología	33	76.74
Definición de Diabetes Mellitus	31	72.04
Tratamientos (Dieta, Ejercicio e Hipoglucemiantes-Insulina)	28	65.11
Síntomas de la Diabetes	26	60.46
Complicaciones de la Diabetes	23	53.48
Factores de Riesgo	23	53.48
Fisiología - Fisiopatología	20	46.51
Diagnostico Médico	19	44.18
Historia de la Diabetes	17	39.53
Enfermedad Crónica-Degenerativa	5	11.62
Síndrome Metabólico	5	11.62

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La enfermedad crónica degenerativa de la Diabetes Mellitus es multifactorial para su manejo, generando no solo un listado de acciones médicas a realizar sino un tratamiento más profundo e integral para forjar un cambio substancial y permanente para el bienestar individual y social de las personas que viven o no con este padecimiento. Por lo que el proceso de salud-enfermedad es sumamente complejo, el cual puede ser abordado en distintos niveles de análisis que responden a diversos intereses y circunstancias concretas.

En el modelo médico se ve a la enfermedad como un problema individual y por lo tanto, la solución la encuentra en un equipo de salud competente y en una infraestructura médica adecuada. Es importante señalar, que la enfermedad es una realidad concreta que se manifiesta en lo seres humanos, y que este nivel de análisis, sin duda tiene validez pero únicamente responde a una fracción del complejo proceso de la salud-enfermedad, ya que parte de una concepción unicausal de la misma, lo cual no puede explicar la difícil situación que se vive en la actualidad en el ámbito de la salud de la población, pues ignora las condiciones sociales que definen cómo, de qué y con qué frecuencia y gravedad se enferma la persona.

Otro nivel de análisis, se encuentra en la concepción del individuo como parte de una comunidad con características socioeconómicas y culturales, que está relacionado con diversos factores propios del medio donde vive y se desarrolla, donde la enfermedad es considerada como un fenómeno sujeto al acontecer social y físico. Esto es, las condiciones están relacionadas con la presencia de factores físicos, químicos o mecánicos adversa para la salud. Por tanto, son consideradas la salud y la enfermedad como un fenómeno histórico, como un proceso natural condicionado por el contexto social, que adquiere particularidades en cada formación y grupo social concretos.

El nivel de análisis del presente estudio es sobre si existe una relación causal entre las creencias del proceso salud-enfermedad de las personas y la adherencia terapéutica dentro de la literatura revisadas de la carrera de psicología que imparte la UNAM.

Para saber el objetivo del estudio se comenzó por saber los factores positivos y negativos que pueden influir sobre la adherencia terapéutica en las personas que viven con diabetes donde se mostro en la literatura que la mayoría de los factores presentes están centrados en las habilidades del individuo para afrontar y controlar esta nueva situación

como el autocontrol, el autocuidado, la autoeficacia, el manejo del estrés y las emociones negativas, entre otras.

Respecto a los elementos externos del individuo que pueden intervenir en la adherencia terapéutica es relevante ver los mismos factores tanto en la cuestión positiva como en la negativa los cuales son la relación médico-paciente, el apoyo social, el modelo médico y la familia. Algo interesante en el análisis es que la cultura es un factor negativo para poder adoptar una adecuada adherencia terapéutica, por lo que se debe de pensar si la cultura debe adaptarse al individuo que vive con DM o el individuo que vive con DM debe adaptarse a la cultura, donde deja claro que en la literatura psicológica la cultura si es un factor predisponente para que haya una adherencia terapéutica.

En la mayoría de las unidades documentales revisadas, se menciona que las personas tienen diversas creencias respecto al proceso de salud-enfermedad, como las enfocadas a la ciencia y la tecnología, a los tratamientos alternativos, al modelo médico, a la sabiduría popular, a los servicios de salud, a la alimentación, a la religión, entre otras; mostrando así que hay una relación entre las creencias y la adherencia terapéutica, no abiertamente en el marco teórico sino en la investigación y análisis de los temas abordados en cada unidad.

Un ejemplo que sobresale e ilustra la cuestión de las creencias es sobre la investigación que se menciona en una unidad documental, sobre una comunidad yanguense, donde las mujeres al ser diagnosticadas con diabetes cambian radicalmente su rol, llegando a complicar su existencia de vida. Al presentar síntomas de la enfermedad, la mujer no acude de inmediato al médico porque ellas ya saben que están enfermas del “azúcar” o sus vecinas le hacen el diagnóstico, por lo que su primera instancia son los remedios caseros como los tés amargos o la toma de sus orines; si no hay una mejora en segunda instancia acuden al médico donde solo se toman los medicamentos prescritos por poco tiempo, ya que al sentirse bien lo dejan, porque creen que se curaron o por la cuestión económica no pueden seguir con el tratamiento porque prefieren tener para comer para tener fuerzas para trabajar.

Las prescripciones médicas para una adherencia terapéutica no son realizadas por las personas por muchas creencias presentes, como en la alimentación no pueden seguir una dieta porque comen para lo que les alcance o lo típico de la zona; en el ejercicio y educación en diabetes, prefieren descansar el poco tiempo que tienen; en el control de

emociones, no pueden porque tiene que estar preocupadas por su familia y el trabajo ya que en esta comunidad la mayoría de los hombres trabajan en jornadas muy largas y toman alcohol para aguantar, generando a veces conflictos de violencia intrafamiliar. Además influyen diversas creencias transmitidas donde una de ellas es que si a una mujer se le diagnostica con diabetes, su esposo puede tener una amante ya que su mujer por esta enfermedad pierde el deseo sexual.

Con lo anterior, la cultura es un factor relevante porque es el marco de acción de las personas. Además las creencias si son un indicador de adaptación al tratamiento, ya que si se conocen que limitaciones físicas, personales, sociales y culturales hay en los individuos, se podrá entender y apoyar de la mejor manera sin tener que darle una lista de instrucciones que no creará ni aprovechará. Por lo que es de importancia conocer los diversos factores que influyen para saber que gama de posibilidades se pueden presentar en los individuos, ya que cada uno tiene una historia única e irrepetible.

Por otro lado, es interesante ver que existen múltiples marcos psicológicos de investigación sobre el fenómeno de la adherencia terapéutica y que cada uno tiene su importancia del porqué lo estudian y para qué, dándome una idea más general y entendible de la relación de lo teórico con la práctico en la vida real, ya que hay muchas dimensiones del ser humano que son difíciles de abarcar con una perspectiva única y exclusivista. Un aspecto que me llamo mucho la atención fue el enfoque que le dieron en las investigaciones de las unidades documentales provenientes de la FES Iztacala, el cual no era un marco psicológico propiamente dicho sino más bien le dieron el enfoque psicológico a la teoría de los cinco elementos, mostrando una nueva perspectiva de la persona sin dividirla.

En general, son muy diversos los elementos que se pueden estudiar con respecto a la adherencia terapéutica desde el punto de vista psicológico, las creencias y cultura sobre la enfermedad, la actitud de los pacientes hacia su enfermedad, la negación que presentan, la depresión como causa de baja adherencia, la calidad de vida del paciente que vive con diabetes, etc., la gama es muy amplia y toda información que proporcione elementos para conocer más sobre esta y otras enfermedades, permitirá que se pueda dar a los pacientes una mejor atención.

En la situación de enfermedades crónicas degenerativas, particularmente en la DM, el psicólogo debe comprender los conocimientos etiopatogénicos y terapéuticos de la

enfermedad pero también requiere el desarrollo de habilidades de comunicación y de educación, para tener la capacidad de ayudar al paciente a identificar y jerarquizar sus necesidades. Identificar los factores físicos, psicológicos y sociales que puede influir positivamente, para potenciar el autocuidado de la persona, para que el profesional no tome la responsabilidad de su cuidado sino que la persona tome el control de su propia vida.

Es de suma importancia cambiar la visión de las personas están en pro de la salud y en contra de la enfermedad, e implementar una nueva perspectiva de comprender que la salud y la enfermedad se condicionan mutuamente como la polaridad y se nutren la una de la otra. Por lo que la salud recibe su existencia a través de la enfermedad, generando así una cultura de la salud y la enfermedad sin dividir las.

Por tanto, es relevante acercarnos a la comprensión de lo que implica estar enfermo, considerando los factores psicosociales, ya que la enfermedad y lo que se hace alrededor de ella está determinado por la experiencia subjetiva y no únicamente por los hechos clínicos. Asimismo, la percepción social de la enfermedad nos habla de la forma en que se explican tener diabetes, como la sufren y la abordan, pudiendo tener una aproximación a los significados de la enfermedad. Esto último es relevante ya que la percepción social guiará a su vez, las elecciones que se hagan acerca de las terapéuticas y terapias disponibles.

Un ejemplo de percepción social, es cuando en una ocasión una mujer joven preparaba la cena de navidad y le preguntó a su madre la razón por la cual le cortaba la punta a la pierna antes de meterla al horno, la madre le respondió que no lo sabía, que su madre así lo hacía, como la duda era mayor, se dirigen a la abuela con la misma pregunta: ¡abuelita! ¿Por qué es que le cortas las puntas a la pierna?, a lo que la abuela responde: no lo sé, así lo hacia mi madre. Afortunadas fueron al aún contar con la bisabuela, sin perder el tiempo fueron con ella, y le preguntaron: ¿Por qué es que le cortas la puntas a la pierna?, la bisabuela respondió: es que mi horno era muy pequeño y no cabía, por eso le cortaba las puntas a la pierna. Lo anterior es un ejemplo de un principio que se hace difícil romper, ya que se convierte en algo natural y común que sea así, y todo lo que no se parezca a lo que veo o a lo que estoy acostumbrado está mal.

Así con el ejemplo anterior, nos damos cuenta que la mayoría de nosotros hacemos cosas sin razón, que simplemente porque así lo hacían nuestros antepasados yo lo tengo que hacer, sin jamás preguntarse ¿para qué?, heredando no sólo el aspecto físico, sino a su vez

modos de enfermarse, de ser sano, de relacionarse y de comprender el mundo; siendo al cuerpo el recipiente en donde se somatizan y materializan las relaciones familiares.

Por lo que es importante saber de dónde se vino para saber a dónde se quiere ir, es decir, la búsqueda en nuestro árbol genealógico nos permitirá conocer los mensajes y los dichos de nuestras familias, permitiéndonos deshacernos de lo que nos bloquea o enferma, bloqueos que no nos dejan avanzar y que nos mantienen estáticos. Ya que no sólo se heredan características físicas, se heredan patologías dominantes y características del linaje familiar. Si se puede analizar y comprender la historia familiar y cultural, se podrá romper el círculo vicioso de repeticiones.

El punto a resaltar es que lo que se interioriza, se hace memoria en la persona y se queda guardado en los genes y en la memoria, transmitiéndose a los descendientes. Pero ésta condición no es determinante, es decir, que no por ser hijo de diabético se será diabético, solo se tiene predisposición, se necesita un cambio significativo en los estilos de ser y estar en el mundo, una mirada incluyente al cuerpo, que permita ver la memoria social-cultural-familiar que mantiene anclados a patrones de repetición transgeneracionales.

A partir de las 43 unidades documentales revisadas realice un marco de referencia denominado “Mosaico del Proceso de Salud y Enfermedad del Individuo” (Figura 9), el cual es una representación gráfica de las influencias más generales que pueden favorecer o no a las personas en este proceso dinámico, donde se coloca al individuo en el centro porque él es el principal conductor del goce de salud y del padecimiento de enfermedad.

Del lado izquierdo del mosaico se muestra una estructura, en forma de media elipse, con cinco niveles y múltiples subniveles de influencia externa e interna sobre la trayectoria de atención que tenga el individuo sobre su salud y su enfermedad, desde su nacimiento hasta su muerte. Se estructura de la siguiente manera:

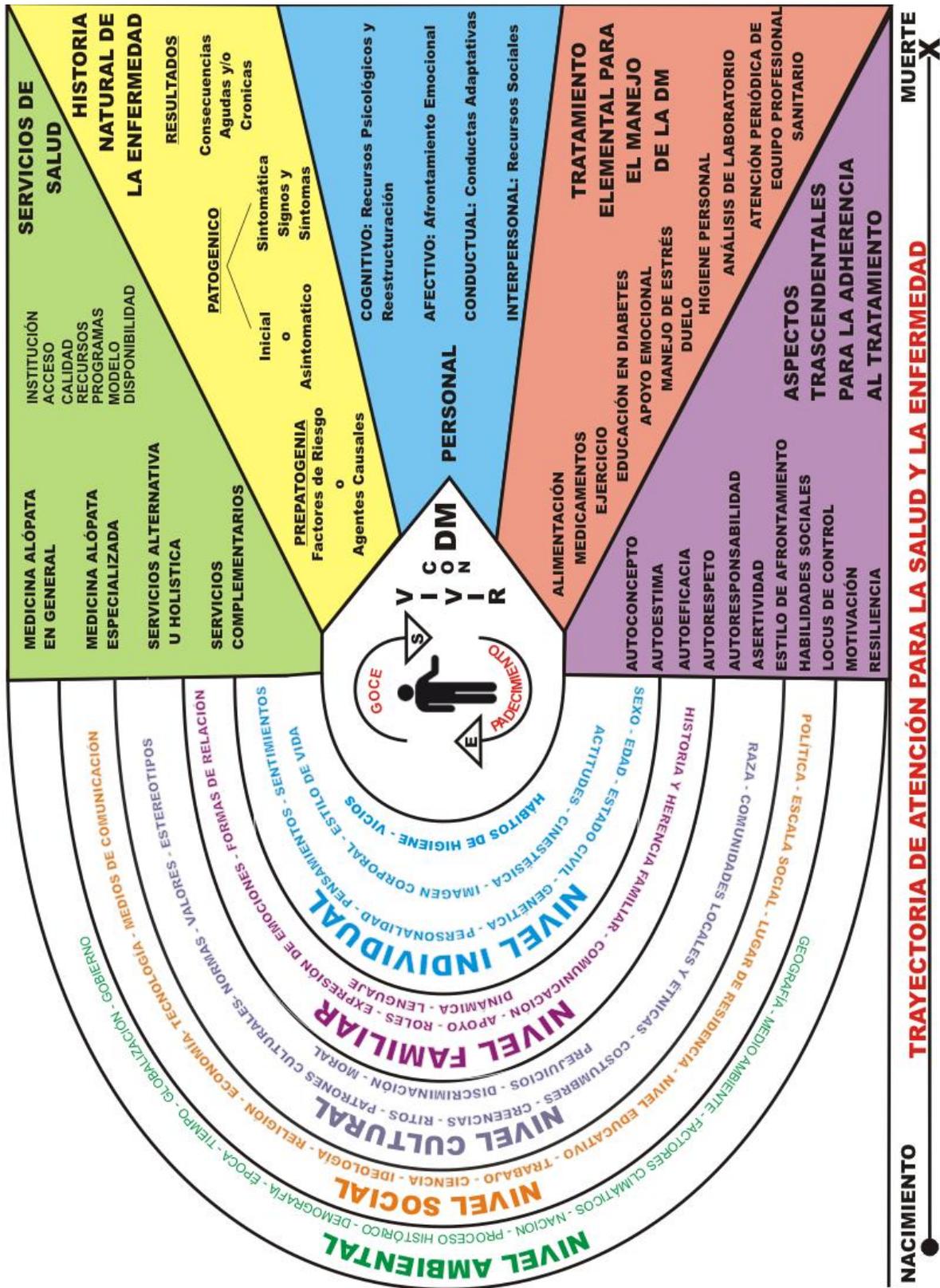
- Nivel Ambiental: Geografía, Medio Ambiente, Factores Climáticos, Nación, Proceso Histórico, Demografía, Época, Tiempo, Globalización, Gobierno.
- Nivel Social: Política, Escala Social, Lugar de Residencia, Nivel Educativo, Trabajo, Ciencia, Ideología, Religión, Economía, Tecnología, Medios de Comunicación.

- Nivel Cultural: Raza, Comunidad Local y Étnica, Costumbres, Creencias, Ritos, Patrones Culturales, Normas, Valores, Estereotipos, Prejuicios, Discriminación, Moral.
- Nivel Familiar: Historia y Herencia Familiar, Comunicación, Apoyo, Roles, Expresión de emociones, Formación de Relación, Dinámica Familiar, Lenguaje.
- Nivel Individual: Genética, Edad, Sexo, Personalidad, Imagen Corporal, Estilo de Vida, Hábitos de Higiene, Vicios, Cinestésica, Actitudes, Pensamientos, Estado Civil.

Del lado derecho del mosaico, se muestra una estructura, en forma de rectángulo vertical, con cinco niveles y múltiples subniveles de influencia externa e interna sobre los factores esenciales e importantes para obtener el bienestar de la persona que vive con Diabetes Mellitus. Ya que al momento de ser diagnosticados médicamente, se convive día a día el individuo y la enfermedad por lo que es indispensable conocer los factores que intervienen:

- Servicios de Salud: Se refiere a los recursos médicos alópatas o alternativos, que las personas utilizan para la revisión de su enfermedad. Medicina Alópata en General, Medicina Alópata Especializada, Servicios Alternativos y Holísticos, Servicios Complementarios.
- Historia Natural de la Enfermedad: Toda enfermedad crónica degenerativa tiene un origen (Prepatogenía), una forma de expresarse (Patogénico) y consecuencias (Complicaciones agudas y/o crónicas), donde al conocer sobre la historia de la enfermedad se puede incidir en ciertos factores para evitar o retrasar cualquier malestar.
- Personal: Se refiere a los recursos y habilidades que tienen las personas para afrontar el día a día al convivir con la enfermedad.
- Tratamiento Elemental para el Manejo de la DM: Se refiere a los factores que se necesitan emplear para un adecuado control de la enfermedad, los cuales son Alimentación, Medicamentos, Ejercicio, Educación en Diabetes, Apoyo Emocional, Manejo de Estrés, Duelo, Higiene Personal, Análisis de Laboratorio, Atención Periódica de Equipo Profesional Sanitario.

Figura 9. “Mosaico del Proceso de Salud y Enfermedad del Individuo”. Elaboración Propia.



- Aspectos Trascendentales para la Adherencia al Tratamiento: Se trata de los elementos necesarios personales para el mantenimiento del tratamiento de la DM, como el Autoconcepto, la Resiliencia, la Autoresponsabilidad, el Autorespeto, la Autoestima, la Autoeficacia, la Asertividad, el Estilo de Afrontamiento, el Locus de Control, las Habilidades Sociales y la Motivación.

Este marco de referencia ha sido construido basado tanto en la observación común en la práctica como en la teoría, revisada donde puede ser re-elaborada y corregida al irse acumulando el conocimiento. Sin embargo este mosaico presenta varias características relevantes:

- Se muestra todos los factores que influyen en el proceso dinámico de salud y la enfermedad.
- Coloca al individuo en el centro, reconociendo que hay demasiados factores circundantes que influyen en este proceso, ya que el ser humano es un ser influenciado y por lo tanto será imposible separar todos los factores que lo afectan directa e indirectamente.
- No es un diagrama de flujo donde si se hace “A” va a suceder “B”, ya que todo está relacionado e interconectado, es una eterna y gran red de comunicaciones en donde cada elemento y variable afectada, afectará a otros.
- Todos los elementos mencionados funcionan como medios de transmisión, como fuentes de peligro o protección, como estresores o apoyo, como facilitadores de conductas saludables o conductas negativas y como recursos para la obtención de salud o enfermedad.

Este marco de referencia, lo hice especialmente dirigido a nosotros los psicólogos para no caer en la tendencia del modelo médico y fracturar al ser humano, sino en cambio verlo como un conjunto de todo y trabajar en conjunto, donde cada pequeña pieza al conjuntarse unas con otras dan un panorama de como es la persona y que si lo vemos particularmente no vemos su esencia.

Lafarga (2007) menciona que México necesita un nuevo modelo de promoción de la salud, porque el modelo médico está gastado y perdiendo vigencia aún para los mismos médicos, donde la mayor parte de éstos considera que la carencia de enfermedad no es lo

mismo que la salud; sin embargo, la práctica médica en general sigue consistiendo en curar enfermedades.

Desafortunadamente, el modelo médico ha invadido no sólo el ámbito de la psicología clínica sino el de la psicología en general. Palabras como diagnóstico, tratamiento, síntomas y otras todavía más relacionadas con el modelo médico son utilizadas normalmente no sólo en los ambientes relacionados con la clínica, sino por todos los psicólogos en general.

Las personas que solicitan nuestros servicios requieren un modelo menos médico, más psicológico para la promoción de la salud, más relacionado con el desarrollo de recurso en las personas y en los grupos, con la creación de condiciones y climas ambientales que favorezcan el crecimiento y el desarrollo, que con la curación de la enfermedad. Hablar de enfermedades psicológicas es sólo una metáfora. La mayor parte de las personas no sufrimos por enfermedades psicológicas sino por dificultades e incapacidades en el manejo de la problemática de la vida.

Necesitamos no diagnósticos basados en hipótesis médicas sino evaluaciones más cuidadosas y precisas, estrategias más claras para la promoción de conductas y aprendizajes que no supongan que las personas están enfermas, sino en proceso de evolución y crecimiento. Necesitamos un nuevo concepto de psicoterapia, mucho más psicológico que médico, que ponga más énfasis en los aprendizajes significativos de la persona que en las interpretaciones intelectuales del comportamiento, emanadas éstas de teorías médicas que no están basadas en la investigación psicológica de calidad con que contamos en el presente (Lafarga, 2007).

REFERENCIAS

- Aguilar, V. J. J. (2008). *El camino del Amor*. México: DIANA.
- Alonso, C. G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. [Versión electrónica]. *Colombia Medica*, 35, pp. 164-168.
- Álvarez, B. J. (2002). Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial. México: Trillas UANL.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Auerbach, S. M. (2001). Do patients want control over their own health care? A review of measures, findings, and research issues. [Version electrónica]. *Journal of Health Psychology*, 6, pp. 191-203.
- Bardín, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bautista, R. J. S. (2011, Junio). *Diabetes tipo I*. Documento presentado en el diplomado de educador de pares en diabetes. México, D. F.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*, 1: 97-106.
- Becerra, G. A. L. (2009). *El apoyo social y los recursos de afrontamiento ante el estrés del enfermo diabético*. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (2000). *Promoción de Estilos de vida saludable: ¿realidad, reto u utopía?* En psicología de la Salud (pp. 67-109). México: Plaza y Valdez.
- Bonfil, B. G. (1991). *Pensar nuestra cultura*. México: Alianza Editorial
- Bruner, J. (1999). *La educación, puerta de la cultura*. (2ª ed.). Madrid: Aprendizaje Visor.
- Bucay, J. (2001). *El camino de las lágrimas*. (1ra. Reimpresión). México: OCEANO expres.
- Casullo, M. (1996). *Evaluación Psicológica en el campo de la salud*. Barcelona: Paidós.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Collazo-Clavell, M. (2002). *Guía de la Clínica mayo sobre tratamiento de la diabetes*. Barcelona: Plaza & Editores, S. A.

- Corrales, M. J. (2009). *Experiencias sexuales de hombres y mujeres que padecen diabetes mellitus tipo II*. Tesis Licenciatura: México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- CUID.AR. (s/f). *Asociación para el cuidado de la diabetes en argentina*. Recuperado el día 10 de Noviembre de 2012 de http://www.cuidar.org/miWeb11/mitos_y_realidades.htm
- D'Anello, K. S. (2006). Efecto de las normas y emociones en los juicios sobre satisfacción con la vida en una muestra venezolana. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, pp. 371-376.
- Del Castillo, A. A. (2010). Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y control metabólico con diabetes tipo II. Tesis Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- De la Fuente, R. (2000). *Psicología Médica, FCE*. (10 ed.). México.
- Diabetes. Una mirada acida entre tanta dulzura (2008). *Los mitos más comunes respecto a la diabetes*. Recuperado el día 8 de Noviembre de 2012 de <http://diabetessalud.blogspot.com/2008/01/los-mitos-mas-comunes-respecto-la.html>
- Diabetes On Line (s/f). *Mitos de la Diabetes*. Recuperado el día 10 de Noviembre de 2012 de http://www.diabetesonline.com.ar/default.asp?pagina=publico/comu/art_028.asp
- Diabetes On Line (s/f). *Mitos de la Diabetes*. Recuperado el día 10 de Noviembre de 2012 de http://diabetesonline.com.ar/default.asp?pagina=publico/diabetes/art_192.asp
- DiMatteo, M. R. y DiNicola, D. D. (1982). *Achieving Patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamen Press.
- DSM-IV-TR (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson
- Dunning, T. (2008). *Diabetes in Society. Exploring the world mythology of diabetes*. Recuperado el 4 de Mayo de 2012 de http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_18_en.pdf
- El consejo Europeo de información sobre la alimentación [EUFIC] (2008). *Mitos sobre la diabetes*. Recuperado el día 8 de Noviembre de 2012 de <http://www.eufic.org/page/es/enfermedades-dieta/diabetes/>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine [Versión Electrónica]. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model [versión electrónica] *American Journal of Psychiatry*, 137, pp. 535-544.
- Entorno Médico (2010). *Síndrome Metabólico*. Recuperado el día 27 de Octubre de 2012, de http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=431:sindrome-metabolico&catid=53:enfermedades-con-s&Itemid=442
- Escobar, P. E. (1996). *Las creencias: un análisis psicosocial*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Espinoza, M. J. J. (2007). *Una aproximación a la construcción de la diabetes desde lo psicosomático*. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Federación Mexicana de Diabetes, A. C. (s.f.). *Sección Diabetes en Números*. Recuperado el 18 de Mayo de 2011, de www.fmdiabetes.org/v3/paginas/estadisticas.php?sección=economia
- Fernández, C. (1991). *La adhesión al Tratamiento Diabetológica*. Madrid: España.
- Ferrer, V. (1995). “Adherencia a” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud. Conceptos y factores psicosociales implicados. *Revista de la psicología de la salud*. 1(7), 37-38.
- Feste, C. & Anderson, R. M. (1995). Empowerment: from philosophy to practice [version electrónica] *Patient Education and Counseling*, 26, pp. 139-144.
- Flores, P. E. & García, G. E. (1998). *Creencias relacionadas a la Salud-Enfermedad*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Flores, R. C. (2008). *Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II*. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Fogarty, J. S. (1997). Reactance theory and patient non-compliance [version electronica] *Social Science and Medicine*, 45, pp. 1277-1288.

- Fundación Española del Corazón (s/f). *hipertensión y riesgo cardiovascular*. Recuperado el 29 de octubre de 2012, de <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
- Fundación Investigación en Diabetes (2010). *Diabetes Tipo 1*. Recuperado el 26 de Mayo de 2011, de <http://www.find.org.mx/diabetes-tipo-1/>
- Fundación Para la Diabetes (2008). *Mitos sobre la Diabetes*. Recuperado del día 20 de Septiembre de 2012 de <http://www.fundaciondiabetes.org/findrisk/Informacion.asp#prevenir>
- Friedman, H. S. & DiMatteo, M. R. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. En H. S. Friedman y M. R. DiMatteo (Eds.) *Health Psychology*. (pp 68-100). New York: Prentice Hall.
- Galvan, M. N. & Hernández, F. C. (2003). *Relación enfermedad crónica-hábitos saludables*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- García, S. G. (2008). *Los 30 mitos acerca de la Diabetes*. Recuperado el día 10 de Noviembre de 2011 de <http://www.slideshare.net/BrianHall/30-mitos-acerca-de-la-diabetes-presentation>
- Garduño, S. G. & Zuñiga, V. M. Y. (2009). *Rasgos de temperamento y adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo II*. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Garza, E. M. E., Calderón, D. C., Salinas, M. A. M., Núñez, R. G. M. & Villareal, R. E. (2003). Atribuciones y Creencias sobre la Diabetes Mellitus tipo 2. [versión electrónica]. *Rev. Med. IMSS*, 6, 465-472.
- Gerontología (2005). *Los 10 mitos más comunes sobre la diabetes*. recuperado el día 30 de Septiembre de 2012 de <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001779.html>
- González, M. (2003). La diabetes en México. [versión electrónica]. *Atención Médica*, 2, 12-13.
- Granados, A. A. M. (2006). *Creencias de Salud y hábitos positivos*. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Harschs, C. (1994). *La identidad del psicólogo*. México: Harla.

- Haynes, B. R., Taylor, W. R. & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkin University Press.
- Hernández, O. M. & López, S. J. (2003). *Psicología de la Salud. Estrés y Hábitos Negativos de la Salud*. tesis de Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Herrera, M.F., Uscanga, L. F., robles, D.G. & Campuzano, F. M. (2000). *Páncreas*. México: McGrawHill Interamericana.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. & Varela, M. (2006) Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. [versión electrónica]. *Universitas Psychologica*, 5, 535-547.
- Infogen (s/f). *Mitos de la Diabetes*. Recuperado el día 30 de Octubre de 2012 de http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servIet/CtrlVerArt?sec=Complicaciones&t=diabetes_mellitus_y_embarazo&c&Ivart=9431&cIvmenu=114
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueleticos y de la Piel [NIAMS] (s.f.). *Artritis Reumatoide*. Recuperado el 25 de Octubre de 2012 de, http://www.niams.nih.gov/Portal_en_espanol/Informacion_de_salud/Artritis/rheumatoid_artritis_ff_espanol.asp
- Islas, A. S. & Lifshitz, G. A. (1993). *Diabetes Mellitus*. México: Mc Graw-Hill.
- Johnson, P. (2000). *Cómo Aceptar y Afrontar una Enfermedad Crónica*. Recuperado el 7 de Agosto de 2103 en www.mentesana-cuerposano.com/es_public/articles/default.asp?id=12875
- Jones, E. & Gerard, H. (1980). *Principios de Psicología Social*. México: Limusa.
- Juárez, Ch. M. (2007). Factores más frecuentes que influyen para que se manifieste la diabetes: Un análisis del enfoque psicosomático. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lilly (2008). *Insulina*. Recuperado el día 26 de Octubre de 2012 de <http://www.lilly.com.mx5t>
- Lipowski, Z. J. (1983). Psychosocial reactions to pshysical illnes [versión electrónica] *Can Med Assoc J*, 128, pp.1069-1072.

- Loo, M. I. & Hernández, O. G. (2007). Educación y Autocuidado de la persona diabética. Proyecto PAPIME EN216503. México: FES Zaragoza UNAM.
- Lopategui, C. E. (2000). *Enfermedades Crónicas*. Recuperado el día 19 de Mayo de 2011, de www.saludmed.com/Salud/ECronica/ECronica.html
- Lopéz-Amador, K. H. & Ocampo-Barrio, P. (2007) Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9, pp. 80-86.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter [versión electrónica] *Social Science & Medicine*, 45, pp.373-381.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C. Woodall, C. & Sykes, M. C. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, Investigación y Práctica*. México: Manual Moderno.
- Martin, A. L. (2004). Acerca del Concepto de Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana Salud Publica*, 30. Recuperado el 7 de abril de 2012 de scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci,arttext&pid=S0864-34662004000400008
- Martin, A. L. & Gray, A.J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud [Versión Electrónica]. *Psicología y salud*, 14, 1, 89-99.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. [versión electrónica]. *American Psychologist*, 35, pp. 807-817.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior [versión electrónica] *J Chronic Dis.*, 15, pp.189-194.
- Medline Plus (2011). *Osteoporosis*. Recuperado el 27 de Octubre de 2012, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/osteoporosis.html>
- Medline Plus (2011). *Parkinson*. Recuperado el 27 de Octubre de 2012, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/parkinsonsdisease.html>
- Medline Plus (2012). *Enfermedades de la Tiroides*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2012, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/thyroiddiseases.html>
- Medscape Education (s.f.). *Improvin Glycemic Control: The need for a better approach, presented by James R. Gorin II, MD, PHD*. Recuperado el 18 de Junio de 2012, de <http://www.medscape.org/viewarticle/532933>

- Mechanic, D. (1986). Illnes Behavior: an overview. En S. McHug & T. M. Vallis (ed). *Illnes behavior: a multidisciplinary model*. (pg. 101-109). New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. L. (1991) Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Desclée de Brouwer S. A.
- Mejia, T. M. J. (2009). Propuesta de terapia psicológica de la obesidad con base en las dificultades pasadas: fenomenología, cultura, obesidad y diabetes. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Miguel, M. D. y Novel, G. (1991). Valores y Creencias. En Novel, M.G., Lluch, C.M.T. & López, V.M.D. (Coord). *Enfermería Psicosocial II* (pp. 25-29). Madrid: Salvat.
- Milena, G.A., Vinaccia, S., Riveras, M.F. & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, pp.50-75.
- Ministerios de Salud (2008). *Diabetes*. Recuperado el día de 15 de Octubre de 2012 de <http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/diabetesGes.pdf>
- Morales, F.H.J. (2002). *Diabetes de bolsillo*. México: Laboratorios Lilly.
- Muciño, M. M. V. (2007). Estilos y calidad de vida en estudiantes universitarios con diabetes mellitus: Propuesta de instrumento de evaluación. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Izatacala, UNAM.
- Nieto-Munuera, J., Abad, M. M. A., Esteban, A. M. & Tejerina, A. M. (2004) *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGrawHill Interamericana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-o15-SSA2-2010 (2010, noviembre). *Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus*. Recuperado el 18 de Mayo de 2011, de <http://dof.gob.mx/nota-detalle-php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010>
- Novel, M. G., Lluch, C. M. T. & Rourera, A. (1991). Aspectos Psicosociales del paciente crónico. En Novel, M.G., Lluch, C.M.T. & López, V.M.D. (Coord). *Enfermería Psicosocial II* (pp. 239-244). Madrid: Salvat.
- Oblitas, G. L. A. (Coord.) (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (3ª ed.). México: Cengage Learning.

- Oblitas, G. L. A. (Coord.) (2006). *Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas*. México: Psicomeditores.
- O'Keefe, J. H., Bell, D. S. H., Wyne, K. L. & Haffner, S. M (2009). *Aspectos Esenciales de la Diabetes*. (3ª ed.) Barcelona: J&C Ediciones Médicas.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Autor Anónimo. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial, de gran envergadura, los pacientes no reciben el apoyo necesario. *Comunicado de prensa de la OMS*. Recuperado el 26 de Enero de 2012 de http://www.who.int/chronic_conditions/en/1_7_2003.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital*. Recuperado el día 9 de Julio de 2010, De http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (s/f). *Global Burden of Disease: data sources, methods and results*. Recuperado el 19 de Mayo de 2011 de <https://apps.who.int/infobase/mortality.aspx>
- Pacheco, P. (2004). Factores psicológicos en las enfermedades crónicas. *Psicología de la Salud*. Disponible en línea: http://www2.udec.cl/~papachec/fact_psic_en_las_enf.htm
- Pepitone, A. (1990). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6, 61-79.
- Pérez, P. L. E. (1987). Manual del diabético insulino dependiente. (2ª ed.) México.
- Pérez, S. E. (2007). Padecer diabetes y ser mujer yanguense. Patrones culturales femeninos y sus implicaciones en la enfermedad. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Porta, L. & Silva, M. (2003). La investigación cualitativa. El análisis de contenido en la investigación educativa. [Versión electrónica]. Mar del Plata.
- Por tu Control (s/f). *Complicaciones en la Diabetes*. Recuperado el día de 12 de Octubre de 2012 de <http://www.xtucontrol.com.mx/cmscentral/diabetes/educacionendiabetes/complicaciones/inicio/default.aspx>

- Prieto, M. (2011, Junio). *La alimentación del paciente con diabetes: conceptos generales*. Documento presentado en el diplomado de educador de pares en diabetes. México, D. F.
- Prieto, M. (2011, Junio). *Los nutrimentos*. Documento presentado en el diplomado de educador de pares en diabetes. México, D. F.
- Proyecto Salutia (s/f). *Concepto de Salud*. Recuperado el 7 de Junio de 2011, de <http://www.proyectosalutia.com/salud/>
- Ramírez, J. E. (2009). Cambios en la dinámica familiar al presentarse un diagnóstico de diabetes en Yanga Veracruz. Comunidad afroestiza de México. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Ramón, B. J. (2007). *Genética y Diabetes Mellitus*. Recuperado el 3 de octubre de 2012 de www.costen.org/archivos/genetica.doc
- Rappaport, J.(1987) Terms of empowerment/examples of prevention: toward a theory for community psychology [version electrónica] *American Journal of Counseling Psychology*, 15, pp. 121-149.
- Robinson, S. (2010). *Las etapas de adaptación a una enfermedad crónica*. Recuperado el día 7 de Agosto de 2013 de <http://sites.google.com/site/rededargentina/las-etapas-de-adaptacion-a-una-enfermedad-cronica>
- Robles, R. (2004). *Manejo de Enfermedades crónicas y terminales*. En Oblitas (ed.) *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 240-275). México: Thompson.
- Robles, V. M. (2010). *Persuasión en pacientes y familiares hacia la diabetes tipo II*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Rodríguez, G. (1999). *Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, J. S. (2002). *La diabetes, cuerpo y salud*. España: Alfaomega Everest.
- Rodríguez, M. E. (2006). El vínculo subjetivo que establecen los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo II con la dieta terapéutica. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis S. A.

- Saavedra, G. E. (2007). Resiliencia: superando las adversidades del entorno. En Ramírez, G. M. & Córtez, V. E. B. (Coord.). *Psicología, Salud & Educación: avances y perspectivas en América Latinas*. (pp.3-11). México: AMAPSI.
- Salud Hoy.Com (2010). *Diabetes*. Recuperado el día 15 de Octubre de 2012 de <http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/diabme10.html>
- Salud, Medicina y Doctores (2009). *Que es la diabetes*. Recuperado el día 15 de Octubre de 2012 de http://salud.com.mx/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=33
- Samaniego, G. R. A. & Álvarez B. J. (2007). Tipo de alimentación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Una muestra de Monterrey (México). [Versión electrónica]. *Psicología y salud*, 17, 277-282.
- Sánchez-Aragon, R. & Díaz-Loving, R. (2009). Reglas y preceptos culturales de la expresión emocional en México: su medición. *Universitas Psychologica*, 8, pp. 793-805.
- Sánchez, J. (2002). *Psicología de los grupos: Teorías, procesos y aplicaciones*. México: McGraw-Hill.
- Sanofi Aventis (s/f). *Insulina*. Recuperado el día 28 de Agosto de 2012 de http://www.lantusinsulina.com/acerca_diabetes/mitos_diabetes.aspx
- Scientific Electronic Library Online (s/f). *Diabetes*. Recuperado el día 28 de Agosto de 2012 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n2/v19n2ao4.pdf>
- Secretaria de Salud (2009). *Fundamentos teóricos en adherencia terapéutica*. Medicina a distancia de la secretaria de salud del D. F. México: SSDF
- Silvina, S. M. (s/f). *el estado del Arte*. Recuperado el día 24 de Marzo de 2011 de http://www.perio.unlp.edu.ar/seminario/nivel2/nivel3/el%20estado%20del%20arte_silvina_sauza.pdf
- Sistema Nacional de Información en Salud (s/f). *principales causas de mortalidad general*. Recuperado el 19 de Mayo de 2011 de <http://www.sinais.salud.gob.mx/motalidad/inex.html>
- Sociedad Andaluza de Medicina Familia y Comunitaria [SAMFyC] (1998). *Grupo Diabetes samfyc*. Recuperado el día 17 de septiembre de 2012 de [http://www.cica.es/aliens\(samfyc/boca.htm](http://www.cica.es/aliens(samfyc/boca.htm)

- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria [SAMFyC] (1998). *Tratamiento y prevención*. Recuperado el día 17 de septiembre de 2012 de <http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.htm>
- Telésforo, R. M. J. (2008). *El papel del psicólogo en la casa del paciente diabético cuajimalpa*. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Todo en Diabetes (s/f). *Mitos de la Diabetes*. Recuperado el día 28 de Agosto de 2012 de http://www.todoendiabetes.org/articulos.asp?id_articulo=14
- Trejo, D. (2001). *Psicología de la Salud en México. Estilo de Vida y Hábitos de Salud*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Universidad Maimónides (2005). *Los 10 mitos más comunes sobre la diabetes*. Recuperado el día 16 de noviembre de 2011 de <http://weblog.maimonides.edu/gerontología/archives/001779.html>
- Valderrama, T. C. E. (2008). *Intervención psicológica en la adherencia terapéutica para el control de la diabetes mellitus tipo II*. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Valero, M. (2003). *Cultura, Sociedad e Identidad. Revista Universidad Intercontinental. Intersticios*. México 8(91), 165-185.
- Villoro, L. (1982). *Crear, saber, conocer*. México: Siglo XXI.
- Wikipedia (2007). *Calidad de Vida*. Pp. 1-5
- Wikipedia (s/f). *Epilepsia*. Recuperado el 25 de Octubre de, <http://es.wikipedia.org/wiki/Epilepsia>
- World Health Organization. (s/f) *Cáncer*. Recuperado el 23 de Octubre de, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- World Health Organization Global Infobase (s/f) *Mortalities*. Recuperado el 8 de Octubre de 2012 de, <https://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx?1=Group1=RBTCntyByg&DDLCTnyName=9998DDLYear=2004&TextBoxImgName=go>
- World Health Organization – NCD Country Profiles (2011). *México*. Recuperado el 10 de Octubre de 2012 de, www.who.int/nmh/countries/mex_en.pdf

A N E X O

I

GLOSARIO

Acanthosis Nigricans: Es una enfermedad rara de la piel, caracterizada por la presencia de hiperqueratosis e hiperpigmentación (lesiones de color gris - parduzco y engrosadas, que dan un aspecto verrucoso y superficie aterciopelada) en los pliegues cutáneos perianales y de las axilas. La acantosis nigricans es un trastorno pigmentario, debido a una hiperinsulinemia secundario a la resistencia de las células del cuerpo en contra de la insulina, tal como se presenta en la diabetes tipo 2. Al parecer, la incrementada concentración de insulina activa o estimula a ciertos receptores celulares promotores de la proliferación de células de la piel.

Acromegalia: Es una enfermedad endócrina crónica en personas, causada por una secreción excesiva de la hormona del crecimiento, la cual es producida en la glándula pituitaria. Determina un aumento desproporcionado del tamaño de las extremidades, dolores de cabeza y articulares y alteración de las proporciones faciales por aumento de las partes sacras. Generalmente el aumento de esta hormona se relaciona con el desarrollo de un tumor benigno.

Acetilcoenzima-A: Es el producto común del metabolismo de carbohidratos, ácidos grasos y aminoácidos.

Ácidos Grasos: Son moléculas muy energéticas y necesarias en todos los procesos celulares en presencia de oxígeno, ya que por su contenido en hidrógenos pueden oxidarse en mayor medida que los glúcidos u otros compuestos orgánicos que no están reducidos. Cuando es demasiado bajo el nivel de insulina o no hay suficiente glucosa disponible para utilizar como energía en los procesos celulares, el organismo quema ácidos grasos para ese fin y origina entonces cuerpos cetónicos, productos de desecho que causan una elevación excesiva del nivel de ácido en la sangre, lo que podría conducir a la cetoacidosis.

Ácido Nicotínico: Es una vitamina hidrosoluble, es decir, soluble en agua. Es absorbida por difusión pasiva, no se almacena y los excedentes se eliminan en la orina. Sus derivados, son esenciales en el metabolismo energético de la célula y en la reparación del ADN. Sus funciones incluyen la eliminación de químicos tóxicos del cuerpo, la participación en la producción de hormonas esteroides sintetizadas por la glándula adrenal, como son las hormonas sexuales y las hormonas relacionadas con el estrés. Además ayuda al

funcionamiento del aparato digestivo, la piel y los nervios. También es importante para la conversión de los alimentos en energía.

Adrenalina: También conocida como epinefrina, es una hormona y un neurotransmisor. Incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata los conductos de aire, y participa en la respuesta lucha o huida del sistema nervioso simpático. Actúa sobre diversos órganos y sistemas facilitando la transmisión del impulso nervioso de una fibra a otra. Prepara al organismo para la lucha, poniéndole en guardia ante una situación de estrés. Esta reacción incrementa el latido cardíaco, disminuye el flujo sanguíneo en el intestino y lo aumenta en los músculos esqueléticos. También incrementa los niveles de glucosa en sangre al provocar que las células musculares y hepáticas desdoblen el glucógeno (reserva de glucosa) Además tiene un efecto broncodilatador.

Adrenérgicos: Es la terminación nerviosa en la que el impulso nervioso se transmite mediante la liberación de adrenalina y noradrenalina.

Albumina: Es una proteína que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo, siendo la principal proteína de la sangre, y una de las más abundantes en el ser humano. Es sintetizada en el hígado. El resto de proteínas presentes en el plasma se llaman en conjunto globulinas. La albúmina es fundamental para el mantenimiento de la presión osmótica, necesaria para la distribución correcta de los líquidos corporales entre el compartimento intravascular y el extravascular, localizado entre los tejidos.

Albuminuria: Es un proceso patológico manifestado por la presencia de albúmina en la orina. La albuminuria indica un fallo renal, por fracaso en el filtrado de moléculas grandes, como es el caso de la albúmina. La cantidad de albúmina excretada puede medirse sobre muestras de orina obtenida en 24 horas.

Aldosteronoma: Es un tumor benigno de la corteza suprarrenal y produce un exceso de hormona aldosterona. Esta hormona está relacionada con el balance metabólico del agua y los electrolitos sodio y potasio. Da lugar a hiperaldosteronismo con retención de sal, expansión del volumen del líquido extracelular y aumento de la presión arterial.

Agonistas adrenérgicos beta: Es un medicamento u otra sustancia que ejerce efectos similares o idénticos a los de la epinefrina (adrenalina). Por ello, son un tipo de agentes simpaticomiméticos. Sus acciones son opuestas a las de los antagonistas adrenérgicos, es decir, los beta bloqueantes y los alfa bloqueantes.

Amaurosis: El término se utiliza en medicina para describir la pérdida total o casi completa de visión producida por una causa orgánica. Por lo tanto amaurosis tiene el mismo significado que ceguera, aunque generalmente el término se emplea cuando aparece ceguera de inicio brusco sin lesiones aparentes del ojo, por ejemplo por afectación del nervio óptico.

Aminoácidos: Son las unidades químicas o elementos constitutivos de las proteínas que a diferencia de los demás nutrientes contienen nitrógeno. Los aminoácidos son biomoléculas formadas por © Carbono, (H) Hidrogeno, (O) Oxígeno y (S) Azufre. Estos, son la única fuente aprovechable de nitrógeno para el ser humano, además son elementos fundamentales para la síntesis de las proteínas, y son precursores de otros compuestos nitrogenados.

Anticuerpos antirreceptor de insulina: Estos anticuerpos pueden ocasionar diabetes al fijarse al receptor e impedir que la insulina se una al mismo para desencadenar la cascada de señales. Sin embargo, en algunos casos estos anticuerpos pueden actuar como agonistas una vez fijados al receptor y ocasionar hipoglucemia.

Arritmia sinusal: Se conoce como arritmia a cualquier alteración del ritmo cardíaco, ya sea por cambio de sus características (ritmos distintos del ritmo sinusal normal) o por variaciones inadecuadas de la frecuencia. Aunque la frecuencia cardiaca es variable (los valores normales se encuentran entre 50 y 100 latidos), puede ser normal hallar cifras por debajo o por encima de estos valores en función de las características del individuo o la situación en la que se encuentra En condiciones normales el latido del corazón no es percibido. Algunas arritmias causan pocos o ningún síntoma diagnóstico y tienen un efecto mínimo en la eficacia del bombeo del corazón especialmente cuando duran poco tiempo. Muchos adultos sanos sufrirán arritmias cortas de vez en cuando. Las arritmias que duran minutos o incluso horas pueden tener consecuencias muy serias. Pueden reducir la cantidad de sangre que el corazón bombea al cuerpo.

Artropatía Neuropática: También llamada Articulación de Charcot, es una enfermedad del sistema nervioso central con degeneración de los nervios que llevan las señales correspondientes a los músculos. Se caracteriza por debilidad asimétrica en el cuerpo, usualmente de un miembro inferior, presencia de fatiga, calambres y fibrilación (contracción o temblor incontrolable de fibras musculares) de los músculos de la

extremidad superior con debilidad y espasticidad (algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos) de la extremidad inferior. Esta enfermedad neuropática articular es consecuencia de lesiones de los nervios, que no permiten la percepción del dolor articular por parte de la persona afectada. Por lo tanto, las lesiones y fracturas insignificantes y repetitivas pasan inadvertidas, hasta que finalmente el deterioro acumulado destruye la articulación de forma permanente.

Ataxia de friedreich: Es una enfermedad hereditaria con un patrón de herencia autosómica recesiva y una enfermedad neurodegenerativa que causa en quienes la padecen un deterioro progresivo del cerebelo y ganglios espinales dorsales. Esta degeneración provoca en los afectados, de manera imparable, una pérdida progresiva de muchas de las funciones necesarias para una autonomía personal: pérdida de sensibilidad, descoordinación en los movimientos, escoliosis, disfagia, disartria, y en muchos casos diabetes y problemas cardíacos graves, causantes de la muerte en la mayoría de los casos.

Atonía: Se refiere a un músculo que ha perdido su fuerza.

Cetonas: Las cetonas se acumulan cuando el cuerpo necesita descomponer las grasas y los ácidos grasos para usarlos como energía. Es más probable que esto ocurra cuando el cuerpo no recibe suficiente azúcar o carbohidratos.

Cetonuria: Es un trastorno médico caracterizado por una alta concentración en la orina de cuerpos cetónicos, como la acetona. Varias enfermedades pueden producir una acetonuria, en especial aquellas que producen cuerpos cetónicos como resultado del uso de vías alternas de energía metabólica. Se ve cetonuria en la inanición o, con mayor frecuencia, en la diabetes mellitus descompensada. La producción de cuerpos cetónicos es una respuesta normal a un déficit de glucosa. Una cetonuria puede verse en estados de acidosis metabólica llamada cetoacidosis. En personas no-diabéticas, la cetonuria puede ocurrir durante enfermedades agudas o estrés severo. Aproximadamente 15% de los pacientes hospitalizados pueden tener cetonuria, aún sin ser diabéticos. En un paciente diabético, los cuerpos cetónicos en la orina sugiere que el paciente no está adecuadamente controlado y que se deben hacer ajustes a su terapia medicamentosa, su dieta o ambos. En pacientes no-diabéticos, la cetonuria refleja una reducción en el metabolismo de los carbohidratos y un metabolismo excesivo de los ácidos grasos.

Citomegalovirus (cmv): Es una forma de virus herpes. Principalmente ataca a las glándulas salivares y puede ser una enfermedad grave o fatal para los fetos. La infección por cmv también puede poner en peligro la vida de los pacientes que sufren inmunodeficiencia (paciente con vih o trasplante de órganos recientes).

Colesterol: Es un lípido que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo de los vertebrados. Se presenta en altas concentraciones en el hígado, médula espinal, páncreas y cerebro. Este lípido es muy necesario para la vida, porque a través de él, el organismo sintetiza la bilis, sustancia segregada por el hígado y que colabora en la digestión. Además, el colesterol fabrica las hormonas sexuales y lo que es más importante, el colesterol es un componente indispensable de las membranas (paredes) de todas las células, sobre todo las cerebrales. Lo que resulta dañino, son los excesos de colesterol ya que éstos se depositan en las paredes de las arterias favoreciendo la arteriosclerosis, proceso que angosta la luz de los vasos dificultando así el pasaje de la sangre.

Colesterol de baja densidad [c-LDL]: La mayor parte del colesterol se transporta en la sangre unida a proteínas, formando unas partículas conocidas como lipoproteínas de baja densidad. Cuando la célula necesita colesterol para la síntesis de membrana, produce proteínas receptoras de LDL y las inserta en su membrana plasmática. Cuando el colesterol es captado pasa a los lisosomas donde se hidrolizan los ésteres de colesterol dando lugar a colesterol libre, que de esta forma queda a disposición de la célula para la biosíntesis de las membranas. Si se acumula demasiado colesterol libre en la célula, ésta detiene tanto la síntesis de colesterol como la síntesis de proteínas receptoras de LDL, con lo que la célula produce y absorbe menos colesterol, por lo que los niveles de colesterol en sangre se elevan predisponiendo a los individuos a una aterosclerosis.

Colesterol de alta densidad [c-HDL]: Son aquellas lipoproteínas que transportan el colesterol desde los tejidos del cuerpo hasta el hígado. Estas lipoproteínas son más pequeñas y más densas, están compuestas de una alta proporción de proteínas. El hígado sintetiza estas lipoproteínas como proteínas vacías y, tras recoger el colesterol, incrementan su tamaño al circular a través del torrente sanguíneo. Debido a esto, las HDL pueden retirar el colesterol de las arterias y transportarlo de vuelta al hígado para su excreción, se les conoce como el colesterol o lipoproteína buena.

Corea de Huntington: Es un trastorno genético hereditario que se transmite de padres a hijos, en el cual las neuronas en ciertas partes del cerebro se desgastan o se degeneran. La consideración clínica se puede resumir en que es un trastorno neuropsiquiátrico. Sus síntomas suelen aparecer hacia la mitad de la vida de la persona que lo padece (unos 30 o 50 años de media) aunque pueden aparecer antes y los pacientes muestran degeneración neuronal constante, progresiva e ininterrumpida hasta el final de la enfermedad que suele coincidir con el final de su vida por demencia y muerte o suicidio. La enfermedad produce alteración cognoscitiva, psiquiátrica y motora, de progresión muy lenta, durante un periodo de 15 a 20 años. El rasgo externo más asociado a la enfermedad es el movimiento exagerado de las extremidades (movimientos coreícos) y la aparición de muecas repentinas. Además, se hace progresivamente difícil el hablar y el tragar. En las etapas finales de la enfermedad, la duración de los movimientos se alarga, manteniendo los miembros en posiciones complicadas y dolorosas durante un tiempo que puede prolongarse hasta horas.

Cortisol: La hidrocortisona o cortisol es el principal glucocorticoide segregado por la corteza suprarrenal humana y el esteroide más abundante en la sangre periférica con doble función metabólica:

1. Acción glucocorticoide: Metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas.
2. Acción mineralocorticoide: Homeostasis del agua y los electrolitos aumenta la producción de glucógeno en el hígado e inhibe la utilización periférica de glucosa. Su empleo en clínica se debe fundamentalmente a su efecto antiinflamatorio.

Creatinina: Es un compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina (que es un nutriente útil para los músculos). Se trata de un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que habitualmente produce el cuerpo en una tasa muy constante (dependiendo de la masa de los músculos), y que normalmente filtran los riñones excretándola en la orina. La medición de la creatinina es el modo más simple de monitorizar la correcta función de los riñones. La creatinina es eliminada del cuerpo completamente por los riñones. Si la función renal es anormal, los niveles de creatinina se incrementarán en la sangre, debido a que se elimina menos creatinina a través de la orina.

Diabetes Lipoatrófica: Enfermedad hereditaria caracterizada por diabetes mellitus insulino-resistente, pérdida de grasa corporal, acantosis nigricans e hipertrofia muscular. Se asocia con un trastorno del hipotálamo que ocasiona una concentración excesiva de

hormonas liberadoras de ACTH y de hormona del crecimiento. La lipodistrofia congénita generalizada es un trastorno hereditario poco común, de herencia autosómica recesiva, caracterizado por la ausencia casi total de tejido adiposo desde el nacimiento. Se asocia a la aparición precoz de anomalías metabólicas como hipertrigliceridemia, esteatosis hepática y resistencia a la insulina, que pueden acarrear consecuencias fatales debido al desarrollo de aterosclerosis precoz, diabetes lipoatrófica y cirrosis hepática.

Diazóxido: Es un activador de los canales de potasio, que causa una relajación local en el músculo liso a través de un incremento de la permeabilidad membranosa hacia los iones de potasio. Esto cambia los canales iónicos voltaje-dependientes de calcio que inhiben la generación de un potencial de acción. Este fármaco es utilizado como un vasodilatador en el tratamiento de la hipertensión aguda o la hipertensión maligna. Además, inhibe la secreción de insulina desde el páncreas, por lo que se utiliza para contrarrestar la hipoglucemia en varios estados de la enfermedad, tales como la insulinoma (un tumor productor de insulina) o el hiperinsulinismo congénito.

Diaforesis: Es el término médico para referirse a una excesiva sudoración, que puede ser normal (fisiológica), resultado de la actividad física, una respuesta emocional, una temperatura ambiental alta, síntoma de una enfermedad subyacente o efectos crónicos de las anfetaminas (patológica).

Dislipidemias: Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.

Disacáridos: Son un tipo de hidratos de carbono, formados por la unión de dos monosacáridos iguales o distintos. Los disacáridos más comunes son la sacarosa, la lactosa, la maltosa, la trehalosa.

Distrofia Miotónica: Es una enfermedad del grupo de las distrofias musculares. Estas son enfermedades genéticas que pueden afectar los músculos de todo el cuerpo. La distrofia miotónica que también se llama enfermedad de Steinert, es el tipo más común de distrofia muscular en los adultos. La distrofia miotónica debilita y reduce el tamaño de los músculos. Sus músculos también pueden volverse muy rígidos cuando usted los usa. Después de usarlos, tardan cierto tiempo en relajarse nuevamente. Esto se conoce como miotonía y es común en las manos. La distrofia miotónica afecta mucho más que sólo músculos. También

causa problemas en muchas partes del cuerpo, como el corazón, los ojos, el cerebro y otras más.

Enzimas pancreáticas: Son químicos naturales que ayudan a descomponer grasas, proteínas y carbohidratos. Un páncreas saludable secreta diariamente cerca de 8 tazas de jugo pancreático en el duodeno, la parte del intestino delgado que se conecta con el estómago. Este fluido contiene las enzimas pancreáticas y también ayuda a neutralizar el ácido producido por el estómago en el momento en que entra en el intestino delgado.

Estrés Oxidativo: Es un estado de la célula en la cual se encuentra alterada la homeostasis óxido-reducción intracelular, es decir el balance entre prooxidantes y antioxidantes. Este desbalance se produce a causa de una excesiva producción de especies reactivas de oxígeno (EROs) y/o por deficiencia en los mecanismos antioxidantes, conduciendo a daño celular.

Etiopatogenia: Término que hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad concreta.

Feocromocitoma: Es el término médico usado para un tumor de la médula suprarrenal de la glándula adrenal. Específicamente se originan de las células cromafinas y producen una secreción aumentada y no regulada de catecolaminas. Puede presentarse con un solo tumor o múltiples tumores. Las manifestaciones clínicas son producto de la secreción excesiva de catecolaminas, en particular hipertensión arterial. A este tumor se le llama también paraganglioma adrenal.

Fibrosis quística: Es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva que provoca la acumulación de moco espeso y pegajoso en los pulmones, el tubo digestivo y otras áreas del cuerpo. La fibrosis quística afecta principalmente a los pulmones, y en menor medida al páncreas, hígado e intestino.

Función endocrina u hormonal: El páncreas es una glándula con función dual, con características de ambas endocrinas y glándulas exocrinas. La parte del páncreas con la función endocrina está formada por aproximadamente un millón de grupos de células llamados islotes de Langerhans. Cuatro principales tipos de células existentes en los islotes. Son relativamente difíciles de distinguir a las técnicas estándar de tinción, pero pueden ser clasificados por su secreción: las células α secretan glucagón (glucosa aumentan en la sangre), β células secretan la insulina (disminución de glucosa en la sangre), δ células

secretan somatostatina (regula / detiene α y las células β), y las células secretan PP polipéptido pancreático.

Función exocrina o digestiva: En contraste con el páncreas endocrino, que secreta hormonas en la sangre, el páncreas exocrino produce enzimas digestivas y un líquido alcalino (denominado jugo pancreático), y segrega ellos en el intestino delgado a través de un sistema de conductos exocrinas en respuesta a la pequeña las hormonas del intestino secretina y colecistoquinina. Las enzimas digestivas incluyen tripsina, quimotripsina, lipasa pancreática y la amilasa pancreática, y son producidas y secretadas por las células acinares del páncreas exocrino. Las células específicas que revisten el conducto pancreático, llamado células centroacinares, secretan un bicarbonato - y sal rica en soluciones en el intestino delgado.

Glucagonoma: Es un tumor muy raro de las células de los islotes pancreáticos, que lleva a un exceso de la hormona glucagón en la sangre.

Glucocorticoides: Son hormonas de la familia de los Corticosteroides que participan en la regulación del metabolismo de carbohidratos favoreciendo la gluconeogénesis y la glucogenólisis hepática con actividad inmunosupresora. Su acción reguladora se extiende también al metabolismo intermedio de grasas y proteínas. Los glucocorticoides producidos principalmente en la médula suprarrenal de los seres humanos son el cortisol, la cortisona y la corticosterona.

Glomerulosclerosis: Es el término usado para describir el tejido cicatrizado que se presenta dentro del riñón en las bolas pequeñas de los diminutos vasos sanguíneos llamados glomérulos. Los glomérulos ayudan a los riñones a filtrar la orina de la sangre.

Glucemia: Hace referencia a la presencia de glucosa en la sangre.

Glucógeno: Es un compuesto formado por el cúmulo de moléculas de glucosa, que sirven de almacén o reserva de energía.

Glucosa: Es un monosacárido con fórmula molecular $C_6H_{12}O_6$. Es una hexosa, es decir, que contiene 6 átomos de carbono, y es una aldosa, esto es, el grupo carbonilo está en el extremo de la molécula. Es una forma de azúcar que se encuentra libre en las frutas y en la miel. Su rendimiento energético es de 3,75 kilocalorías por cada gramo en condiciones estándar.

Glucosuria: Se refiere a la presencia de glucosa en la orina a niveles elevados.

Glucagón: Es una hormona peptídica de 29 aminoácidos, producida en el páncreas que actúa en el metabolismo del glucógeno. El glucagón se usa para aumentar el nivel bajo de azúcar en la sangre. Una de las consecuencias de la secreción de glucagón es la disminución de la fructosa-2,6-bisfosfato y el aumento de la gluconeogénesis.

Hemocromatosis: Es una enfermedad hereditaria que afecta al metabolismo del hierro, provocando un acúmulo excesivo e incorrecto de este metal en los órganos y sistemas del organismo. En concentraciones fisiológicas, el hierro es un elemento vital para el organismo gracias a su capacidad de recibir y ceder electrones. Sin embargo, cuando se encuentra en grandes cantidades pierde esta función y genera radicales libres, causantes del daño orgánico presente en la enfermedad.

Hiperacetoneamia: Exceso de cuerpos cetónicos en la sangre.

Hipercolesterolemia: Es la presencia de niveles elevados del colesterol en la sangre. No puede considerarse una patología sino un desajuste metabólico que puede ser secundario a muchas enfermedades y puede contribuir a muchas formas de enfermedad, especialmente cardiovascular.

Hipertrigliceridemia: Es el aumento de triglicéridos en la sangre.

Hiperinsulinemia: Es una condición en la que hay exceso de los niveles de insulina circulante en la sangre. También conocido como pre-diabetes, resistencia a la insulina y el síndrome X.

Hiperhidrosis: Es una enfermedad caracterizada por una excesiva producción de sudor en uno o varios niveles del cuerpo, de forma crónica; condicionando las relaciones personales y las actividades sociales. Las personas con hiperhidrosis pueden sudar incluso cuando la temperatura está fresca o cuando están en reposo.

Hipertiroidismo: Es un tipo de tirotoxicosis caracterizado por un trastorno metabólico en el que el exceso de función de la glándula tiroidea conlleva una hipersecreción de hormonas tiroideas. Como consecuencia aparecen síntomas tales como taquicardia, pérdida de peso, nerviosismo y temblores.

Hipertrofia renal: Incremento del tamaño y la función renal, en circunstancias en las que hay una reducción del número de nefronas. Las causas pueden ser: congénitas, como en la oligomeganefronia, agenesia renal unilateral, nefrectomía unilateral por enfermedad o por donación renal de vivo.

Hipotensión ortostática: La presión arterial baja, o hipotensión, ocurre cuando la presión arterial durante y después de cada latido cardíaco es mucho más baja de lo usual, lo cual significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo no reciben suficiente sangre.

Hormonas tiroideas: Son hormonas basadas en la tirosina producidas por la glándula tiroides, el principal responsable de la regulación del metabolismo. Un componente importante en la síntesis de las hormonas tiroideas es el yodo. Sus efectos son el aumento del metabolismo basal, lo cual es indispensable para un correcto desarrollo fetal, y el funcionamiento adecuado de los sistemas cardiovasculares, musculoesquelético, hematopoyético, así como para respuestas corporales adecuadas en cuanto a producción de calor, consumo de oxígeno y regulación de otros sistemas hormonales.

Hormona del Crecimiento: También llamada Hormona somatotrófica, es una hormona proteica segregada por la glándula pituitaria anterior bajo el control del hipotálamo. En los niños, la GH promueve el crecimiento, estimulando la secreción de hormonas (somatomedinas) en el hígado. Las somatomedinas pertenecen a la familia de hormonas del factor de crecimiento parecidas a la insulina. Éstas, junto con la GH y la hormona tiroidea, estimulan el crecimiento lineal del esqueleto en los niños. En los adultos, la GH estimula la síntesis de proteínas en el músculo y la secreción de ácidos grasos del tejido adiposo (efectos anabólicos). Inhibe la captación de glucosa por el músculo, mientras que estimula la captación de aminoácidos. Los aminoácidos se usan en la síntesis de proteínas y el músculo pasa a utilizar ácidos grasos como fuente de energía. La secreción de la GH ocurre en distintos impulsos (secreciones concentradas y cortas) y de manera esporádica.

Ictus: Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se la conoce como Accidente Cerebro Vascular (ACV), embolia o trombosis. Los dos últimos términos, no obstante, se refieren más a bien a distintas causas del ictus. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

Infecciones Micóticas: Las infecciones micóticas o fúngicas están provocadas por hongos que infectan la piel. Son enfermedades frecuentes, contagiosas y curables con un tratamiento correcto.

Interferón alfa: Los interferones son unas proteínas producidas naturalmente por el sistema inmunitario de la mayoría de los animales como respuesta a agentes patógenos, tales como virus y células cancerígenas. Los interferones son glicoproteínas de la clase de las citocinas. Reciben su nombre debido a su capacidad para interferir en la replicación de los virus en las células hospedadoras. Se unen a receptores en la superficie de las células infectadas, activando diferentes vías de señalización en las que participan diversas proteínas antivirales (como la PKR), para impedir la replicación de una amplia variedad de virus de ARN y ADN. Cumplen, además, otras funciones: activan células inmunes, como los macrófagos y las células NK; incrementan el reconocimiento de células cancerígenas o infecciones al dinamizar la presentación de antígenos a los linfocitos T y, finalmente, incrementan la capacidad de las células sanas para resistir a nuevas infecciones víricas. Ciertos síntomas como el dolor muscular y la fiebre están relacionados con la producción de interferones durante la infección.

Intolerancia a la glucosa en ayuno: Condición en el que los niveles plasmáticos de glucosa en ayunas son superiores a los normales, pero inferiores a los diagnósticos de diabetes mellitus.

Intolerancia a la glucosa post-prandial: Condición en el que los niveles plasmáticos de glucosa después de los alimentos son superiores a los normales, pero inferiores a los diagnósticos de diabetes mellitus.

Índice de masa corporal (imc): es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso que puede tener una persona. El imc es igual a la masa en kilogramos dividida por el cuadrado de la estatura en metros ($imc=kg/m^2$). El rango normal se considera entre 18.5 y 24.9. Si está entre 25 y 30 denota sobrepeso, mientras que un imc mayor de 30 indica obesidad.

Insulina: Hormona producida por el páncreas, cuya función más importante es la regulación de la entrada de glucosa al interior de las células. Su carencia absoluta o relativa, determina la aparición de una enfermedad metabólica llamada diabetes mellitus.

Islotes de Langerhans: Son islotes que se localizan dentro del páncreas.

Letargia: Estado patológico caracterizado por la relajación muscular, la anulación de la sensibilidad y el dominio de un sueño profundo. Se observa en estados patológicos como las tripanosomiasis y ciertas alteraciones neurológicas. También se denomina letargo.

Leprechaunismo: También conocido como Síndrome de Donohue y es una enfermedad genética, endocrinológica y extremadamente rara. Se caracteriza por resistencia máxima a la insulina, hiperglucemia, hiperinsulinemia, hipergenitalismo y un trastorno dismórfico con retraso de la maduración y del crecimiento óseos (salvo en las piernas, que suelen ser largas), lipodistrofia, hirsutismo, ginecomastia, y retraso intenso del crecimiento pre y postnatal. Además, se acompaña de retraso mental generalmente grave. Su nombre se deriva del hecho de que los afectados por la enfermedad tienen rasgos de gnomos y son más pequeños que de costumbre. Los rasgos faciales que caracterizan el leprechaunismo son entre otros, orejas alargadas, de lóbulo ensanchado e implantación baja, narinas ensanchadas, y labios delgados. Otros rasgos serían: alteraciones genitales: pechos y clítoris alargados en mujeres y pene también acortado en varones, así como un enanismo severo.

Monosacáridos: Son moléculas sencillas que responden a la fórmula general $(CH_2O)_n$, además son sustancias blancas, con sabor dulce, cristalizables y solubles en agua. Se oxidan fácilmente, transformándose en ácidos, por lo que se dice que poseen poder reductor (cuando ellos se oxidan, reducen a otra molécula).

Mucormicosis: Es una infección micótica de los senos paranasales, el cerebro o los pulmones que se presenta sobre todo en personas con un sistema inmunitario debilitado.

Microalbuminuria: Es un marcador de una enfermedad renal incipiente (valores de 30 a 299 mg/dl/24 h), aunque todavía no de manifestaciones clínicas, ya que en todos los casos el riñón sano no excreta proteínas.

Neoplasia: Término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido provocada porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior al normal. Las neoplasias pueden ser benignas cuando se extienden solo localmente y malignas cuando se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia.

Neuroglucopenia: Manifestación derivada del sufrimiento neuronal producido por hipoglucemia. El mareo, la irritabilidad, la confusión, las convulsiones, el estupor y el coma

son las manifestaciones neuroglucopénicas que, potencialmente, pueden presentarse en las crisis de hipoglucemia.

Neuropatía autonómica: Es un grupo de síntomas que ocurren cuando hay daño a los nervios que controlan funciones corporales cotidianas como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la transpiración, la evacuación de los intestinos y de la vejiga y la digestión.

Nutrientes: Son aquellos componentes de los alimentos que tienen una función energética, estructural o reguladora.

Oligoelementos: Son bioelementos presentes en pequeñas cantidades (menos de un 0,05%) en los seres vivos y tanto su ausencia como su exceso puede ser perjudicial para el organismo, llegando a ser hepatotóxicos. Además de los cuatro elementos de los que se compone mayoritariamente la vida (oxígeno, hidrógeno, carbono y nitrógeno), existe una gran variedad de elementos químicos esenciales.

Pancreatitis: Es la inflamación del páncreas, esto ocurre cuando las enzimas pancreáticas (especialmente la tripsina) que digieren la comida se activan en el páncreas en lugar de hacerlo en el intestino delgado. La inflamación puede ser súbita (aguda) o progresiva (crónica). La pancreatitis aguda generalmente implica un solo “ataque”, después del cual el páncreas regresa a su estado normal. La pancreatitis aguda severa puede comprometer la vida del paciente. En la pancreatitis crónica, se produce un daño permanente del páncreas y de su función, lo que suele conducir a la fibrosis (cicatrización).

Pancreatectomía: Cualquier intervención del páncreas que extirpe al menos la cola de este (pancreatectomía caudal), pero también puede extirpar el cuerpo (pancreatectomía corporo caudal) o casi todo el páncreas.

Parestesia: Se define como la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc., producido por una patología en cualquier sector de las estructuras del sistema nervioso central o periférico. El entumecimiento y hormigueo son sensaciones anormales que se pueden producir en cualquier parte del cuerpo, pero son más usuales en las manos, pies, brazos y piernas.

Pentamidina: Es un agente antiinfeccioso que ayuda a tratar o prevenir la neumonía causada por el organismo *Pneumocystis carinii*.

Piloerección: Son pelos que se erizan debido a la acción de los músculos erectores del pelo, llamados piloerectores o pilomotores.

Polipeptido pancreático: Es un polipéptido producido en las células PP del páncreas. Su función es la de autoregular la función secretora (endocrina y exocrina) y tiene efecto sobre los niveles de glucógeno hepático y secreciones gastrointestinales. Su secreción en humanos se incrementa después de la ingesta de alimentos ricos en proteínas, ayuno, ejercicio e hipoglicemia; y se disminuye a causa de la somatostatina y glucosa intravenosa.

Porfiria: Las porfirias son un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas, generalmente hereditarias, ocasionadas por deficiencia en las enzimas que intervienen en la biosíntesis del grupo hemo (componente de la hemoglobina, parte esencial de los glóbulos rojos).

Potencial de hidrogeniones (pH): Es una medida de acidez o alcalinidad de una disolución, se expresa en una escala de pH, que oscila del 0 al 14. El pH indica la concentración de iones hidronio $[H_3O^+]$ presentes en determinadas sustancias.

Resistencia a la insulina: Ocurre cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina eficientemente. Para compensar, el páncreas descarga más y más insulina para tratar de mantener el nivel normal de azúcar en la sangre. Gradualmente, las células que producen insulina en el páncreas se vuelven deficientes y por último disminuye su número total. Como resultado, el nivel de azúcar en la sangre comienza a subir, ocasionando el desarrollo total de la diabetes. Esa es la razón por la cual la resistencia a la insulina se considera una deficiencia metabólica principal de la diabetes tipo 2.

Rubéola congénita: Ocurre cuando el virus de la rubéola en la madre afecta al feto en un momento crítico, en los primeros tres meses del embarazo. Después del cuarto mes, es menos probable que la infección de rubéola de la madre ocasione daños al feto en desarrollo.

Sincope: Llamado también desmayo o soponcio, es una pérdida brusca de conciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea sin necesidad de maniobras de reanimación.

Síndrome de cushing: Conocido también como hipercortisolismo, es una enfermedad provocada por el aumento de la hormona cortisol. Este exceso de cortisol puede estar provocado por diversas causas. La más común, que afecta a un 60-70% de los pacientes, es

un adenoma en la hipófisis; esta forma del síndrome es conocida concretamente como enfermedad de Cushing.

Síndrome de down: Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales, por ello se denomina también trisomía del par 21. Se caracteriza por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva psíquica congénita.

Síndrome del “hombre tieso”: Es un cuadro neurológico caracterizado por rigidez muscular y espasmos dolorosos, posiblemente de origen autoinmune, que responde al tratamiento con inmunomoduladores y miorrelajantes.

Síndrome de klinefelter: Es una anomalía cromosómica que afecta solamente a los hombres y ocasiona, principalmente, hipogonadismo. Se basa en una alteración genética que se desarrolla por la separación incorrecta de los cromosomas homólogos durante las meiosis que dan lugar a los gametos de uno de los progenitores, aunque también puede darse en las primeras divisiones del cigoto.

Síndrome de Lawrence-Moon-Beidl: Conjunto sintomático hereditario, transmitido, probablemente, según el tipo autosómico recesivo y que comprende esencialmente una obesidad con retinitis pigmentaria, asociadas, con frecuencia, a retraso mental, aplasia genital, polidactilia. Raramente se observan anomalías renales, cardíacas o neurológicas.

Síndrome de prader-willi: Es causado por la carencia de un gen en parte del cromosoma 15. Normalmente, cada uno de los padres transmite una copia de este cromosoma. La mayoría de los pacientes con este síndrome carecen del material genético en parte del cromosoma del padre. Se considera una enfermedad rara, parte de su complejidad se basa en el amplio rango de manifestaciones clínicas y en su variable grado de severidad.

Síndrome de rabson-mendenhall: Es un trastorno hereditario autosómico recesivo poco frecuente que pertenece al grupo de los síndromes de resistencia a la insulina. Clínicamente, se manifiesta con la presencia de hiperinsulinismo asociado a otras alteraciones como malformaciones dentarias, hiperandrogenismo, retraso de edad ósea o hiperplasia de glándula pineal, entre otros. Para llegar al diagnóstico definitivo es necesario la realización de estudio genético. En la actualidad, no existe un tratamiento curativo. No

obstante, la introducción de hipoglucemiantes orales ha supuesto una disminución de las complicaciones metabólicas asociadas al síndrome.

Síndrome de Turner: Es una enfermedad genética caracterizada por la presencia de un solo cromosoma X. Genotípicamente son mujeres (por ausencia de cromosoma Y). Se trata, de la única monosomía viable en humanos, la carencia de cualquier otro cromosoma en la especie humana es letal. A las mujeres con síndrome de Turner les falta parte o todo un cromosoma X. En algunos casos se produce mosaïcismo, es decir que la falta de cromosoma X afecta a todas las células del cuerpo. La ausencia de cromosoma Y determina el sexo femenino de todos los individuos afectados, y la ausencia del segundo cromosoma X determina la falta de desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Esto confiere a las mujeres que padecen el síndrome de Turner un aspecto infantil e infertilidad de por vida.

Síndrome de wólfram: Es una enfermedad neurodegenerativa, también conocida por el acrónimo DIDMOAD (DIDMAOS en español), tomando las iniciales de sus principales componentes clínicos: Diabetes Insípida, Diabetes Mellitus, Atrofia Óptica y Sordera. El síndrome de Wolfram es una enfermedad genéticamente muy heterogénea, que afecta por igual a hombres y mujeres. Las causas de este síndrome no se conocen con exactitud todavía. En la mayoría de los casos se evidencia una herencia autosómica recesiva, (se tienen que heredar la versión alterada del gen de ambos progenitores para padecer la enfermedad), aunque en algunos pacientes parece existir cierta herencia mitocondrial, (que sería solamente de herencia materna). El gen de la wolframina, cuyas mutaciones podrían ser parte de la base de la enfermedad, ha sido mapeado en el cromosoma 4p16.1. La wolframina se encuentra en células de todo el organismo, siendo sus concentraciones más altas en el corazón, cerebro, pulmones y páncreas; aunque su función se desconoce por ahora parece jugar un papel en el procesamiento de otras proteínas y en la supervivencia de las células nerviosas y pancreáticas.

Somatostina: Es una hormona proteica de 14 aminoácidos producida por las células delta del páncreas, en lugares denominados islotes de Langerhans. Interviene indirectamente en la regulación de la glucemia, e inhibe la secreción de insulina y glucagón. La secreción de la somatostatina está regulada por los altos niveles de glucosa, aminoácidos, de glucagón, de ácidos grasos libres y de diversas hormonas

gastrointestinales. Su déficit o su exceso provocan indirectamente trastornos en el metabolismo de los carbohidratos.

Tiazidas: Las tiazidas aumentan la excreción de NaCl y de un volumen acompañante de agua. Mecanismo de acción: inhiben el sistema de cotransporte Na-Cl. También tienen un efecto antihipertensivo, son diuréticos moderados pero potentes antihipertensivos. Cumplen una acción antidiurética, las tiazidas causan efecto paradójico reduciendo la diuresis en pacientes con diabetes insípida. A nivel de los electrolitos, aumentan la excreción de Na, Cl y K. Las tiazidas aumentan la resistencia a la insulina en pacientes diabéticos no insulino dependientes, e hiperuricemia en gotosos. Aumentan los niveles de triglicéridos y colesterol con el tratamiento crónico.

Triglicéridos: Son un tipo de grasa presente en el torrente sanguíneo y en el tejido adiposo. Los triglicéridos son el principal tipo de grasa transportado por el organismo. Recibe el nombre de su estructura química. Luego de comer, el organismo digiere las grasas de los alimentos y libera triglicéridos a la sangre. Estos son transportados a todo el organismo para dar energía o para ser almacenados como grasa. El hígado también produce triglicéridos y cambia algunos a colesterol. El hígado puede cambiar cualquier fuente de exceso de calorías en triglicéridos.

Un exceso en este tipo de grasa puede contribuir al endurecimiento y el estrechamiento de las arterias. Eso lo pone en riesgo de tener un infarto o un ataque cerebral (derrame). Enfermedades como la diabetes, la obesidad, la insuficiencia renal o el alcoholismo pueden causar un aumento de los triglicéridos. Con frecuencia, la elevación de los triglicéridos ocurre al mismo tiempo que el aumento de los niveles de colesterol, que es otro tipo de grasa.

Vasavascularum: Son pequeños vasos que están en las paredes de las grandes arterias y venas que le ayudan a nutrirse a las mismas. Todo tejido corporal requiere nutrición para poder sobrevivir. Esta se logra a través de nutrientes y oxigenación que viaja en la sangre usando los vasos sanguíneos e irrigando toda la periferia. Pero a su vez, los vasos que transportan sangre también tienen que nutrir su propio metabolismo celular del cual están conformados (su arquitectura celular), y para ello tienen su propio sistema de irrigación vascular que se llama “vasa vasorum”, del latín que significa: vasos de los vasos.

Vejiga Neurógena: Es una función anormal de la vejiga causada por un problema nervioso. La vejiga probablemente se vacía demasiado a menudo y en el momento incorrecto (incontinencia) o la vejiga no puede eliminar completamente la orina (retención de orina). En este caso, la orina puede salirse de una vejiga que está demasiado llena.

Xerostomía: Es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.

ABREVIATURAS

APA – Asociación Americana de Psicología (siglas en ingles)

c-HDL - colesterol de alta densidad (Glucocilación de lipoproteínas de densidad alta)

c-LDL – colesterol de baja densidad (lipoproteína de densidad muy baja)

CV – Calidad de Vida

CVRS – Calidad de Vida Relacionada con la Salud

DM – Diabetes Mellitus

EUFIC – El Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación

EV – Estilo de Vida

FESI – Facultad de Estudios superiores Iztacala

FESZ – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

FMD – Federación Mexicana de Diabetes

HC – Hidratos de Carbono o Carbohidratos

Kg/m² – Kilogramos sobre metros cuadrados

MBPS – Modelo BioPsicoSocial

mg/dl – miligramos por decilitro

mmHg – milímetros por mercurio

Kcal/g – kilocaloría por gramo

NCDs (siglas en ingles) – Enfermedades No Transmisibles

OMS – Organización Mundial de la Salud (**WHO**, siglas en ingles)

OPS – Organización Panamericana de la Salud

pH – potencial de hidrogeniones

SAMFyC – Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

SINAIS – Sistema Nacional de Información en Salud

A N E X O

II

RELACIÓN DE LAS UNIDADES DOCUMENTALES ANALIZADAS DE LA BASE DE DATOS DE LOS ARCHIVOS DE LA UNAM

No.	AÑO	FACULTAD	TITULO	AUTOR	MODALIDAD
F 01	2010	FES Iztacala	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS	Hernández Martínez María Isabel	Tesina Licenciatura
F 02	2010	Fac. Psicología	APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y CONTROL METABÓLICO CON DIABETES TIPO II	Castillo Arreola Arturo del	Tesis Doctorado
F 03	2010	Fac. Psicología	FACTORES EMOCIONALES Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO CAUSA DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA DIABETES	Bustamante Gutiérrez, Francia L.	Tesina Licenciatura
F 04	2010	Fac. Psicología	RECURSOS Y FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGOS ASOCIADOS AL DESCONTROL GLUCÉMICO EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL	Pimentel Nieto Diana	Tesis Maestría
F 05	2010	FES Zaragoza	ADHERENCIA TERAPÉUTICA: UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1	Rangel Rojas Ana Rosa	Tesis Licenciatura
F 06	2010	FES Zaragoza	PERSUASIÓN EN PACIENTES Y FAMILIARES HACIA LA DIABETES TIPO II	Robles Villegas Mónica	Tesis Licenciatura
F 07	2009	FES Iztacala	EL APOYO SOCIAL Y LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS DEL ENFERMO DIABETICO	Becerra Gálvez Ana Leticia	Tesina Licenciatura
F 08	2009	FES Iztacala	DESARROLLO DE ESTRATEGIA DIRIGIDA A PADRES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE DIABETES MELLITUS EN ESCOLARES	Paredes Ocaranza Enrique Daniel	Reporte de Investigación, Licenciatura
F 09	2009	FES Iztacala	DIABETES MELLITUS TIPO II: UNA INTERPRETACIÓN DE LA CONTRUCCIÓN DEL PADECIMIENTO	Abad Gómez David Arturo	Tesis Licenciatura
F 10	2009	FES Iztacala	DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ENFACTORES DE RIESGO DE DIABETES TIPO II EN NIÑOS	López Sánchez Malinalli	Reporte de Investigación, Licenciatura
F 11	2009	FES Iztacala	EXPERIENCIAS SECUALES DE HOMBRES Y MUJERES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO II	Corrales Méndez Josue	Reporte de Investigación,

					Licenciatura
F 12	2009	FES Zaragoza	CAMBIOS EN LA DINAMICA FAMILIAR AL PRESENTARSE UN DIAGNOSTICO DE DIABETES EN YANGA VERACRUS. COMUNIDAD AFROMESTIZA DE MÉXICO	Ramírez Juárez Elizabeth	Tesis Licenciatura
F 13	2009	FES Zaragoza	PROPUESTA DE TERAPIA PSICOLÓGICA DE LA OBESIDAD CON BASE EN LAS DIFICULTADES PERSONALES: FENOMENOLOGIA, CULTURA, OBESIDAD Y DIABETES.	Mejía Trejo Ma. de Jesús	Tesis Licenciatura
F 14	2009	FES Iztacala	RECONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS EMOCIONALES Y PATRONES DE CRIANZA TRANSGENERACIONALES EN LA CONTRUCCIÓN DE LA DIABETES	Zárate Olguín Omar	Tesis Licenciatura
F 15	2009	FES Iztacala	LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO EN ATENCIÓN DE UN CASO DE DIABETES JUVENIL EN UNA ESCUELA SECUNDARIA	Santos López Sagrario Guadalupe	Tesis Licenciatura
F 16	2009	Fac. Psicología	RASGOS DE TEMPERAMENTO Y ADHERENCIA LA TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	Garduño Sánchez Graciela y Zuñiga Varas Mirna Yolanda	Tesis Licenciatura
F 17	2008	Fac. Psicología	EL EFECTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II SOBRE LA MEMORIA	Cruz García Miriam Guadalupe	Tesis Licenciatura
F 18	2008	FES Iztacala	EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL AFRONTAMIENTO A LA DIABETES MELLITUS	Soto Palomino Carola María	Tesina Licenciatura
F 19	2008	Fac. Psicología	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA PARA EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	Valderrama Tapia Clara Eugenia	Tesina Licenciatura
F 20	2008	Fac. Psicología	PROPUESTA DE CURSO DE CAPACITACION A MEDICOS FAMILIARES PARA REALIZAR UNA MINIENTREVISTA PSICOLÓGICA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I Y II E HIPERTENSION	Hernández García Ana Olivia	Tesina Licenciatura
F 21	2008	FES Iztacala	EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA CASA DEL PACIENTE DIABÉTICO CUAJIMALPA	Telésforo Ramírez María de Jesús	Reporte de Actividad Profesional, Licenciatura
F 22	2008	FES Iztacala	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	Flores Rubi Claudia Pilar	Tesina Licenciatura

F 23	2008	FES Zaragoza	UN ENFOQUE TRANSPERSONAL PARA EL ESTUDIO Y COMPRENSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II. ESTUDIO DE UN CASO	Chang Roa Lucia Ivonne y Molotla de la Rosa Neftali	Tesis Licenciatura
F 24	2008	FES Zaragoza	CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y MADRES DE NIÑOS SANOS	Arredondo Téllez Jessica Ivett	Tesis Licenciatura
F 25	2008	FES Zaragoza	ESTRÉS EN CUIDADORES INFORMALES DE NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y NIÑOS SANOS	Téllez Nares Itzel	Tesis Licenciatura
F 26	2008	FES Zaragoza	MANEJO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES DURANTE LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS: UNA ESTRATEGIA PARA FAVORECER LA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PERSISTENCIA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO. UN ESTUDIO DE CASO.	Plazola Camacho Juan Daniel	Tesis Licenciatura
F 27	2007	FES Iztacala	UN ANÁLISIS DE LA DIABETES DESDE LA PESPECTIVA PSICOSOMÁTICA Y EL ABANDONO CORPORAL	Juárez Animas Bianca Mayra	Tesis Licenciatura
F 28	2007	FES Iztacala	UNA APROXIMACIÓN A LA CONSTRUCCIÓN DE LA DIABETES DESDE LO PSICOSOMÁTICO	Espinoza Morua José de Jesús	Tesis Licenciatura
F 29	2007	FES Iztacala	FACTORES MAS FRECUENTES QUE INFLUYEN PARA QUE SE MANIFIESTE LA DIABETES: UN ANÁLISIS DEL ENFOQUE PSICOSOMÁTICO	Juárez Chaparro Martha	Tesis Licenciatura
F 30	2007	FES Iztacala	ESTILOS Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON DIABETES MELLITUS: PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	Muciño Muciño Maira Verónica	Reporte de Investigación, Licenciatura
F 31	2007	Fac. Psicología	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CRONICO DEGENERATIVOS ADULTO JOVEN	Sánchez Torre Eva	Tesina Licenciatura
F 32	2007	Fac. Psicología	MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOMANEJO CONDUCTUAL DE LA DIABETES TIPO II BASADO EN LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR	Oviedo Gómez María Teresa	Tesis Doctorado
F 33	2007	Fac. Psicología	PERCEPCION SOCIAL, TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN Y MALESTAR EMOCIONAL EN UN GRUPO DE PERSONAS CON DIABETES QUE ASISTIERON A LA CASA DEL PACIENTES DIABETICO EN LA DELEGACIÓN	Ramírez González Mónica	Tesis Licenciatura

CUAJIMALPA					
F 34	2007	FES Zaragoza	PADECER DIABETES Y SER MUJER YANGUENSE. PATRONES CULTURALES FEMENINOS Y SUS IMPLICACIONES EN LA ENFERMEDAD	Pérez Salgado Enriqueta	Tesis Licenciatura
F 35	2007	FES Iztacala	PROCESO EMOCIONAL DEL DESARROLLO DE LA DIABETES	Vázquez Castañeda Nayeli	Tesis Licenciatura
F 36	2007	FES Iztacala	EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS	Espinoza Salazar Erika	Tesis Licenciatura
F 37	2007	FES Iztacala	CREENCIAS Y HABITOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	Zaragoza Bañuelos Enriqueta	Tesis Licenciatura
F 38	2006	FES Iztacala	EL VINCULO SUBJETIVO QUE ESTABLECEN LOS PACIENTES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO II, CON LA DIETA TERAPÉUTICA	Rodríguez Mendoza Enriqueta	Tesis Licenciatura
F 39	2006	FES Zaragoza	IMPACTO DEL DIAGNOSTICO EN LA MANERA DE VIVENCIAR EL PADECIMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO II	Haro Vázquez Adriana y Luna Ambrosio Jose Antonio	Tesis Licenciatura
F 40	2006	FES Zaragoza	ARQUEOLOGIA VIVENCIAL: UN PROGRAMA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA DIABETES TIPO II EN PERSONAS DE CD. NEZAHUALCOYOTL	Islas Castillos Jacqueline	Tesis Licenciatura
F 41	2006	Fac. Psicología	DIABETES MELLITUS TIPO II: IMPACTO DEL DIAGNOSTICO Y POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	Fuentes Hernández Modesto	Tesina Licenciatura
F 42	2006	FES Iztacala	UNA APROXIMACIÓN A LA CONSTRUCCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS	Salinas Cerda María de Guadalupe	Tesis Licenciatura
F 43	2006	FES Iztacala	CREENCIAS DE SALUD Y HÁBITOS POSITIVOS	Granados Andrade Allen Michel	Tesis Licenciatura

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			
I. Características Del Documento			Folio.
Título:			
Autor:			Año: No. Pág.
Facultad:			Modalidad/Grado
Objetivo de Investigación:			
Propuesta de Programa y/o Intervención :			
II. Contenido Del Documento			
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	• Factores Positivos		
	• Factores Negativos		
	• Enfoques, Esquemas, Intervenciones Modelos y/o Teorías		
CULTURA	• Cultura		
	• Creencias [N-M] Científicas		
	• Creencias [N-M] Historia		
	• Creencias [N-M] Sociales		

<p>Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>	• Creencias Religiosas		
	• Creencias [S-S] Destino		
	• Creencias [S-S] Brujería		
	• Creencias [S-S] Suerte		
	• Creencias [S-S] Casualidad		
	• Creencias [S-S] Psicológico		
	• Creencias Morales		
	• Función Emocional		
	• Función Cognitivo		
	• Función Moral		
	• Función Grupo		
• No Clasificable			

Observaciones: _____

A N E X O

III

CUADRO PARA LA CLASIFICACION DE UNIDADES DE REGISTRO

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 1
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	<p>Autocontrol</p> <p>Motivación para la salud Severidad percibida de la enfermedad Vulnerabilidad percibida Autoeficacia</p> <p>Estilos de Vida</p> <p>Autocuidado</p> <p>Calidad de Vida</p> <p>Autorresponsabilidad</p> <p>Apoyo Social</p>	<p>La percepción que la persona tenga de autocontrol en su enfermedad y en sus cuidados está relacionada con una disminución de la amenaza percibida y el estrés que suscitan dicha enfermedad (pg. 30)</p> <p>... a) su motivación e interés hacia la salud y hacia la consecución de un estado saludable (motivación para la salud), b) la gravedad que percibe en la enfermedad y las repercusiones sobre su salud (severidad percibida de la enfermedad), c) lo vulnerable que se considere ante la enfermedad y la valoración de su propio riesgo ante ésta (vulnerabilidad percibida), d) lo eficaz y capaz que se considere para seguir las recomendaciones y consejos médicos (autoeficacia percibida) y e) si considera su respuesta ante el tratamiento como más eficaz y productiva que los costos e inconvenientes que le suponen (utilidad percibida en el tratamiento) (pg. 31).</p> <p>Siendo entonces los estilos de vida los que proporcionan el mayor porcentaje de causa en mortandad... En este sentido, según Rodríguez Marín, “los comportamientos y estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como a la enfermedad. La forma como respondemos a nuestros males se puede convertir en un punto favorable o adverso para nuestro bienestar físico o mental” (pg. 60)</p> <p>El comportamiento y los hábitos actúan recíprocamente con la salud del propio individuo, siendo responsabilidad suya el autocuidado y la procuración de su bienestar; sin perder de vista que éste a su vez está delimitado por las características psicológicas, biológicas y sociales... la calidad de vida que se va forjando es un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente persona; la realiza el individuo de acuerdo con su propia jerarquía de valores. Entendiendo esto último como la importancia que cada individuo le atribuye a la salud y el cuidado de su propio organismo (pg. 60)</p> <p>Es importante retomar por lo tanto, las cinco áreas que constituyen los estilos de vida, de acuerdo a Varela siendo el afectivo-familiar, de ocio y tiempo libre, sociocultural, de autonomía personal y económico-laboral. Si bien todas estas áreas son influyentes en la conducta y las formas de llevar su vida por lo que no son determinantes sino condiciones en las que se desarrolla y al mismo tiempo puede tomar papel activo asumiendo la responsabilidad de su cuidado en busca del bienestar y modificar aquellas condiciones pocos saludables para su persona. (pg. 66)</p> <p>... Otro factor importante en la manera en la que la persona con padecimiento crónico se adhiere al tratamiento, es el apoyo social que tiene a su alrededor y que le puede facilitar la puesta en práctica de todas las actividades recomendadas por el profesional de la salud, además de influir de manera positiva con relación a su estado emocional... (pg. 30)</p> <p>... entre las principales variables referentes a la relación entre paciente y profesional de la salud que repercuten en la adherencia se encuentra la accesibilidad y aprecio; sentimientos de ser estimado y tratado con respeto; atención a sus expectativas; la calidad de la</p>	

		<p>Relación Médico-Paciente</p>	<p>atención; consideración hacia sentimientos y preocupaciones, entre otros... “lo que el paciente desea del encuentro médico es que el profesional de la salud sea competente como técnico, recibir adecuada información sobre sus problemas médicos y que la atmósfera del encuentro sea cálida, comfortable y de cooperación. Para lograr una óptima relación que potencie la asistencia del enfermo crónico al área de control médico es de suma importancia tener en cuenta que el comportamiento y trato que tenga el profesional de la salud repercute directamente... (pg. 34)</p> <p>Otro factor importante que aportan estos autores es que, deben tomar en cuenta la etapa o fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente para brindarle la educación más adecuada referente al tratamiento; las fases son... (pg. 36)</p>
<p>- Factores negativos</p>		<p>Educación</p> <p>Hábitos poco saludables</p> <p>Pensamiento negativos</p> <p>Factores Emocionales Estrés Reacciones Emocionales</p> <p>Comunicación Inadecuada Relación Médico-Paciente</p>	<p>Si bien, un aspecto negativo con relación a la adopción y seguimiento de estilos de vida insanos resulta del hecho de que, en principio con hábitos poco saludables aparentemente no hay consecuencia desfavorable en primer momento, sino que las consecuencias de una vida poco sana se ve a una edad más avanzada donde ya se tienen mayormente enraizada las formas de comportamiento, hábitos y costumbres. (pg. 60)</p> <p>La dificultad de seguir las dietas se encuentra principalmente en el “sacrificio” que tiene que hacer al dejar de comer los alimentos que tanto les gusta y que han sido parte característica de su experiencia de vida desde la infancia, además necesitan el cambio de hábitos y costumbres que han sido aprendidas dentro de la familia como parte de su cultura, las cuales se encuentran muy enraizadas en su forma de comportamiento actual (pg. 63)</p> <p>De manera particular, los factores emocionales del enfermo son fuente de diversas variaciones en su metabolismo; tal es el caso del estrés presente en pacientes diabéticos, donde hace probable la presencia de una descompensación metabólica y en donde puede provocar niveles de glucemia elevados, así mismo, cuando el nivel de glucosa es bajo puede causar una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso, exacerbando las respuestas ante estímulos estresante. Así mismo, Mendez y Melendez mencionan que la primer causa que puede generar estrés en un paciente diabético se refiere a la complejidad y las demandas diarias del tratamiento... (pg. 29)</p> <p>Los profesionales de la salud también deben de tomar en cuenta que los enfermos se enfrentan a diversos sentimientos a lo largo de su enfermedad; estos sentimientos presentes pueden ser el miedo, culpa, fatalismo, vergüenza y parálisis de la voluntad; los cuales pueden afectar en el modo de adherirse a los tratamientos. Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc. (pg. 36)</p> <p>...mencionan que la primer causa que puede generar estrés en un paciente diabético se refiere a la complejidad y las demandas diarias del tratamiento; tales como la responsabilidad de ingerir su medicamento, afrontar presiones sociales que hacen difícil cumplir el régimen de tratamiento y el miedo que experimentan ante la posible ocurrencia de la hipoglucemia. (pg. 29)</p> <p>La falta de seguimiento de los tratamientos también está implicado con la poca claridad con que los profesionales de la salud explican y dan las instrucciones a seguir; en variadas ocasiones hay una carencia de atención en brindar la información de manera clara, precisa y tomando en cuenta el nivel cultural del paciente. “los regímenes complejos pueden producir una sobrecarga de información. Las personas tienden a tratar esta sobrecarga informativa de diversas formas; 1 omisión (fracaso para procesar la</p>

			<p>información desde el principio; 2 errores (procesamiento incorrecto de la información); 2 retraso (posponer las cosas para más tarde), 4 filtro (colocar el <input> dentro de un sistema de creencias preexistente; 5 aproximación (tomar la medicación una vez al día cuando se ha prescrito tres veces al día con la creencia de que <algo es algo>; y 6 evitación (falta de adhesión) (pg. 29)</p> <p>...es importante que las creencias del paciente deba ser tomadas en cuenta aunque no coincidan con la explicación que el profesional de la salud tenga respecto a la enfermedad, sus causas e implicaciones; de esta manera pueden aclarar las dudas y reestructurar aquellas creencias erróneas sobre su padecimiento. (pg. 31)</p> <p>... la omisión de explicaciones acerca de la enfermedad y sus causas, no preguntar a la persona en consulta si entendió, interrumpir al paciente mientras trata de contar la historia de sus síntomas o al tratar de expresar sus dudas y comentarios, así como el uso de la jerga médica para explicarle al enfermo sus situación, son factores relevantes en el descontento y la incomodidad que sienten los pacientes al recurrir al servicio médico; motivo por el que aumenta la tasa de abandono a consultas (pg. 35)</p>
<p>CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura 	Cultura	<p>Con respecto a los modos de reaccionar ante la enfermedad nos encontramos, así mismo, que cada una de las culturas tiene ideologías diferentes que les permiten vivir y accionar de diversas maneras, por lo que resulta de gran relevancia interpretar rituales y costumbres a partir del contexto mismo de la cultura a la que pertenezcan dichas personas para poder comprender su significado y el valor de una práctica como la crianza y sus cuidados (pg. 53)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Sociales 	<p>Sociedad</p> <p>Familia</p> <p>Creencias transmitidas</p>	<p>...Sin embargo, no podemos olvidar que la persona enferma está inmersa en una sociedad y es parte activa de diversos contextos, cada uno con características diferentes (pg. 40)</p> <p>En el caso concreto del tema de la salud y la enfermedad, no queda exenta la influencia por parte de la familia, ya que si desde la infancia observan y participan en prácticas que prevengan enfermedades, que les brinden cuidados adecuados y que se atiendan de manera rápida y adecuada, que tengan el hábito de asistir con el médico y que hayan hábitos más saludables para evitar enfermar; es más probable que cuando crezca el niño incorpore algunas de estas prácticas y costumbres en su edad adulta y que las transmita en la nueva familia que conforme (pg. 50)</p> <p>... el entorno familiar puede contribuir a que el niño realice conductas saludables y que evite las conductas de enfermedad; sin embargo, en muchos de los caso sucede que los padres pueden estar reforzando, sin percatarse de ello, conductas poco saludables o poco benéficas para la adherencia al tratamiento, como patrones incorrectos de respuesta ante la enfermedad, ya que si bien, existen comportamientos que promueven el deterioro de la salud, los cuales podemos clasificar en tres tipos: la ignorancia, la falta de disponibilidad y la interferencia de creencias (pg. 51)</p> <p>Hay que tomar en cuenta que la adherencia debe realizarse en aspectos que son relevantes en el mantenimiento de la salud y el tratamiento adecuado de la enfermedad; no debemos pasar por alto que también existen creencias transmitidas, referentes a remedios y curaciones de los antecesores que pueden ser poco favorecedoras... “el apego seguro puede no ser beneficioso para el niño si lo mueve adoptar características inadaptativas a la sociedad en general, como puede ocurrir en los periodos de transición, cuando están cambiando los valores antiguos”. Por lo tanto debe existir un gran sentido de la responsabilidad dentro de la familia para poder identificar qué practicas son poco reconocidas por la medicina para evitar su transmisión generacional y por ende la repetición, ya que lejos de causar una mejora puede obstruir en el sano desarrollo del niño y tener resultados adversos (pg. 52)</p> <p>En el caso de los hombres existen creencias más encaminadas a que la familia debe cuidar su dieta como un elemento fundamental de</p>

		Costumbres	<p>solidaridad con ellos, de manera que se pueda combatir en la familia, sus malos hábitos de alimentación (pg. 64)</p> <p>Es importante asumir la responsabilidad de poner mayor énfasis en la construcción de ideologías que apoyen y contribuyan a la culturización en relación a la importancia del cuidado de la salud y la evitación de la enfermedad por medio de estilos más saludables de vida, comenzando por la transmisión de dichas ideologías a través de la crianza ya que... (pg. 57)</p> <p>Las costumbres como tal son susceptibles a cambio y resultan más fáciles de modificar cuando existe una consciencia de lo importante que es abandonar aquellas que se vuelven nocivas para la salud, ya que "...si la población modificara el concepto de salud, cómo percibe su salud, y los comportamientos relacionados con el mantenimiento de la misma, podría representar el primer paso, para identificar cuáles son los comportamientos y estilos de vida saludables que debe adoptar para mantener su salud y como consecuencia mejorar su calidad de vida"(pág. 59).</p>
	• Función Grupo	Género	<p>Con respecto al tema de la comida, según Córdoba, Sapién, Rosas y Hernández, las formas de cocinar se van enseñando y aprendiendo principalmente en el género femenino, quienes son en el mayor de los casos las encargadas del hogar, que al conformar nuevas familias conservan dichos patrones de conducta o los ajustan dependiendo de las necesidades existentes en la nueva familia que han decidido constituir, aún cuando estos hábitos no sean los más saludables resultando las mujeres las responsables de la dieta. (pg. 63)</p> <p>En el caso de los hombres existen creencias más encaminadas a que la familia debe cuidar su dieta como un elemento fundamental de solidaridad con ellos, de manera que se pueda combatir en la familia, sus malos hábitos de alimentación.(pg. 64)</p> <p>Continuando con las diferencias de género, tenemos que ciertas concepciones de la enfermedad, de los atributos y actividades estereotípicamente "masculinas" hacen que los varones eviten "saberse" diabéticos, además que las actividades de detección se realizan primordialmente al interior de las unidades de salud de primer nivel de atención que suelen tener horarios poco convenientes para los hombres que trabajan de manera activa; además (65)</p>
• NO CLASIFICABLE		Familia	<p>Es para reconocerse que el primer grupo y probablemente el más importante en la vida del ser humano es el la familia, en esta se viven y experimentan de forma variada situaciones como las mencionadas anteriormente, como son el enfrentarse a una enfermedad, asumirse como enfermo y el seguimiento de prescripciones médicas. En el presente capítulo se revisará lo que implica la familia para posteriormente ahondar en cómo este sistema afecta o beneficia al sujeto en su manera de enfrentarse a retos como el mantenimiento de la salud y el enfrentamiento a la enfermedad. (pg. 40)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 02
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA	- Factores positivos	<p>Automanejo</p> <p>Bienestar Psicológico</p>	<p>La educación en el automanejo de la enfermedad es considerada el punto clave en el tratamiento del paciente con diabetes... (pg. 10)</p> <p>El bienestar psicológico, lo considera como la evaluación que hace un individuo de su vida, en donde predominan cogniciones y estados de ánimos positivos... es un indicador de salud mental que está íntimamente relacionado con la calidad de vida.... (pg. 16, 17)</p>

TERAPEUTICA EN DIABETES		Autoeficacia	...la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa... las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas. (pg. 36)
		Apoyo Social	...el recibir apoyo social juega un papel importante como regulador de la experiencia de estrés proporcionando la solución a un problema, reduciendo la importancia percibida del problema, brindando distracción del problema o facilitando conductas promotoras de salud como ejercicio físico, la higiene personal y la alimentación adecuada. (pg. 40)
	- Factores negativos	Estrés	...estrés asociado a diabetes.... definen esta variable como el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes asociadas a problemas relacionadas con el tratamiento, al plan alimenticio, a la relación con el médico y a la falta de apoyo social (pg. 28)
		Malestar Emocional	El segundo punto incluye estresores relacionados con la falta de apoyo social y del equipo de salud. el paciente con diabetes se enfrenta a una serie de cambios en su medio familiar y social. Algunas de ellas incluyen la presión familiar, amigos y compañeros de trabajo para realizar conductas distintas a las sugeridas para controlar su nivel de glucosa. Otro factor importante, es el estigma de estar enfermo y considerarse diferente a los demás, así también enfrentarse al desconocimiento y las ideas erróneas general con respecto a la diabetes (pg. 29)
		Depresión	Las reacciones emocionales como la ansiedad y la tristeza que el paciente experimenta ante estresores externos pueden generar cambios en el nivel de actividad física, menor seguimiento del plan alimenticio y de la toma de medicamentos (pg. 30)
			“La identificación y tratamiento de los síntomas depresivos en pacientes con diabetes será de vital importancia debido a su asociación con un pobre control glucémico, con dificultades en el automanejo de la enfermedad y con la disminución de la calidad de vida del paciente con diabetes. el padecer depresión y diabetes también aumenta hasta 54% el riesgo de padecer muerte prematura (pg. 88)
	• Modelo y/o Programa	Empoderamiento de Anderson	... es una perspectiva colaborativa, centrada en el paciente, cuya definición implica el ayudar al paciente a descubrir y desarrollar su capacidad inherente para responsabilizarse de su propia vida... aunque el profesional de la salud es experto en el manejo de la diabetes, el paciente es experto en su propia vida. El conocer los detalles de una enfermedad no es lo mismo que conocer la vida de una persona, de ahí que se proponga que el paciente sea el responsable de su cuidado diario. (pg. 8)
		Modelo Psicosocial Automanejo de Gonder-Frederick, Cox y Ritterband En la última década la investigación psicosocial ha comprobado que el automanejo de la diabetes es un proceso complejo y multifactorial que se ve influenciado por un rango amplio de interacciones a nivel individual, social y ambiental (pg. 12)
		Teoría de los sucesos vitales planteada por Holmes y Rahe	...entiende el estrés como un estímulo o acontecimiento que altera el equilibrio homeostático del individuo (pg. 22)
			...la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a)

		<p>Teoría Social Cognitiva de Bandura</p> <p>Modelo Amortiguador</p> <p>Modelo del Efecto directo</p>	<p>aquellas relacionadas con la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) las de resultado, que se refieren a las creencias que una conducta producirá determinados resultados y c) por último las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refieren a las creencias que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. (pg. 36)</p> <p>Señala que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuo al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés y modificando sus respuestas biológicas (neuroendocrina e inmunológica) asociadas al mismo. Este modelo predice que el apoyo social es benéfico para aquellos que viven eventos altamente estresantes, pero no tendrá el mismo impacto en la salud de aquellos que no se enfrentan a estas situaciones. (pg. 40)</p> <p>...postula que la interacción social es benéfica para la salud independientemente de que el individuo se encuentre bajo estrés... (pg. 41)</p>
<p>CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cultura 	<p>Cultura</p>	<p>...el papel de la cultura pudo haber tenido un efecto importante, ya que en países como el nuestro es común que la mujer sea quien tenga el rol de apoyo y cuidado para situaciones relacionadas con el hogar y la salud de los miembros de la familia... (pg.158)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 03
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
<p>ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES</p>	<p>- Factores positivos</p>	<p>Empoderamiento</p> <p>Calidad de Vida</p> <p>Afrontamiento Emocional</p> <p>Apoyo Social</p> <p>Familia</p>	<p>...Al ser diagnosticado con diabetes, en ese momento la persona se convertirá más que nunca en el auténtico responsable de su salud y de la calidad de vida que tenga. (pg. 24)</p> <p>La manera de hacer frente a una situación es distinto en cada persona diabética, ante la noticia del diagnóstico que suele ser diferente. Cada persona tendrá un sentido de vida distinto y esto se debe a elementos como: edad, herencia, creencias, experiencia así como nivel socioeconómico, etc. la primera visita al recibir el diagnóstico es de suma importancia, ya que será el primer afrontamiento con la enfermedad... (pg. 21)</p> <p>... la presencia de un diagnóstico perturbarte ante la diabetes, asume responsabilidades en cada miembro de una familia, cambios en conducta y costumbres. La familia activa las herramientas necesarias para recobrar su equilibrio en riesgo de romperse. Algo esencial en esta circunstancia es el requerimiento de la familia en el acomodo a una condición de cambio y recurre a nuevas conductas y roles.(24)</p> <p>La familia completa y el diabético requieren de información y enseñanza para llevar a cabo las indicaciones necesarias para la obtención del control adecuado de la persona diabética así como apoyo preciso... (p. 24)</p> <p><u>Desde una observación psicológica se ha fundamentado que la familia y los amigos, como soporte social alientan, estimulan,</u></p>	

			abrigan y cuidan a la persona de influencias negativas que perjudicarían su padecimiento y lo tendrían todo el tiempo en una situación de estrés. Mientras exista más apoyo familiar y social, el paciente estará tranquilo con disminución de emociones nocivas y autoestima inadecuada. En la diabetes, el apoyo familiar está sumamente ligado a tener una mejor adherencia al tratamiento. Disponer de un lugar fijo para vivir y un soporte social con familia estructurada y amigos es un factor que facilita la adherencia (pg. 48)
- Factores negativos	Malestar Emocional		La diabetes en situaciones estresantes, puede inducir demasiado estrés, lo cual provoca emociones inadecuadas como: rabia, depresión y ansiedad... (pg. 20)
	Estrés		A mucho diabéticos les da miedo que se enteren de su enfermedad. Les angustia el hecho que se conozca su afección y los efectos que estos tengan al saberlo. Teme el rechazo de las amistades y como lo ven los demás. Suele apartarse y encerrarse en su mundo, empeorando sus emociones y frustrándose... (pg. 28)
	Emociones		<p>Todos los días suelen presentarse situaciones estresantes, y no queda otra solución que tomar las cosas con calma para tener el control y que el estrés no salga de un margen eficaz. Esto logrará que en el organismo no haya un descontrol de glucosa. En el estrés, cuando se pierde el dominio de si mismo, el cuerpo recibirá los efectos dañinos, incrementando el azúcar en la sangre. (pg. 20)</p> <p>las emociones de todos los días influyen en los niveles de azúcar en la sangre, según el manejo emocional y la afectación y su forma de actuar ante cualquier circunstancia...(pg. 25)</p> <p>La persona con ciertas especificaciones estadísticas (año, género, linaje, educación, labor, estudios, nivel social), no son un elemento desencadenantes de una mala adhesión. Aunque se ha visto que a mayor edad, mejor adherencia, con una distinción de mayores de 75 años, en el cual el padecimiento crónico agrava el desempeño terapéutico (pg. 36)</p> <p>El elemento del tipo psicológico interviene de igual forma en el acatamiento de las instrucciones terapéuticas. La angustia y abatimiento agravan la adhesión. La conducta y juicios de las personas en lo referente al tratamiento, al padecimiento y a la unidad médica, son componentes indispensables en la toma de adherirse al tratamiento, al padecimiento y a la unidad médica, son componentes indispensables en la toma de adherirse al procedimiento indicado y cumplido adecuadamente (pg. 35)</p>
	Crisis		Una crisis es una condición perturbadora y conflictiva que permanece por algún tiempo corto en el individuo. Se identifica por la inhabilidad para hacer frente a un acontecimiento no resuelto. El estrés que ocasiona este evento, trastorna y acrecienta la incapacidad de la persona, desequilibrando su estado emocional. (pg. 50)
• Modelo y/o Programa	Intervenciones psicológicas para facilitar la adherencia terapéutica		Respiración Diafragmática, Tensión-Relajación, Meditación, Reestructuración cognitiva, Técnica de la relajación pasiva... (pg. 38-47)

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Locus de Control	<p>El locus de control externo caracteriza a las personas que atribuyen los eventos de la vida a circunstancias externas a sí mismas, fuerzas incontrolables como el destino, la suerte, las circunstancias o a otros seres poderosos o sobrenaturales, por lo que es factible que no se esfuercen por alcanzar una meta y como perciben poco control reconocen poca influencia y responsabilidad en lo que les ocurre en la vida... (pg. 45)</p> <p>En el caso de personas con diabetes mellitus, se ha demostrado que el locus de control influye en la adherencia terapéutica, el estado metabólico, la detección temprana de síntomas y estilo de vida activo... (pg. 49)</p>
		Apoyo Social	<p>En este estudio, St. James, Younger, Hamilton y Waisbren concluyen que la historia personal, la información, actitudes, personalidad y redes de apoyo son variables trascendentes en la comprensión del comportamiento que promueve la adherencia a recomendaciones médica y hacia la salud en general. (pg. 24)</p>
		Relación Médico-Paciente	<p>... se documenta que la participación de los pacientes en la toma de decisiones en el régimen de tratamiento y la claridad en las expectativas en conjunto con su médico impacta el control glucémico y mínima las limitaciones funcionales de la enfermedad. No obstante... señalan que aunque esto resulte importante, la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recae en el paciente. (pg. 25)</p>
		Automanejo Educación	<p>La promoción del automanejo de la enfermedad por parte del paciente ha motivado el desarrollo de programas educativos diseñados particularmente en aspectos informativos; sin embargo, también se ha reportado que el conocimiento de la enfermedad por sí misma es insuficiente para producir el desempeño de conductas de autocuidado y que éstas se mantengan en el largo plazo (pg. 26)</p> <p>De manera particular, en mujeres con diabetes gestacional se ha demostrado que las redes sociales cercanas a la mujer pueden proveer ajuste a la enfermedad recién diagnosticada y a su tratamiento mediante apoyo y sostén, lo que a su vez mínima la tensión emocional... (pg. 37)</p>
	- Factores negativos	Estrés	<p>... se informa que la presencia de estrés, trastornos psiquiátricos, estados emocionales alterados como la ansiedad y la depresión, falta de redes de apoyo y conflictos interpersonales,... (pg. 24)</p>
		Estados Emocionales Alterados	
		Relación Médico-Paciente	<p>Mientras que otro punto de vista se ha orientado hacia la relación médico paciente proyectando el problema en términos de adherencia terapéutica y deficiencias en la atención médica más que en el cumplimiento mismo. En este sentido, múltiples autores señalan que el descontrol glucémico se explica por la actitud paternalista del equipo de salud y la actitud pasiva del paciente. (pg. 23)</p> <p>Si bien es cierto que la respuesta emocional al diagnóstico se experimenta de manera diferente por cada individuo, sabemos también que reacciones depresivas y ansiosa son comunes ante la detección de cualquier enfermedad, ya que se considera una amenaza a la vida y a la integridad individual, lo que se vive como algo impactante e inevitable de cambia y confronta con la necesidad de adaptarse a ello... (pg. 33)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	<p>Teoría de Aprendizaje Social y Locus de Control</p> <p>Teoría de Crisis</p> <p>Esquema Conceptual de Afrontamiento</p> <p>Enfoque Humanista</p> <p>Aprendizaje social de Bandura</p> <p>Enfoque Cognoscitivo</p> <p>Modelo de Asertividad</p>	<p>El enfoque del aprendizaje social propone que el comportamiento y el aprendizaje de los individuos surgen no solo de la propia experiencia sino también de manera indirecta a través del medio social y la observación de conocimientos, reglas, normas, habilidades , estrategias, etc. en interacción(pg. 42)</p> <p>...propone el concepto de locus de control como una variable adaptativa que relaciona la conducta del individuo y las consecuencias de ésta. Lo define como un componente cognitivo y estable de la personalidad que permite al individuo evaluar el grado que considera que su vida y los eventos que la rodean e influyen están bajo su propio control. (pg. 44)</p> <p>...plante a que cuando la gente experimenta un evento que altera sus patrones característicos de pensamiento y conducta, serán empleadas aquellas estrategias de resolución de problemas que le son habituales, hasta que el equilibrio psicosocial se restablece... (pg. 51)</p> <p>... establece que una crisis presenta una serie sucesiva de tareas adaptativas básicas, ante las cuales varias habilidades de afrontamiento pueden ser aplicadas mediante una evaluación cognitiva de su significado en combinación de factores ambientales y personales... (pg. 52)</p> <p>Se centra en la asertividad como una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano</p> <p>El enfoque conductual plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de modelos significativos</p> <p>... sustenta la incorporación de cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad; ayudar a identificar y aceptar los derechos personales y los derechos de los demás; reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva; reducir ideas irracionales, ansiedad, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos.(pg70)</p>
<p>CULTURA</p> <p>Y</p> <p>CREENCIAS</p> <p>[Salud-Enfermedad]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cultura 	<p>Cultura</p>	<p>... sin embargo, también se reconoce la dificultad y resistencia que presentan los individuos frente al cambio, quizás porque se trata de hábitos que se manifiestan desde la cultura y las tradiciones, donde la personalidad cobra una importancia fundamental. (pg. 39)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias [N-M] Sociales 	<p>Familia</p>	<p>... además, cabe señalar que cuando se detecta una mujer con diabetes gestacional, detrás de ello es altamente probable ubicar a una familia con diabetes mellitus, con una historia particular, experiencia de enfermedad, actitudes hacia la salud y formas de atención hacia la misma... (pg. 35)</p> <p>Finalmente, para la comprensión integral del embarazo y la diabetes gestacional, no debe omitirse contemplar el contexto social e ideológico en el que ambos se presentan... el embarazo es un fenómeno complejo en el que influye la interacción de la sociedad mediante significados compartidos, modelando un sentido cultural del mismo e interpretándolo junto con las expectativas de la mujer... (pg. 37)</p>
<ul style="list-style-type: none"> NO CLASIFICABLE 		<p>Diabetes Gestacional</p>	<p>...sin embargo, bien sabemos que comprender un fenómeno como el embarazo de manera integral conlleva la observación de aspectos biológicos, psicológicos y sociales por tratarse de un evento complejo de importantes y significativos cambios en las tres esferas tanto para la mujer como su pareja... (pg. 28)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 05
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Estilo de Vida	... la adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta coinciden con la indicación médica de salud como: la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o ejecutar cambios en el estilo de vida; donde se adquiere un papel activo, voluntario y colaborador en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y conductas de las personas; según Domínguez dice que es la implementación completa de instrucciones terapéuticas (pg. 56)	
		Hábitos Higiénicos	Los hábitos higiénicos son medidas o normas de higiene que nos ayudan a mantenerse sanos y que por el hecho de practicarlas, se convierten en costumbre... (pg. 66)	
		Calidad de Vida	La calidad de vida está relacionada con las condiciones y estilos de vida, con aspectos de educación, salud, ambientes, aspectos socioculturales y satisfacción personal... En términos generales se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida (pg. 68)	
		Autocuidado	Autocuidado y calidad de vida: una característica que diferencia la diabetes del resto de enfermedades crónicas es la necesidad de que el paciente adopte un papel activo en su autocuidado, tomando el máximo de responsabilidades que, con seguridad van a implicar decisiones sobre aspectos del tratamiento. Un conocimiento adecuado por parte del paciente de las consecuencias de sus comportamiento puede constituir un requisito para la adherencia al tratamiento (pg. 84)	
		Apoyo Social	El apoyo social es un factor moderado del impacto del estrés asociado con la salud, en la medida en que la persona tenga una alta predisposición a buscar ese apoyo en situaciones estresantes... (pg. 38)	
		Educación en Diabetes	El conocimiento de la enfermedad es lo que permite predecir mejor la adherencia al tratamiento, aquellos con mayor conocimiento presentaron mejor adherencia al tratamiento que aquellos con un conocimiento medio y bajo (pg. 60)	
		Autoestima Autoeficacia percibida Motivación de logro	Ortiz encontró que los factores psicológicos que influyen en esta adherencia son: autoestima, autoeficacia percibida, motivación de logro, apoyo social y conocimiento de la enfermedad... (pg. 60)	
			Entonces para lograr que el paciente se adhiera al tratamiento, es importante poder educarlo sobre su enfermedad, motivarlo, enseñándole medidas de autocuidado y hacer que el paciente diabético se responsabilice de su enfermedad para que este bien y no sufra de complicaciones devastadoras (pg. 60)	

	- Factores negativos	Relación Médico-Paciente	La falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta como, fallas o dificultades para iniciar el tratamiento, la implementación incompleta o deficiente de las indicaciones y la suspensión de la terapia, las cuales tienen consecuencias de distintas maneras (pg. 57) Existen varios motivos por los cuales los pacientes no se adhieren al tratamiento, Rodríguez menciona que son: uso de terminología médica al dirigirse al paciente, y este no comprende lo que se le está diciendo; no se le da información del tratamiento al paciente y la insatisfacción de los pacientes con su interacción con el médico (pg. 58)
	• Modelo y/o Programa	Modelo del Aprendizaje Social y Técnicas Cognitivo-Conductual Modelo para la Descripción y Modificación de la Conducta (MDMC)	Este modelo constituye el paradigma más básico y duradero, su característica general es la del condicionamiento clásico, donde se asienta que son los procesos de aprendizaje, los responsables de cambios de actitudes. Otra forma de aprender se da por medio del condicionamiento operante, el cual es la respuesta dada a un determinado estímulo, cuando más asociado este a un reforzador más fuerte se vuelve y por tanto se resiste al cambio. (pg. 30) ... este modelo es una alternativa, representa una síntesis de conceptos que se ha encontrado en la literatura de ser efectivos en las conductas de salud. Contiene varios procesos conductuales (estímulos, procesamiento y factores facilitadores), para cada uno de estos procesos hay una breve definición la cual pone los parámetros entre los cuales se puede aplicar... (estímulo, procesamiento, creencias, expectativas, normas sociales, motivación para cumplir, factores facilitadores, ambiente externo, manejo de recursos, ayudas sociales y culturales, ambiente interno, aptitud conductual, intrapsíquico ensayos conductuales.) (pg. 40, 41)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	La cultura es la expresión real de los patrones de comportamiento de un pueblo; esta se manifiesta cotidianamente en las ideas, creencias, valores, motivaciones y comportamientos propios de una comunidad y por tanto nuestra cultura influye en la actitud que tenemos con respecto a la salud, así como su comportamiento ante la enfermedad. (pg. 65)
	• Creencias [N-M] Historia		Pardo menciona que en México existe un retraso muy significativo comparado con otros países en relación a la educación en diabetes; se supone que los que se preparan para enseñar son los médicos y el personal de salud, pero a estos ¿Quién les enseña? Ya que en las escuelas de medicina no hay clases sobre la diabetes solo es parte de la cátedra general de patología interna (pg. 36)
	• Creencias [N-M] Sociales	Entorno Normas Sociales	Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente; en la evaluación las creencias determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno y modelan el rendimiento del significado (pg. 32) Creencias: las personas tienen ciertas conductas que aprenden, algunas de ellas no muy adecuadas para el tratamiento, con lo cual no pueden adherirse bien a este. Utilizando recursos indeseables para recuperar su salud (pg. 40) Normas Sociales: es el conjunto de creencias que tienen las personas que rodean al enfermo y con ello lo creen que pueden hacer o no para llevar a cabo cierta conducta (pg. 40)
	• Creencias [S-S] Brujería		Al recibir la noticia de que la persona tiene diabetes existe una pérdida de salud y por lo cual aparece el estrés, la angustia, enojo, se abandonan los proyectos presentes y futuros, no se acepta su condición como paciente diabético y comienza a buscar alternativas diferentes como chamanes, curanderos y brujos los cuales influyen para que el paciente deje su tratamiento farmacológico, por tener una esperanza de que lo pueden curar (pg. 52)
• NO CLASIFICABLE		Adolescencia	En la etapa de la adolescencia existen muchos cambios tanto biofísicos como psicológicos por los que atraviesa la persona, se ha considerado una etapa muy difícil, ya que se encuentran entre dejar la niñez y empezar a ser adult. Este periodo de transición esta caracterizado por incertidumbre hacia el futuro. (pg. 42)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 06
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Educación en Diabetes	La educación en diabetes no solo es la transferencia de conocimientos o proveer de información a los pacientes y familiares, es decir el conocimiento es necesario, pero no suficiente para lograr un buen control metabólico a largo plazo, a menos que se integren los componentes clínicos, conductuales y psicosociales de cuidado de la diabetes y la educación en el automanejo (pg. 9)
		Autocontrol	La educación en pacientes y familiares no es parte del tratamiento, sino el tratamiento... (pg. 155) La adaptación psicológica del paciente es fundamental para que sepa autocontrolarse, es decir, conozca bien su patología y tratamiento, para que sea capaz de llevar un control adecuado con la supervisión de su médico. (pg. 107)
		Calidad de Vida	La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud. También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida... Su medición incorpora valores, creencias, experiencias vitales previas, etcétera, hasta limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Se trata de una variable compleja con gran peso en el estado de salud de los pacientes. (pg. 161) Se confirma que la educación es la herramienta fundamental en el control de la diabetes y mejorar o adquirir un estilo de vida saludable. (pg. 275)
		Autorresponsabilidad	La diabetes es crónica tratable pero no curable y requiere de un tratamiento complejo en el cual el paciente tiene un protagonismo central. Él debe realizar parte de un trabajo que hasta el momento estaba a cargo de un órgano, de cuya existencia tal vez no tuviera noticia alguna. Inyectarse insulina, en el caso de la diabetes I o ingerir medicación en la diabetes tipo II, adaptarse a un régimen riguroso de restricciones alimentarias y hacerlo en horarios precisos. No poder comer más, tampoco dejar de comer. Monitorearse cotidianamente, para saber su nivel de glucosa en sangre y hacer algo para llevarla a un valor más cercano al normal. (pg. 83, 84)
		Hábitos de Salud	La reacción inmediata al diagnóstico de diabetes depende de la información que se tenga sobre esta enfermedad, de los hábitos de salud en la alimentación, deporte y control de estrés. (pg. 84)
		Apoyo Social	El apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, esto lleva a un mejor control metabólico y pudieran retardarse, o no presentarse las complicaciones propias de la enfermedad (pg. 93)

	<p>- Factores negativos</p>	<p>Tensión Emocional</p> <p>Emociones Negativas</p> <p>Estrés</p> <p>Depresión</p> <p>Relación Médico-Paciente</p> <p>Hábitos Insanos</p>	<p>También se ha demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales . (Pg. 42)</p> <p>Sin embargo, las fuertes tendencias a la frustración y el experimentar emociones negativas pueden proveer el incremento de la motivación de los pacientes con diabetes a cumplir los regímenes de autocuidado, o en forma negativa influyen en un mal control de la glucosa. (pg. 85)</p> <p>Estos factores son el estrés y la depresión, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad y posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia (pg. 93)</p> <p>... los niveles elevados de estrés se han asociado con descontrol metabólico y éste puede ser por dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conductas relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta, ejercicio y la medicación, lo que favorece un deterioro del control metabólico, por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento de secreción de hormonas contrarreguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa (pg. 93)</p> <p>Por lo antes mencionado, las personas con diabetes mellitus tipo II deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macrovasculares (pg. 96)</p> <p>El médico dispone de poco tiempo para cada uno de sus pacientes, por lo que únicamente se centra en los aspectos físicos y no en los emocionales. (pg. 96)</p> <p>Los sentimientos que se generan con el diagnóstico de la diabetes no parecen ser percibidos adecuadamente por los médicos. Indudablemente, el padecer una enfermedad crónica que exige muchos cuidados y un esfuerzo permanente en cuanto al régimen de vida, el autocontrol frecuente de la glucemia, la administración de fármacos, muchas veces mediante inyección, las posibles discriminaciones personales y laborales, pueden resultar abrumadoras. Este desamparo que sienten los pacientes puede repercutir negativamente en el control de la diabetes y en consecuencia, en las complicaciones de la enfermedad (pg. 84, 85)</p> <p>Lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras (pg. 95)</p> <p>La dificultad de seguir la alimentación prescrita sucede porque está relacionada a los hábitos adquiridos, a un horario definido, al valor cultural del alimento; por lo tanto las condiciones socio-económicas y el aspecto psicológico están involucrados. El incumplimiento y el deseo alimenticio están siempre presentes en la vida del paciente diabético. "El deseo por el alimento hace sufrir, reprimir, salivar, olvidar, incumplir, mentir, negar, admitir, sentir placer, controlar y sentir culpa" (164)</p>
--	-----------------------------	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen	... considera que los humanos hacen uso sistemático de la información disponible cuando se tiene que decidir si se realiza o no, un determinado comportamiento de relevancia social. El modelo parte de los tres componentes fundamentales del concepto tradicional de actitud (cognoscitivo, evaluativo y conativo) y los vincula en una cadena causal. Sostiene que la mayor parte de la conducta humana está bajo control del sujeto y que por lo tanto, puede ser pronosticada a partir de la intención conductual de ejecutar un comportamiento determinado. Por su parte, la intención conductual depende directamente de las actitudes, las cuales, a su vez, son función de las creencias (componente cognoscitivo) acerca de las consecuencias de la conducta en cuestión. (pg. 201)
<p>CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cultura 	Cultura	<p>El ambiente de su actitud, la "cultura"; representa fundamentalmente la cristalización de las ideologías y los valores que no pertenecen a la creación individual. (pg. 199)</p> <p>La investigación nos permite observar una clara problemática en cuestión a la desinformación que se tiene de esta enfermedad, esto es resultado de la falta de cultura que existe en México en el cuidado de la salud, ya sea en control, tratamiento o prevención, las personas están más cerca de los consejos y remedios caseros de amigos, vecinos y/o familiares que de un especialista en la salud (pg. 273)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias [N-M] Científicas 	Ciencia	<p>El avance de la ciencia y los conocimientos científicos han aclarado muchas falsas ideas respecto a la diabetes. (PG. 108)</p> <p>El conocimiento alcanzado en los últimos 20 años en biología molecular, bioquímica, genética, fisiología, nutrición humana y endocrinología, permite conocer con mayor exactitud el funcionamiento del organismo y el mecanismo de acción de la diabetes (109)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias [N-M] Historia 		<p>Los mitos de la diabetes van ligados al desconocimiento, información antigua o a la posesión de información parcial de esta enfermedad, por lo que es necesario que tanto la población que padece la enfermedad como la población en general tenga acceso a fuentes confiables cuando se habla de salud (pg. 108)</p> <p>Sin embargo, muchas creencias pasan de boca en boca, de generación en generación y continúan arraigadas entre la población, lo cual impide muchas veces el control adecuado de la diabetes en los pacientes y propicia que su prevalencia siga en aumento. Muchas veces los comentarios que se hacen en la calle por los vecinos o por las amistades, cobran tanto peso, que terminan por ser las verdades más indiscutibles. En varias ocasiones se trata de lo que se denomina "sabiduría popular", es decir, saberes que se transmiten y que forjan conductas a veces adecuadas y saludables. Pero en otros, se trata solo de mitos que pueden producir efectos contrarios, es decir, creencias que pueden conducir a actitudes erróneas respecto a la diabetes mellitus.(pg. 109)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias [N-M] Sociales 		<p>... estrategias institucionales para el control y prevención de la enfermedad, ésta no se ha logrado controlar porque en México se tiene la costumbre de asistir al médico cuando ya se padece la enfermedad, es decir, es necesario que la gente con antecedentes de la diabetes adquiera un estilo de vida adecuado antes y no después de surgir la enfermedad (pg. 8)</p> <p>Por tal motivo es que se puede observar que los mitos que existen fuera del consultorio del médico cobran tanta relevancia en los pacientes y sus familiares y estos se ven reflejados en el descontrol de la enfermedad y en el incremento que día con día se tiene de esta enfermedad. Además de los mitos se puede anexar que las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus, su</p>

			<p>tratamiento (con frecuencia complejo, costoso, difícil de seguir), pueden impactar la calidad de vida de quienes la padecen y de sus familias de un modo negativo. (pg. 273)</p> <p>En el caso concreto de la plática informativa fue de gran importancia aclarar mitos respecto a la diabetes, los cuáles provocan un miedo irracional o un mal cuidado del padecimiento y provocar que incremente la población con este padecimiento y en el caso de los pacientes sea mayor la presencia de consecuencias de una diabetes mal cuidada y que por ende aumente la tasa de mortalidad. (pg. 276)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [S-S] Brujería 		<p>Debido a la falta de conocimientos, a la desesperación e incertidumbre que pueden ocasionar una enfermedad incurable, como lo es hasta ahora la diabetes, mucha gente acude a opciones de tratamiento o supuesta curación carente de bases científicas y es fácilmente embaucada por el mundo mágico que fomentan los mitos sobre la diabetes. (pg. 108)</p> <p>Recurrir a medicamentos “milagrosos” (raíces exóticas, tés especiales, etc.) recomendados por personas desinformadas, bien o mal intencionadas. (pg. 181)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [S-S] Psicológico 		<p>Descuidar los controles médicos en la creencia que “la diabetes es materia conocida para mí”. (pg. 181)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NO CLASIFICABLE 	Actitudes		<p>Las actitudes son una manera eficiente de evaluar al mundo. Cuando se tiene que responder con rapidez ante algo, la manera en que sentimos respecto a ello puede guiar el modo en que reaccionamos. A través de la historia se han relacionado a las actitudes con algunos elementos formativos de las opiniones y conductas de las personas, como los valores, las creencias, los prejuicios y hasta los sentimientos, pero la actitud tiene su propio origen, fundamento, validez y función. (pg. 187)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 07
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Hábitos de vida Estilos de Vida Estabilidad en la Adherencia Terapéutica	<p>... Estos modos y estilos de vida, se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del diabético, y por lo tanto alude a la forma personal en que este individuo se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares(pg. 35)</p> <p>Se puede decir entonces que la adherencia terapéutica hace referencia al empleo adecuado de las medidas preventivas y correctivas de alguna enfermedad en específico. (pg. 48)</p> <p>Uno de los aspectos relevantes en cuanto al tema de la diabetes, es que la mayoría de las conductas de salud son inestables a través del tiempo, es decir, no se mantienen constantes sino que varían continuamente. Por tal motivo es importante observar la inestabilidad de la adherencia al tratamiento (en la dieta, en el ejercicio físico, en la realización del test de glucosa, etc.), en pacientes con diabetes. (pg. 47)</p> <p>En el caso del tratamiento a pacientes diabéticos, las reglas de adherencia pueden variar, sin embargo, las más recomendadas por los especialistas en salud son: la dieta, el suministro adecuado de medicamentos como la insulina, realizar actividades físicas con regularidad, controlar los niveles de estrés y por consiguiente, los niveles de glucosa en sangre (pg. 49)</p>	

		<p>Apoyo Social</p>	<p>Se ha advertido que cuando el sujeto cuenta con mayor apoyo social, sus respuestas inmunológicas son mejores y disfruta de mejor salud y calidad de vida. Así, el apoyo social es necesario para prevenir y afrontar el estrés, al hacer que las experiencias amenazantes lo sean en menor grado, o bien proporcionando recursos valiosos para el afrontamiento del estrés. (pg. 45)</p> <p>No sólo los profesionales pueden brindar el soporte para que el paciente se adhiera a su tratamiento, sino que, también el apoyo brindado por familiares, amigos, y la comunidad en general. Se dice esto porque se cree que el apoyo social brindado por las personas que rodean al enfermo, ya sea familiares o amigos, promueve conductas adaptativas en la salud como por ejemplo; estimular la búsqueda de atención médica, hacer ejercicio, llevar una dieta saludable y quizás lo más importante, proporciona al enfermo un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés.(pg. 50)</p> <p>... el apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud y con la recuperación del enfermo crónico, pues posibilita una mayor adherencia al tratamiento (pg. 50)</p> <p>De éstos profesionales de la salud se espera que sean claros al ofrecer las instrucciones al enfermo, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario.</p>
	<p>- Factores negativos</p>	<p>Relación Médico-Paciente</p> <p>Hábitos Insalubres</p> <p>Estrés</p> <p>Falta de Apego</p>	<p>Existe una serie ordenada de los principales factores determinantes y factores de riesgo ante la diabetes, dentro de los que se encuentran el modo y condiciones de vida, el hábito de fumar, alimentación incorrecta, hábitos higiénicos incorrectos, consumo nocivo de alcohol, condiciones nocivas de trabajo y desempleo, malas condiciones materiales de vida, predisposición a las enfermedades degenerativas y hereditarias, la contaminación y por supuesto el estrés de la vida diaria. Éste último factor puede propiciar el origen o agravamiento de la diabetes. (pg. 11)</p> <p>Además de las complicaciones fisiológicas que propicia el estrés, se deben de considerar los cambios psicológicos, pues según Espinosa , “el estrés puede provocar angustia, depresión y dificultades para adaptarse a la enfermedad”, es por ello, que le paciente diabético necesita utilizar recursos que le permitan sobrellevar esta nueva situación como por ejemplo, adherirse al tratamiento médico, cambiar sus hábitos y sus estilos de vida.(pg. 17)</p> <p>El estrés lleva a la enfermedad solo a la gente que tiene una vulnerabilidad inicial; ahora bien solo el estrés o solo la vulnerabilidad no son suficientes para producir la enfermedad. (pg. 26)</p> <p>Como se puede observar el estrés puede ser percibido por la persona como un factor causante de la enfermedad, y a su vez la enfermedad puede ser un agente estresante percibido así no sólo por el paciente sino también para su familia...Lo anterior no debe interpretarse como que el estrés sea el factor causal responsable de las enfermedades, más bien se considera que el estrés aumenta el riesgo de que el organismo las desarrolle o las exacerbe (pg. 27)</p> <p>La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor, pues el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones</p>

			que podrían evitarse (pg. 49)
<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	Modelo de Patrón de Respuesta de Orientación/Defensa	Este modelo hace referencia a un patrón de respuesta automática del organismo que valora inicialmente la situación en términos de si es amenazante o no lo es. La respuesta de orientación (RO) es inespecífica y se presenta ante estímulos nuevos o cambios estimulantes considerados no nocivos por el individuo. Consiste en una serie de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras, con las que el organismo incrementa su capacidad discriminativa, para hacerse más receptivo y prepararse para recoger más información. La respuesta de defensa (RD) es diferente de la anterior y se presenta ante estímulos considerados nocivos, se caracteriza porque prepara al organismo para actuar y tratar de escapar o reducir dicha situación. La dominancia de un tipo de respuesta esta en virtud de cómo valora el sujeto la situación, y a su vez dicha valoración dependerá de los procesos de condicionamiento y de predisposición biológica (pg. 22).	
	Modelo de Disregulación de Schwartz	Este modelo considera que los estímulos del ambiente o las exigencias ambientales inciden sobre el organismo, entrando en el cerebro a través del input sensorial correspondiente, procesándose a nivel central y emitiéndose las subsecuentes señales de control del output motor. Si un sujeto evalúa las exigencias ambientales como amenazantes, su cerebro activará los circuitos neurales necesarios para la activación de su organismo. Sin embargo, el sistema orgánico puede autorregularse mediante el circuito de feedback negativo que envía al cerebro señales de haber excedido el límite permitido para el órgano, las cuales son procesadas nuevamente como necesidad de contrarrestar la activación y dando como resultado la disminución de la descarga nerviosa sobre el órgano, consiguiéndose así la autorregulación del sistema (pg. 23)	
	Modelo Interactivo de Everly	Este modelo comprende una serie de procesos encadenados en el tiempo cuya secuencia comienza con la aparición de un evento estresante al que le sigue una serie de procesos cognitivos-afectivos. La intervención de los mecanismos neurológicos desencadenantes va a generar la respuesta de estrés que actúa sobre los propios procesos cognitivo-afectivos por medio de un circuito de retroalimentación (feedback). La respuesta de estrés puede involucrar la activación de órganos diana, lo cual actúa de nuevo sobre los procesos cognitivos-afectivos. Por último el sujeto puede poner en marcha la estrategia de afrontamiento del estrés en la cual la activación resultante es atenuada; o bien sino dispone de estrategias de afrontamiento, la consecuencia es que la activación y la respuesta incrementa y/o persista y se produce una disfunción orgánica (pg. 23)	
	Modelo de Emoción y Adaptación ante los Estímulos que Producen estrés	Este modelo concibe el sujeto como un sistema regulador que intenta activamente alcanzar objetivos concretos. Este sistema regulador se considera como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos en series o etapas; una etapa de entrada, que representa el campo de estímulos y establece objetivos; una salida o producción de respuesta, o etapa de afrontamiento, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de las respuestas de afrontamiento y una etapa de supervisión que involucra la atención a las consecuencias de la acción, en relación al conjunto inicial de objetivos. Quizá una de las características más importantes de este modelo es la distinción entre las características objetivas del medio, y el procesamiento de reacciones emocionales ante los objetos. Estos dos sistemas reguladores, aunque son relativamente independientes son interactivos, ya que están implicados en la creación de la percepción y los sentimientos asociados a la misma. (pg. 24)	

		Modelo Cognitivo de Estrés	Este modelo señala que la adaptación del organismo humano a su entorno tiene lugar a partir del establecimiento de cogniciones, que es el modo específico que tiene el sistema nervioso de procesar la información que recibe a través de los órganos de los sentidos. Por esa razón es muy importante estudiar las cogniciones que el sujeto hace acerca del ambiente y de sus posibilidades de interactuar saludablemente con él. (pg. 24)
		Modelo Relación Estrés-Enfermedad	Este modelo señala que el proceso estrés esta matizado por varios factores: a) Una gran variedad de condiciones ambientales (positivas y negativas que pueden producir estrés); b) Los individuos que pueden responder a la misma condición de forma diferente; c) Las respuestas de las personas a un evento estresante varían según su estado psicológico y fisiológico; d) El grado de estrés que una persona experimente dependerá en parte del significado vinculado al evento perturbador; e) Las acciones, pensamientos y sentimientos que utiliza una persona para manejar el estrés (proceso de afrontamiento). (pg. 25)
		Teoría de la Atribución	La cual postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su medio ambiente de acuerdo a la importancia relativa, asignada a factores internos (persona) o externos (medio ambiente). Cuando un individuo asigna la culpa al origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda. (pg. 43)
		Teoría de Afrontamiento	La cual considera que el apoyo social puede funcionar como una estrategia de afrontamiento asistido, para proporcionar las fuentes o recursos requeridos, con el fin de controlar las necesidades específicas evocadas por el estresor, redirigiendo así el uso de la estrategia para la solución de los problemas, a la vez que proporciona ayuda tangible o emocional. (pg. 43)
		Teoría del Intercambio Social	Establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambios en las relaciones.
		Teoría de la Comparación Social	La cual postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a facilitar información sobre sus características, opiniones conductas y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social como evaluación tiene por objeto el exaltar e valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación, es semejante al concepto de comparación social... (pg. 43)
		Teoría de los Efectos Directos del Apoyo Social	Esta teoría, considera que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud física y mental de los individuos. Esta perspectiva evalúa el impacto directo del apoyo social sobre la salud de las personas, a corto o largo plazo, ya que se han obtenido datos que indican que a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos. (pg. 44)
		Teoría del Efecto Reductor directo del Apoyo Social	En ésta teoría se cree que el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas, es decir, que el apoyo social se relaciona con la salud, porque reduce los eventos estresantes que afectan al individuo. (pg. 44)
		Teoría del Efecto Amortiguador del Apoyo Social	Se tiene la creencia de que el apoyo social amortigua al impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas, por lo tanto, no influye directamente en la salud ni en los estresores, sino que modula la relación entre ambos. (pg. 44)

CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	Los recursos "culturales" tienen que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud, y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura del individuo. La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerado como organismo biológico, son también estados valorados y reconocidos socialmente en la cultura y en la estructura social de pertenencia. (pg.36)
	• Creencias [N-M] Sociales		Efectivamente, el tipo de respuesta psicosocial que una persona desarrolla ante la enfermedad está determinado, primero, por el nivel de "gravedad percibida" (conjunto de creencias sobre la enfermedad de la persona, que constituyen la concreción personal de la "representación social" que de la enfermedad existe dentro del grupo social); y segundo, por el conjunto de síntomas dolorosos y discapacitantes que la acompañen (pg. 17) Lazarus y Folkman, señalan muy acertadamente que los compromisos y las creencias (que son adquiridas por la interacción socio-cultural que tiene el individuo con su ambiente), afectan la evaluación que tiene éste de la situación potencialmente estresante, pues son las creencias las que determinan de alguna manera la forma en que se resolverá el problema. Este efecto se observa con facilidad cuando se produce una pérdida súbita de creencias o bien una conversión a un sistema de creencias diferente. (pg. 36)
• NO CLASIFICABLE		Afrontamiento	La dinámica que particulariza el afrontamiento como proceso no es una cuestión al azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Así, al margen de su origen, cualquier cambio en dicha relación dará lugar a una reevaluación de lo que está sucediendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto (pg. 29)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 08
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Educación	La educación es fundamental para prevenir la diabetes. Según los estudios de Callo hay una fuerte relación entre la educación y los componentes metabólicos; incluyendo presión arterial sistólica y diastólica, circunferencia de la cintura y la glucosa. (pg. 15)	
		Estilos de Vida	La información anterior sustenta que es esencial la dieta para evitar la obesidad y la diabetes, sin embargo, la alimentación podría ser englobada en los diferentes estilos de vida, que se relaciona con: creencias, percepciones, actividad física y actividades sedentarias. (pg. 13)... Lo esencial en el tratamiento contra la diabetes ha sido el cambio de estilo de vida de los niños y jóvenes, ya que están a tiempo de poder evitar la diabetes.(pg. 27)	
		Automanejo	Heiser consideró que las terapias eficaces están enfocadas a la diabetes y dependen de la habilidad de los adultos en el auto-manejo de comportamientos saludables: tomar medicamentos, seguir una dieta y ejercicio, auto-monitoreo y el manejo de las emociones causadas por padecer diabetes (pg. 17)	
		Manejo de Emociones		
		Empoderamiento	La adherencia terapéutica y las técnicas o elementos que debe contener una intervención son otra variable fundamental. Son primordiales los siguientes aspectos de la adherencia terapéutica: el empoderamiento, la intervención de comportamiento, la solución de problemas, el conocimiento, las creencias, los modelos personales de diabetes, la estabilidad emocional, la motivación, las estrategias de cambio, los factores sociales y de ambiente, como la familia, recursos de soporte y las barreras de auto-cuidado. Por otro lado, el aspecto más complicado de cambiar en la adherencia terapéutica es al parecer la dieta. (pg. 17)	
		Motivación		
		Autocuidado		

	- Factores negativos	Hábitos negativos Estilo de Vida	El estilo de vida actual nos ha llevado a actividades sedentarias tanto en el hogar, la casa y la escuela. Pero también estas actividades son frecuentes en la forma en que nos divertimos. Existe una fuerte relación entre las actividades sedentarias, la disminución de la actividad física y el aumento de consumo de alimentos poco saludables. (pg. 14) La sensibilidad a la insulina está relacionada con presión arterial alta, obesidad abdominal y a su vez con los estilos de vida... Entonces, si se lleva un adecuado estilo de vida se controlará el síndrome metabólico.(pg. 15)
	• Modelo y/o Programa	Intervención en Solución de Problemas	Cada persona enfrenta los problemas de manera única, pero en muchas ocasiones no usan una estrategia o metodología. Hay momentos en que el paciente no puede resolver un problema porque no sabe qué es. Para evitar generalizar, definiremos un problema. Es una situación que causa algún malestar debido a que no se sabe encontrar la solución adecuada o eficaz; es decir, el problema consiste en no tener la respuesta que se demanda ante una situación determinada, por ello se torna conflictiva. Cualquier alternativa que sea elegida para dar solución traerá pérdidas y ganancias, pero al final dejará un aprendizaje en los niños. Para solucionar problemas no se necesita de un talento especial; se requiere ver con claridad las ideas y acciones que entran en juego en la solución de problemas, por ello, se requiere de un cambio y una reestructuración. El cambio constituye la búsqueda de una solución; la reestructuración significa cambiar el marco conceptual (la manera en como pensamos el problema) y emocional (la manera en cómo nos sentimos debido al problema) que se experimenta ante una situación conflictiva. (pg. 22, 23)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	La diferencia entre razas igualmente afecta, Montemayor y Montes nos advierten que la alimentación debe estar enfocada y adecuarse a la cultura. Debe haber una justa distribución de carbohidratos, proteínas y grasas recomendadas para la edad y la cultura (pg. 13)
	• Creencias [N-M] Sociales		Si las personas no se cuidan es porque las conductas de salud y auto-cuidado, que ocurren en contextos sociales, no se enseñan. Estas conductas entran en una pirámide que considera: factores individuales; como actitudes, conocimientos y creencias de la interacción familiar . Hay un indicio de que la percepción y las creencias juegan un papel crucial. En la investigación de Cockrell, Weinberger, Mulvaney, Schlundt, y Rothman encontraron que la percepción de 139 padres era errónea sobre el peso, la dieta y el ejercicio de sus hijos. El 87% de los adolescentes tenían sobrepeso, el 41% los padres y 35% de las madres de éstos, respondieron que sus hijos no tenían sobrepeso. (pg. 15)
	• Función Emocional		Las creencias y actitudes sobre el peso de las mujeres consiguen el aumento de la preocupación por el peso, la figura y la talla. (pg. 71)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 09
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA	- Factores positivos	Educación Autocontrol Relación Médico-Paciente	Estos tres objetivos generales deben convertirse en objetivos específicos para cada caso individual, de modo que las “herramientas” (tipo y dosis de insulina, dosificación de hipoglucemiantes orales, tipo de dieta, contenidos educativos, técnicas de autocontrol, etc.) han de escogerse en forma específica para cada individuo. (pg. 23) Para conseguirlo es imprescindible que el médico tenga, además de una adecuada preparación técnica, el convencimiento de que	

<p>TERAPEUTICA EN DIABETES</p>		<p>Emociones</p>	<p>mejorar el control es eficaz y posible. Si parte de esta actitud, le resultará más fácil despertar en el paciente una buena motivación. (pg. 23)</p> <p>Slaughte nos dice que todos los médicos, incluso lo más retrógrados, la admiten, los factores emocionales influyen claramente sobre el porcentaje de la glucemia. (pg. 40)</p>
	<p>- Factores negativos</p>	<p>Tensión Emocional</p> <p>Estilos de Vida</p>	<p>En la persona, los estados de tensión emocional, acompañado por ejemplo de un examen médico, la presentación a un concurso, los asuntos de amor, etc., afectan a estas glándulas, que comienzan a funcionar de una manera exagerada y modifican el equilibrio de la glucosa (pg 41)</p> <p>El factor genético en los casos de las historias de vida no es claro, al parecer no resulta claro cómo se desarrolla la diabetes sin antecedentes, lo cual apunta más bien a las formas de vida que llevan dichas personas, lo que nos lleva al primer y quizá más importante grupo social en el que se desarrolla cada persona; la familia. (pg. 69)</p> <p>El punto es que a veces, ni siquiera se sabe hacia dónde llevarlo, por ello la importancia de mostrar que los procesos y “modos de vida” pueden dirigirnos en un futuro a un padecer constante que quizá nos haga una vida mucho menos placentera. (pg. 76)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	<p>Teoría Psicosomática</p> <p>Teoría de los 5 elementos.</p>	<p>Etimológicamente, la palabra psicósomático ésta compuesta por dos palabra griegas: <i>psique</i>, “alma”, y <i>somático</i>, “corpóreo” en un ser animado. Implica un síntoma material, físico o químico, dependiente de una alteración de lo sólido o líquido del organismo para diferenciarlo del sistema funcional. Esto significa que ambos, el alma y lo corpóreo existen en un mismo cuerpo pero su funcionalidad puede ser alterada por procesos sociales y personales. Esta definición es utilizada por la ciencia médica como una clasificación que utilizan como recurso para aquello que, con respecto a la enfermedad no pueden explicar. Esto hace una posible forma de evasión del problema: la cual es que todo padecimiento es de origen genético, con lo que se niegan otras interpretaciones o lecturas del cuerpo con respecto a sus signos y síntomas. (pg. 26)</p> <p>Hay que considerar que el hombre es un ser vivo que forma parte del planeta y puede comprenderse a partir de los elementos que componen la vida en la tierra, el cuerpo humano tiene en su interior un equilibrio que corresponde con el exterior, es decir la armonía de la naturaleza puede existir en el cuerpo, la complicación empieza cuando la armonía del exterior se rompe por el uso irracional de los recursos en la sociedad industrial que explota los bosques, contamina el agua, la tierra, que sobre explota el metal y sobrecalienta con fuego o radiaciones geografías específicas. Estos procesos sociales e históricos tienen una implicación no solo en las redes de cooperación de los vegetales y demás seres vivos, sus efectos también se expresan en el cuerpo humano que tienen que enfrentar la disyuntiva de adaptarse, tener una enfermedad crónica o morir. (pg. 29)</p> <p>... Se sostiene en la analogía con el cuerpo que es conceptualizado como un microcosmos y encuentra una estrecha relación con los cinco elementos: madera, fuego, tierra, metal y agua con los órganos del cuerpo; así cada elemento corresponde a dos órganos: madera, hígado y vesícula biliar; fuego, corazón e intestino delgado; tierra. Bazo, páncreas, estómago; metal, pulmón, intestino grueso; agua, vejiga, riñón. Esto significa que la relación que existe en el medio ambiente con los cinco elementos es la que se guarda en el interior del cuerpo. El equilibrio entre lo endógeno y exógeno guarda una relación de armonía, de modo que cualquier cambio que suceda externamente tendrá efectos e implicaciones que se manifestarán en el interior del cuerpo y se expresarán en problemas con la relación de los elementos y los órganos (pg. 30)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Cultura 	<p>Cultura</p>	<p>Así, la dialéctica que hacen los elementos, órganos y emociones solo tienen un espacio geográfico donde confluyen: el cuerpo</p>

CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]			humano, que es una realidad social transformada por la historia y la cultura; sin dejar de lado el proceso de alimentación y estilo de vida, en el trabajo y el uso de su sexualidad (pg. 31)
	• Creencias [N-M] Científicas		Los tratamientos alternativos son aquellos no aceptados en principio por la medicina alópata, por no estar apoyados en estudios científicos ni seguir protocolos de investigación controlados y aprobados por la comunidad científica, además de que existen dudas sobre el uso apropiado de las terapias alternativas para tratar la diabetes. (pg. 24)
	• Creencias [N-M] Historia		...por otra parte, conocer el cuerpo humano requiere otra lógica, la conjugación de un proceso histórico-cultural para saber la construcción de un cuerpo que no tuvo la conciencia de ser una elección... (pg. 40)
	• Creencias [N-M] Sociales		Actualmente el cuerpo se ubica mas allá de las coordenadas biológicas para situarlo como un producto cultural, las investigaciones sociales han puesto en evidencia que la sociedad le da sentido y valor al cuerpo, a la vez que recrea y reproduce sus significados. En consecuencia, el cuerpo es un reflejo de la cultura y a su vez esta lo marca y le confiere una carga simbólica según el sexo, la edad, la clase social y la identidad étnica nos dice que los problemas de tipo psicológico, psiquiátrico y psicosomático van a la alta por diversas condiciones sociales: políticas-económicas, de guerra, desnutrición crónica, estrés, aglomeraciones y hacinamientos, pérdida de expectativas en la realización personal, crisis de la familia y los valores de las sociedades contemporáneas, el deterioro ecológico, entre otras muchas posibles razones que nos dan un panorama no muy alentador en eso de crear nuevas patologías en los individuos. Todavía en la década de los setenta y aún en nuestros días la etiología se buscaba y se busca en los aspectos biológicos y genéticos, dejando de lado los procesos sociales y culturales que dominan en el contexto mundial y nacional. (pg. 63)
	• Función Grupo	Alimentacion	En un padecimiento que tiene que ver con los procesos metabólicos del cuerpo resulta de vital importancia considerar el aspecto alimenticio y el cómo los conceptos determinan en muchos casos el comportamiento, es decir, las ideas de una vida en exceso están presentes, aunque ya no sean tan validas, como en la alimentación, es curioso escuchar que en la ciudad la alimentación de de mejor calidad, ya que se tiene exceso a comida “buena” como lo es la posibilidad de comer carne diario, también como ahora el consumo excedido de carbohidratos es una condición de mejor acceso para las clases más bajas de la población, los mejores productos, los cuales son de menos carbohidratos y calorías, lo que implica que los que son mas naturales se han vuelto de mas difícil acceso a las clases populares; la obesidad ya no se está asociando con status socioeconómico alto sino que se está convirtiendo en un indicador de pobreza. (pg. 76)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 10
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Calidad de Vida	...podemos decir que la calidad de vida podría mejorarse si se consiguiera cambiar los comportamientos de riesgos que muchas de las personas mantienen, por comportamientos de prevención y promoción. (pg. 20)
		Automonitoreo	Para esto se debe tener en cuenta otros escenarios tales como el auto-monitoreo, uso de medicamentos y el buen estilo de vida para las personas con diabetes. De esta manera se incrementará más el control del predominio de diabetes. (pg. 23)
		Estilo de vida	...El control y autocontrol de la diabetes en las personas es un esfuerzo para reducir el predominio de esta enfermedad... (pg. 23)
		Autocontrol	La adherencia terapéutica y las técnicas o elementos que debe contener una intervención son otra variable fundamental. Menciona diez aspectos fundamentales para que se de una adherencia terapéutica adecuada. 1. El empoderamiento. 2. La intervención de
		Adherencia Terapéutica	

			comportamiento 3. La solución de problemas 4. El conocimiento 5. Las creencias 6. Los modelos personales de diabetes 7. La estabilidad emocional 8. La motivación 9. Las estrategias de cambio 10. Los factores sociales y de ambiente, como la familia, los recursos y las barreras de auto-cuidado (pg. 26)
	- Factores negativos	Hábitos insanos	Además de la alimentación, otro evento vital está influenciado por el estilo de vida de los individuos, un ejemplo de lo anterior es el sedentarismo, este factor se relaciona con las habilidades interpersonales, tales como la competencia interactiva o social, especialmente cuando se habla de niños, pues constituye un poderoso predictor de cambios en adaptación y salud que ocurren posteriormente. (pg. 14)
	• Modelo y/o Programa	Modelo de Solución de Problemas	Es de gran importancia considerar que la solución ideal para resolver un problema no existe, y que cualquier alternativa que sea elegida para dar solución traerá pérdidas y ganancias, pero al final dejará un aprendizaje. El problema no está en la situación, sino en la ineficacia que tiene la respuesta que la persona ha generado. El problema es por tanto buscar la mejor solución pero sobre todo que sea eficaz. Al hablar de soluciones es conveniente tener presente que no existe una solución única, perfecta e ideal para cada situación o desafío que se nos presente en nuestra vida; al hacerle frente siempre podemos poner en práctica diferentes estrategias tomando en cuenta que cada una de ellas tienen sus ventajas e inconvenientes. Un punto importante es valorar todas las alternativas que se puedan generar para elegir la que suponga mayor ganancia. Es necesario destacar que la resolución de problemas es una habilidad que se aprende, por ello es importante recordar que para resolver un problema se necesita de método y disciplina. (pg. 27)
• NO CLASIFICABLE		Sobrepeso y Obesidad	En la actualidad la vida de los escolares se ha vuelto más sedentaria, cada vez los niños son más inactivos, dedican más tiempo a ver la televisión, estar en la computadora, o prefieren entretenerse en los juegos electrónicos y de video, que en actividades recreativas o de actividad física, pues de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Solamente el 38.8% de los adolescentes son activos físicamente, teniendo como consecuencia un aumento de obesidad entre el 47 y 77% en los últimos 7 años... (pg. 14)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 11
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Estilos de Vida Calidad de Vida	...Estos estilos de vida generan una calidad de vida.(pg. 119) ... Sin embargo, la relación Calidad de Vida-Salud es recíproca. No sólo los procesos de salud, influyen en la Calidad de Vida, sino que la Calidad de Vida influye en los niveles de salud. (pg. 120) La salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser la familia, laboral o sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales...(pg. 121, 122)

		Autocuidado	Las enfermedades crónicas y sus tratamientos se basan en el auto cuidado para prevalecer la salud... (pg. 159)
		Autoanálisis	Desde su diagnóstico, el diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado que va desde el autoanálisis, un ajuste con su tratamiento dietético y farmacológico, el manejo de técnica de autoinyección hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene, etc. (pg. 11)
		Relación Médico-Paciente	La comunicación paciente-médico es vital para tener una salud estable, sin embargo cuando la enfermedad es crónica, como la diabetes DM2, el cuerpo debe de reponer las energías gastadas al mantenerse con vida y si con ello afecta algún otro órgano, como riñones, vista, páncreas u otros, lo cual la relación establecida médico, no solo como se aboca a rescatar el cuerpo y preservarlo, además que tiene que informar que sucederá después, que cambios presentaran o los medicamentos que emplean en el tratamiento afectara otra función, y esta función de interés es en la vida sexual del paciente. (pg. 106)
		Apoyo Social	El ser compañero durante el proceso de enfermedad también cumple una función positiva para la persona que fue diagnosticada como persona diabética, al estar presente proporcionan seguridad y apoyo emocional ante una situación difícil como es la DM2, ... (pg. 125)
	- Factores negativos	Emociones Negativas	Estos cambios para la persona que padece DM2 no excluyen a su pareja y su familia generando al diabético sentimientos de impotencia e incapacidad que empujan a modificar su vida o abandonarse a un sentimiento depresivo. Cuando empujan a la persona a modificar su vida analizan el motivo principal que ocasiono la DM2, encontrando que si la DM2 deteriora el organismo, la mala alimentación, falta de ejercicio, hábitos de fumar o tomar bebidas alcohólicas, entres otras situaciones, se ha encontrado en la investigación que el factor decisivo fue situaciones estresantes, momentos difíciles emocionales para cada persona que impactaron lo suficiente para desatar la DM2. (pg. 165)
		Hábitos insanos	
		Estrés	
		Atención Médica	En ciertas circunstancias el tratamiento de la DM2 va más allá de una cuestión económica, o de creencias de cada persona, en ciertas circunstancias el tratamiento depende de política de cada institución, la atención médica se pierde detrás de un escritorio y burocracia, debido que las instancias médicas deben de cubrir con políticas institucionales que generan pérdida de tiempo y dinero para el usuario del servicio y promueven la espera de atención medica como confianza de la misma, creando interpretaciones erróneas de la atención médica, como de la institución como actos de interés político y económico. (pg. 130)
CULTURA Y CREENCIAS	• Cultura	Cultura	Tal construcción dentro de una sociedad al ser un hombre o una mujer crea acciones e ideales de acuerdo a una sociedad y que trascenderán en el tiempo, una cuestión de género involucra una serie de situaciones como de tiempo, lugares o características culturales, que no se pueden contemplar como una situación de masculino o femenino como lo realiza Lamas al emplear, género para referirse a la clase, especie o tipo al que pertenecen las cosas, como una cuestión de construcción de lo masculino y lo femenino, y que deba comprenderse en función del género gramatical... el género es una cuestión cultural-social, tradicional que mantiene relación con el sexo y con las cualidades que deben mantener como hombre o mujer a través de una serie de creencias, rasgos de personalidades, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres, y esto es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo se produce con diferencias entre los géneros masculino y femenino, sino que a la vez estas diferencias implican desigualdades y jerarquías para ambos (pg. 8)
	• Creencias [N-M] Sociales		...el medicamento para el tratamiento de la DM2 no es empleado de manera cotidiana, solamente cuando presenta algún síntoma de la enfermedad. Para no usar de manera cotidiana el medicamento de la DM2 recurren a remedios caseros y una constante dieta. (pg. 44)

[Salud-Enfermedad]			<p>Su aproximación con las instancias de salud se debe por las creencias personales o el de recurrir a remedios caseros que proporcionaban una cura para continuar con sus actividades, en otras situaciones la cercanía con los médicos es de tiempo atrás en su infancia por las campañas de salud que realizan las instancias médicas en las comunidades. Para algunos otros la relación médica solo era observada como un trámite para mantener un trabajo o una actividad deportiva más de prevalecencia por la salud. (pg. 117)</p> <p>Al presentar cambios por los síntomas de la DM2 y no ser controlados por sus creencias o remedios la recurrencia con el doctor era inevitable...(pg. 117)</p> <p>En la búsqueda de salud y bienestar por mantener un cuerpo sano y no modifique su economía la persona se encuentra en un constante aprendizaje en el tratamiento, medicación, alimentación e higiene para evitar complicaciones de la DM2 pero también llegan a formular, creencias y mitos en relación a la diabetes González menciona que en ciertas situaciones el enfermo no solo se conforma con los medicamentos prescritos, buscan alternativas por lo cual recurren a los mitos o remedios herbolarios para evitar el consumo de medicamentos y satisfacer su necesidad de una buena salud. Estas conductas o creencias se concretizan debido a que ciertas situaciones los medicamentos y la situación económica de cada individuo llega a ser costosas y difíciles de cubrir que no percibe el médico, como al establecer dietas con alimentos que no consumen con frecuencia o que llegan a ser costosos para cierta población. (pg. 129)</p> <p>... debido a la falta de organización dentro de las instituciones de salud generan interpretación errónea del servicio dentro instancias médicas debido al trato, espera y calidad al servicio de salud que se llega a interpretar como acciones comerciales o políticos, que termina en creencias en las personas que él acudir al médico es una pérdida de tiempo, de pésimo servicio o un lujo que no se puede tener, creencias que chocan con la idea principal de las instituciones de salud que es la de prevenir enfermedades y mantener la salud de la población (pg. 130)</p> <p>... también se relaciona con las creencias que cada persona tiene sobre la salud y su cuidado, estas establecerán la relación con la atención médica. Cuando se esta sano la relación con el médico es mínima o nula justificada por la misma situación de sano o una aproximación de sano. Cuando se presenta un malestar en la persona agotaran todo tipo de ayuda para una cura a través de automedicación, remedios naturales o espirituales que conformen sus creencias antes de acudir con el médico.(pg. 165)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Religiosas 		<p>... González yVargas mencionan que depende de las creencias que tiene sobre la enfermedad y esto será la que determinara el tipo de conducta sobre la atención médica a recibir, en ciertos casos estas creencias tienen carga espiritual donde la salud está en disponibilidad de dios para que prevalezca, pero desconoce los riesgos, al contemplar las creencias en la existencia de Dios o dioses capaces de ayudarle en los momentos más acuciantes de su vida o en la fe que se tenga (superstición), en una persona (la madre o el médico) o cosa, (un talismán) las creencias mantiene a la persona en un riesgo para su salud, creencias que dispondrá a la persona en la opción de acudir al médico o no. (pg. 125, 126)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [S-S] Suerte 		<p>Otra aproximación a la enfermedad es la creencia en su cura, López op. cit., al incorporar procedimientos milenarios, pomadas, fomentos, tes que involucran grasas de animales, ingesta de vegetales o la elaboración de tes, originarios de diferentes regiones del país empleados en sentido creciente en los últimos diez años en nuestros tiempos en una búsqueda rápida y económica para el diabético. (129)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NO CLASIFICABLE 		Sexualidad	La sexualidad al ser una estructura que se forma en el transcurso de la vida de las personas ya que comienza desde antes del

	<p>Genero</p>	<p>nacimiento, al depositarnos un nombre, ropa, juegos o trabajos que hay que desempeñar de acuerdo al sexo y la sociedad y se desarrolla hasta el momento de la muerte. Aunque a partir de la adolescencia que retoma un significado mayor debido a la exploración de un cuerpo y al encontrar un placer considerado por la persona, pero concretamente en la adultez, la sexualidad deja de ser propia, privada debido a la interacción con otros y suscita la vida sexual que se completa con la interacción con otro. Que se expresa de manera erótica conjunta del deseo-goce, producto de las necesidades, apetitos y placeres de cada uno de los implicados en la interacción sexual. (pg. 6)</p> <p>Estas asignaciones definen lo que se rotula como masculino o femenino y constituye las creencias sociales sobre lo que significa ser hombre y mujer, en cada sociedad dada y en un período determinado. Los estereotipos de género son el resultado de considerar que determinadas actitudes, conductas y sentimientos son apropiados para sólo uno de los sexos. (pg. 9)</p>
--	---------------	---

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	FOLIO 12
--	---------------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
<p>ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES</p>	<p>- Factores positivos</p>	<p>Apoyo Social Estilo de Vida Familia</p>	<p>...cuando se conforma una familia se entabla en ella una organización que permitirá eliminar, retomar o recrear diferentes estilos de vida... dichos estilos de vida permiten entender los comportamientos y actitudes que desarrollan las personas en cuanto a su modo de vida (lo material), su forma de hacerse presentes en el mundo (lo ideológico) y su forma de relacionarse con otros (lo social), los cuales pueden ser saludables o nocivos para la salud. (pg. 37)</p> <p>...las intervenciones que involucran el apoyo de la familia y los amigos a las personas diabéticas, han mostrado que dicho apoyo es un factor valioso tanto para mejorar el nivel de cumplimiento terapéutico como para mantenerlo a lo largo del tiempo; cuando la familia se involucra en el cuidado de la persona diabética, proporcionando apoyo, es más probable que el cumplimiento se optimice (pg. 43)</p> <p>... el apoyo es considerado como algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica, además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o del autocuidado, así como en la observación de tratamiento médico. (pg. 63)</p>
	<p>- Factores negativos</p>	<p>Cultura</p>	<p>Retomando lo anterior, es difícil modificar estilos de vida, ya que cada individuo nace en una cultura determinada y las creencias básicas de ella lo forman y permanecen profundamente arraigadas, durante toda la vida, como parte de su personalidad (pg. 39)</p>
<p>CULTURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cultura 	<p>Cultura</p>	<p>La cultura es todo aquello a través de una vida en sociedad, abarca desde la manera de comportarse hasta la manera de ser, debido principalmente a que todo lo que se realiza el, como por ejemplo: la forma de caminar, comer, vestir, hablar, estudiar, escuchar música, entre otras cosas, dependen de las adquisiciones que la persona extrae de la cultura en la que cotidianamente se desenvuelve... (pg. 33)</p> <p>Sin duda alguna, la cultura permite que los grupos sociales respondan a los retos de la sobrevivencia y se expliquen a si mismos y a los demás su entorno, su pasado, su presente y su futuro, porque mediante un sistema de significados, se guía la acción, la experiencia y la conducta social. (pg. 34)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias [N-M] Sociales 		<p>Las alternativas encontradas en la comunidad son las siguientes: 1) medicamentos: tomar pastillas, vitaminas o productos herbolarios; 2) tés amargos: beber tés con hierbas, cascaritas o bejuocos amargos; 3) tomar orines: ingerir en ayunas sus propios</p>

Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]			orines con un poco de limón; 4) tener fe: en uno mismo y aferrarse a alguien, que puede ser algún familiar (pg. 83) Si tenemos en cuenta que el medicamento sólo es tomado momentáneamente y después es abandonado, el médico a cargo podría pensar que este paciente no quiere tener una recuperación, pero si tomamos en cuenta que dentro de su núcleo familiar, social y grupal es preferible por tradición tener fe o creer en que las hierbas pueden darle un mejor alivio a su enfermedad, a diferencia de los medicamentos, es lógico pensar que dejará de tomarlos no por negligencia, sino porque su forma de pensar y actuar contra una enfermedad no es sólo curarla con medicamentos, sino con hierbas, en forma natural, que se tienen al alcance o que se encuentran en casa, debido a que ellos mismos suelen plantarlas o cultivarlas (pg. 86)
	• Creencias [S-S] Destino		Por ‘Muinas’ los cuales son enojos o disgustos continuos. Lo que los habitantes definen como peleas con algunas vecinas o con los mismo familiares... (pg. 77) Por ‘Preocupación’ esto es crear anticipadamente lo que sucederá con ciertos asuntos que le generan a la persona angustia, como lo es, el no saber nada de algún familiar cercano que se encuentra laborando en E. U. o en otro lugar lejano, del cual no se tengan información (pg. 77)
	• Creencias [S-S] Casualidad		Por ‘Susto’ que es una impresión repentina causada directamente a la persona. Ejemplo de ello, fue lo que le sucedió a la señora CMF, integrante de la familia con la que se trabajó, debido a que su tercera hija manifiesta que la diabetes comenzó a raíz del accidente que ambas tuvieron... (pg. 76) Por ‘Espanto’ que es el terror o asombro que infunde miedo. A lo que ellos llaman el ser visitado por algún ser querido que ya falleció, esto es, que el espíritu de alguien se encuentre habitando en casa y continuamente les juegue bromas pesadas o los moleste...(pg. 77)
	• Creencias [S-S] Psicológico		No se cree que este medicamento, recetado por el profesional de la salud, pueda curarlos de la enfermedad que presentan. Uno de los habitantes comentó al respecto: ‘...los medicamentos nada más lo calman a uno [solo] por unas horas... las plantas medicinales [que si curan] son amargas...’ por lo que el medicamento no los puede curar, únicamente disminuyen el dolor (pg. 84)
	• Función Grupo		El uso de los tés es una cuestión cultural y tradicional, que es transmitida oralmente de generación en generación, vigente dentro de esta comunidad, pues los habitantes son conocedores de una gran variedad de plantas medicinales, ellos saben cuáles son las propiedades, efectos y consecuencias que conlleva tomar tés de ciertas hierbas, de hecho suele tomárselos cuando se sienten mal, ya sea para reducir o aliviar ciertos malestares de manera natural, sin necesidad de tomar medicamentos (pg. 88)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES

**FOLIO
13**

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Estilos de vida	Las actitudes habituales y permanentes, son verdaderos estilos de vida y pueden servir en la práctica, para determinar el carácter y la personalidad de nuestros semejantes. Las decisiones del estilo de vida que toman las personas afectan su estado emocional, así como la manera como se relacionan con la familia y los amigos (pg. 42)

CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	...tratar la obesidad desde el punto de vista de la cultura, proporciona una visión diferente de un problema de salud que afecta a las personas. Desde la perspectiva cultural, es posible conocer cuáles son los estilos de vida de las personas obesas y como se originaron. Asimismo, se puede entender porqué se crearon y cuales necesidades satisfacen, en espera de encontrar la solución adecuada a cada caso particular.
	• Creencias [N-M] Sociales		...cuando un individuo nace en una determinan cultura, las orientaciones y creencias básicas de ésta lo forman y permanecen profundamente arraigadas durante toda la vida en su personalidad (pg. 31) Por tanto, la cultura alimentaria es un aspecto que debe considerarse, al elaborar el tratamiento para modificar las creencias, emociones y comportamientos identificados (pg. 39) Como se observa en los informantes, tratar la obesidad desde el punto de vista de la cultura, proporciona una visión diferente de un problema de salud que afecta a las personas. Desde la perspectiva cultural, es posible conoce cuáles son los estilos de vida de las personas obesas y como se originaron. Asimismo, se puede entender por qué se crearon y cuáles necesidades satisfacen, en espera de encontrar la solución adecuada a cada caso particular (pg. 157) Al formar parte de una sociedad y cultura específica los individuos aprenden un estilo alimentario particular. Es decir, en el seno familiar son educadas para ingerir un tipo de alimentos que son elegidos por la madre y tienen la finalidad de satisfacer las necesidades biológicas de alimentación. Al ser compartidas las prácticas alimentarias, se favorecen comportamientos que son aceptados por los miembros de la familia. De esta manera, la modificación de la alimentación es algo sumamente complejo porque al ingerir alimentos, las personas no lo hacen de una manera simple, sino que su consumo se encuentra condicionado con el significado que representan (pg. 178, 179)
• NO CLASIFICABLE		Obesidad	Es importante señalar que las implicaciones de la obesidad son considerables. En México son muy amplias las patologías y fallecimientos derivados de esta anomalía... (pg. 9)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 14
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Hábitos de Vida	En cuanto a esto, puede mencionarse que la diabetes es una enfermedad metabólica crónica que exige la adquisición de nuevas rutinas representadas, en su mayoría, por procedimientos médicos que son dolorosos o tediosos, pero indispensables para el control y la prevención de complicaciones posteriores. Además, supone cambios en los hábitos de vida, en la alimentación y en la actividad física. (pg. 35)	
		Afrontamiento	El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en éste contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para buena evolución. (pg., 40)	
		Relación Médico-Paciente	... la formación y las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud que los atienden...El apoyo familiar: éste se	

	<p>Apoyo Familiar</p> <p>Estados Emocionales</p> <p>Autocuidado</p> <p>Autoeficacia</p>	<p>refiere por ejemplo a los horarios regulares de comida etc... Aspectos sociales y medioambientales: existen personas que pertenecen a un grupo social que tiene en cuenta su salud realizando periódicamente sus revisiones médicas, de ésta manera es mucho más fácil que se discipline en éste sentido que en caso contrario... Variables emocionales: los estados emocionales positivos aumentan la motivación para el autocuidado y por tanto las personas con diabetes mellitus tipo II se asocian a una mejor adhesión, los mismo sucede cuando aumenta la sensación de responsabilidad, ya que es un mayor compromiso por parte de éstas personas hacia su salud. (pg. 40, 41)</p> <p>... de las variables psicológicas, la autoeficacia percibida (creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras), parecería mediar la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento de diabéticos. (pg. 42)</p>
- Factores negativos	<p>Hábitos insanos</p> <p>Tensión Emocional</p> <p>Ansiedad</p> <p>Estrés</p>	<p>La pobreza constituye un factor que influye incuestionablemente en la tasa de enfermedad y en la reducción de la esperanza de vida, debido al no poder obtener acceso a los cuidados médicos y sanitarios; asimismo, el nivel de educación también está comportamientos que incrementan los riesgos para la salud, tales como tabaco, la práctica de alguna dieta rica en grasas, y el mantenimiento de un estilo de vida sedentario.(pg., 16 y17)</p> <p>La población diabética ha asumido que siguiendo uno de los tratamientos se puede prescindir de los otros, es decir, a veces se consume el medicamento y se realiza el ejercicio, pero no se controla la alimentación; o se cuida la alimentación y se toman los medicamentos, pero no se hace ejercicio; o sólo se toma el medicamento y no se efectúa el ejercicio y mucho menos se lleva la dieta; o se deja de tomar el medicamento unos días y se lleva la dieta a medias y con lo que se mueve en el día cree que es suficiente el ejercicio, etc. todo esto sin considerar el aspecto emocional, que es al que menos atención se le da y el que más se descuida dentro de la vida de los diabéticos debido a que la concepción que por lo general se tiene de la enfermedad y de la problemática emocional que la acompaña se atribuye a la normalidad, a la herencia, a la justicia divina, a lo natural, mas no a la construcción que los mismo hacen de su vida. (pg. 12)</p> <p>... la persona es entendida como un ser dividido, se le fragmenta y en las prácticas de salud sólo se ven a la persona en partes, los sistemas de salud se diseñan de tal manera que la persona no entienda ni comprenda lo que le pasa, existe una desinformación que genera en la persona ansiedad y estrés extra; las salas de espera, consultorios, cuartos, etc., se diseñan para que nadie se entere de lo que sucede dentro... (pg. 25)</p> <p>En el caso particular de los diabéticos el grado de adherencia es muy bajo, es decir, los pacientes no siguen indicaciones médicas, lo cual permite que su condición empeore, teniendo pensamientos y sensaciones respecto a su padecimiento que no pretenden cambiar. Se ven involucrados en un ciclo degenerativo el cual inicia con el diagnostico de diabético, segundo, sienten y piensan que es inútil esforzarse por cambiar sus estilos de vida, tercero, intentan seguir las indicaciones clínicas, y no ven mejoras, asique por último se descuidan y entran en un estado degenerativo (pg. 39)</p>
• Modelo y/o Programa	Psicogenealogía	<p>... es ayudarnos a tomar conciencia de la influencia que la familia ejerce en nuestra vida, en nuestro interior, dicho de otra forma, comprender nuestras propias raíces para liberarnos. He aquí la importancia que tiene la familia en la construcción e una patología, en donde la ignorancia es aliada permitiendo que no se conozcan elementos por los cuales vivo, la vida vacía... (pg. 94)</p> <p>... se pretende conocer el ancestro y saber el porqué es que se comportó de la manera que lo hizo, comprendiéndolo y dejándolo</p>

		Psicología Transgenealógica	ir a y a la vez permitiéndonos seguir en el camino. Determinante es comprender que gracias a sus pasos es que nosotros podemos estar aquí, que gracias a lo poco o mucho que hizo se esta aquí, agradeciendo y pidiendo permiso para seguir adelante, bajarlo del pedestal para decirle a que ahora nosotros somos los encargados de vivir y cumplir aquello inconcluso, contar los lazos y seguir. .. (pg. 100)
		Teoría de los 5 elementos	... el entendimiento de la unidad, la comprensión y aceptación de un todo integrado, podrá permitirnos entrar en armonía con el sí mismo y con el ambiente, en esta relación macrocósmica-microcósmica. (pg. 108)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	Las culturas y los contextos, así como cualquier grupo social al que se pertenezca están lleno de símbolos y de significados, los cuáles se hacen propios, se aprende en la mente o se aprehenden en el cuerpo... (pg. 109) ... nada esta inconexo y lo que somos (en el cuerpo) y lo que aprendemos tiene un origen en la cultura y en la familia... (pg. 13) La causa de una enfermedad, es este caso la diabetes, principalmente es atribuida a factores hereditarios, alimenticios, ambientales o genéticos, etc., pero jamás se reconoce que es una construcción propia de aspectos culturales, idiosincráticos interiorizados, principalmente de una emoción acumulada y detenida en un órgano o órganos, no se le da importancia a factores emocionales envejecidos por el tiempo que complementados con una mala alimentación, con predisposición hereditaria y factores ambientales originan malestares en el cuerpo... (pg. 71)
	• Creencias [N-M] Historia		... las relaciones familiares son procesos importantes en la construcción de las formas de elaborar la salud y la enfermedad. Lo interesante es el proceso mediante el cual el sujeto materializa y somatiza las relaciones familiares en su cuerpo, lo que nos permite ver el trasfondo de la construcción del individuo, sin desdeñar el proceso histórico social de una geografía y su cultura, germen de las mediaciones en el espacio familiar... lo anterior significa que cada familia estructura su forma de resistencia o de resignación a la normatividad social, en la que se construye la manera de ver y de sentir el cuerpo humano. (pg. 72)
	• Creencias [N-M] Sociales		... el cuerpo muestra ser la síntesis de los procesos sociales e históricos. Y muestra ser, además una construcción cultural que transforma las funciones de órganos y establece nuevas relaciones con la fisiología del individuo. El cuerpo resulta el lugar donde se encuentran e interactúan las relaciones individuo-sociedad. Las demandas sociales definen los procesos de apropiación de las formas y las categorías del cuerpo propio y del ajeno, que lo suscriben a ser el ejecutor de acciones que no son constructivas, sino respuesta a una estructura de venta. (pg. 63) Las etiquetas y representaciones simbólicas que se adquieren de la sociedad y de la cultura, permiten construir un cuerpo sano o enfermo, es decir lo que entiendo y lo que aprendo de la vida influirá en cómo la vivo... (pg. 78) ... con lo anterior se sintetiza que el ser humano aprende de la cultura y de las masas o de población, que con lo que aprendió hace lo que puede, siempre y cuando esté en concordancia con lo ya establecido. (pg. 85)
	• Creencias Religiosas		Sin reserva alguna todos los entrevistados piensan y sienten que ser diabéticos es lo peor que les pudo pasar, algunos; creen que fue dios que se los envía para que pudieran aprender y ser obedientes, otras creen que es un castigo divino por algo que hicieron mal y otro tanto siente que es por los descuidos llevados en la alimentación...(pg. 165)
• NO CLASIFICABLE		Transgeneracional	... dentro de lo familiar existen fenómenos transgeneracionales indisolubles y que se heredan de generación en generación... la comunicación alma con alma, la comunicación por medio del lenguaje corporal, la comunicación se dirige al cuerpo a las sensaciones, aún una comunicación con los miembros de nuestra familiar (con aquellos que aún vive y los que ya no están con nosotros), comunicación que determina y dirige nuestros pasos en un constante repetir de deseos y necesidades de otros, por el

		deseo de honrar a los padres o a los abuelos. Gracias a las convivencias constantes con los padres y a la misma vez con los padres de éstos, se transmite información que nos marca o etiqueta, etiquetas que se convierten en cargas. Las etiquetas nos nombran y dan significado y así como un camino el cual hay que seguir, mencionó que se hacen una “carga pesada”, ya que solemos ser y hacer lo que nos dijeron que es bueno, aquello de lo que nuestro padres no fueron capaces de hacer. (pg. 90)
--	--	---

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	FOLIO 15
--	---------------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Autocuidado	... El cuerpo humano es ante todo responsabilidad de uno mismo, por lo tanto sería prudente y mucho más sencillo, e incluso más económico, realizar autocuidados de prevención, más que de curación. (pg. 42)
		Autocontrol	...la DM1 requiere un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicosocial y psicológico subyacente que afectaría de manera desfavorable al enfermo con esta patología. (pg. 57)
		Apoyo Social	Una red social y familiar adecuada promueve el bienestar emocional y el sentimiento de ser valorado y cuidado por otros, aspectos importantes para una adecuada adaptación a la enfermedad (pg. 63)
		Emociones	Entre otros aspectos, la importancia de tomar en cuenta las emociones que experimentan las personas, radica en que éstas pueden ser el detonante de muchas enfermedades o padecimientos orgánicos. (pg. 44)
		Calidad de vida	El concepto de calidad de vida, es considerado como un fenómeno multidimensional, que tiene su base en el término “vida” el cual se centra en la existencia humana. La vida humana puede ser individual o social, puede referirse a la actividad física o intelectual, a la vida cotidiana, al curso completo de la vida, etc. Y la calidad se entiende como la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa; como el grado o lugar ocupado por las cosas en la escala de lo bueno y lo malo, es decir, la calidad se refiere al carácter de la vida más o menos bueno o satisfactorio. Es importante hacer énfasis en la calidad de vida subjetiva ya que las apreciaciones subjetivas frecuentemente involucran juicios en términos de satisfacción. (pg. 52)
		Afrontamiento	El estilo de afrontamiento al estrés que tiene un adolescente diabético es otra variable que también ha sido ampliamente vinculada con la adherencia al tratamiento...establecieron inicialmente dos tipos de afrontamiento: uno centrado en la emoción y otro centrado en el problema. (pg. 63)
		Autorresponsabilidad	El diagnóstico de diabetes supone para cualquier familia la necesidad de hacer frente a una enfermedad crónica. Esto significa la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento y de reajustes en la dinámica familiar muy importantes, tales como la elaboración de estrategias que posibiliten el autocuidado, hasta conseguir que el paciente sea responsable de sí mismo en cuanto a su padecimiento, esto es, que respete los horarios de medicación, mantenga una dieta balanceada, realice actividad física, todo esto sin que le tenga que ser ordenado (pg. 66)

	- Factores negativos	Estilo de Vida Estrés Emociones Negativas	Tal parece que actualmente no hay nadie que no conozca al menos a una persona que tenga diabetes o que esté predispuesta a padecerla. Lo anterior podría deberse al actual estilo de vida (el consumo excesivo de alimentos altos en carbohidratos, el sedentarismo, el poco y/o mal manejo de tiempo libre destinado a realizar actividades físicas, inadecuado manejo de estrés, y de sentimientos de frustración, ira o enojo, etc.) lo cual es aún más intenso en las llamadas zonas urbanas e industrializadas. Esto trae como consecuencia que el número de personas que padecen esta enfermedad haya crecido significativamente en las últimas décadas. (pg. 45)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	Desde la perspectiva psicológica, en el concepto de calidad de vida se aporta una visión donde el hombre experimenta una sensación de bienestar al percatarse que la mayoría de sus necesidades tanto orgánicas y físicas (comer, beber, dormir, etc.) como las psicológicas y emocionales (bajo nivel de estrés, ausencia de ansiedad, sentirse querido, exitoso, etc.) están siendo cubiertas tanto por el mismo, como por las personas que lo rodean; dichas necesidades pueden ser biológicas o aprendidas, por lo que cada cultura influye en su número y contenido. (pg. 53)
	• Creencias [N-M] Sociales		En la sociedad actual estamos sometidos a miles de exigencias, las cuales nos llevan a generar altos niveles de estrés, ansiedad, sentimientos de enojo, frustración, cansancio excesivo, tanto físico como psicológico, lo cual a su vez conlleva a malos o pésimos hábitos alimenticios, poca o nula actividad física. Cuando el organismo cae enfermo, recurrimos a lo más rápido: pastillas y tratamientos que no siempre resultan suficientes - no por ello innecesarios-. Sin embargo, habría que comenzar a ver al organismo como un todo y más que ver a la medicina y a la psicología como independientes o en continuo conflicto, podrían verse como disciplinas complementarias una de otra. (pg. 42)
• NO CLASIFICABLE		Formación Profesional del Psicólogo Adolescencia	<p>Cuando el psicólogo termina con su formación profesional y se inserta en un campo laboral, se encuentra inevitablemente cara a cara con las problemáticas reales dentro de escenarios de la vida real. Éstas, como lo mencionan Díaz-Barriga, Hernández, Rigo, Saad y Delgado constituyen situaciones poco definidas o estructuradas y plantean dilemas de diversa índole (desarrollo tecnológico, ambientales, éticos, políticos, económicos). Esto lleva al profesional a encontrar la relación entre el conocimiento adquirido en las aulas y las competencias exigidas por la realidad. “Sabemos cómo enseñar a la gente a construir barcos, pero no a resolver la cuestión de qué barcos construir” (pg. 12)</p> <p>La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes deben hacer muchos intentos para adaptarse a una serie de cambios internos y externos. Esta etapa es crítica, pues enfrentan muchos retos, ya que a su falta de experiencia se suma la novedad de sus nuevas capacidades y la búsqueda de su identidad.</p> <p>Pero los cambios físicos no son la única problemática a la que se deben enfrentar los adolescentes. La sobrepoblación, la migración, la desintegración familiar, la violencia, el desempleo y la delincuencia ocasionan depresiones, fobias, padecimientos psicosomáticos, embarazos prematuros, suicidios, falta de valores, devaluación, desesperanza, etc. En muchas ocasiones, estas problemáticas no son atendidas debidamente, ya que en el caso específico de los adolescentes que asisten a la escuela secundaria, generalmente tanto los profesores encargados de la educación de los chicos como los padres de familia, enfocan más su atención hacia los problemas académicos y de conducta de los jóvenes, sin tomar mucho en cuenta cuál puede ser el trasfondo de tales manifestaciones. (pg. 32)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO
				16
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	

ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	<p>Educación en Diabetes</p> <p>Autocuidado</p> <p>Autocontrol</p>	<p>Para efectuar una buena adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos es necesario considerar los siguientes pasos para una adecuada intervención: Dar información, sobre la diabetes, ya que al conocer en qué consiste su enfermedad, el paciente será mas receptivo y estará en mejor disposición para aceptar el papel activo que le corresponde desempeñar para el resto de su vida; Formación en autocuidado de la diabetes... (pg. 17)</p> <p>Todas las múltiples variables de esta enfermedad, deben ser tomadas en cuenta para la implementación de un plan de auto-control. Se debe enfocar en la adopción y mantenimiento de conductas de gran importancia como son: la práctica de estilos de vida saludables, llevar a cabo una adecuada nutrición, ejercicio y toma de medicamentos prescritos y el automonitoreo de la glucosa y los cuidados que le indicó su médico. (pg. 18)</p>
	- Factores negativos	Relación Médico-Paciente	<p>También mencionan que los factores de riesgo para el no apego terapéutico son: los relacionados con el paciente, los relacionados con la enfermedad, los relacionados con el médico tratante, y el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Así como los factores de riesgo asociado son: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a 5 minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia a los medicamentos.</p> <p>Otro de los factores de riesgo para el no apego al tratamiento es el uso de plantas o productos de origen animal a los cuales los pacientes les atribuyen propiedad medicinales y por lo cual disminuyen el uso de medicamentos... (pg. 25)</p>
	• Modelo y/o Programa	<p>Intervención Educativa, Intervención Afectiva e intervención Conductual de Shechter y Walker</p> <p>Modelos Conductuales</p> <p>Modelo de Comunicación</p> <p>Teoría de la Autoeficacia</p> <p>Teoría de la Acción Razonada</p> <p>Modelo de Creencias Sobre la Salud</p>	<p>... Concluyen que simultáneamente se deben aplicar para la adecuada adherencia acciones en el ámbito educativo, conductual y afectivo, ya que los individuos muestran mejor adherencia que cuando hay una sola modalidad de tratamiento. (pg. 19)</p> <p>En los últimos años se han propuesto en el ámbito de la psicología de la salud y principalmente en el campo de la prevención, diferentes modelos comportamentales para explicar el comportamiento de la salud del individuo... (pg. 19)</p> <p>El objetivo es buscar la manera más adecuada de mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión (pg. 20)</p> <p>La autoeficacia es un concepto situacional-específico que hace referencia a la confianza que depositan las personas en su propia capacidad para asumir comportamientos necesarios con el propósito de obtener los resultados deseados, específicos para una situación particular. (pg. 20)</p> <p>...sostiene que el determinante inmediato del comportamiento es la intención de las personas para realizar dicha conducta. Las intenciones de comportamiento a su vez, son una función de: las actitudes de las personas hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que el comportamiento produce resultados positivos o negativos; y la norma subjetiva modelada por la percepción acerca del valor que otras personas importantes otorgan el comportamiento y por su motivación en el cumplimiento de dichas normas. (pg. 20)</p> <p>El objetivo central es que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga una motivación e información que le beneficiará a su salud, y esté convencida de la eficacia de la intervención terapéutica.(pg. 20)</p>

		Educación Diabetológica	La educación diabetológica deberá enfocarse tanto en el paciente diabético como en sus familiares, con el objetivo de que reciban información adecuada del padecimiento y sea una instrucción teórico-práctica en las diferentes áreas que sean necesarias, como nutricional, farmacológica, psicológica, etc. (pg. 21)
		Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Oblitas	Es una terapia que se está mostrando efectiva para alterar los contextos verbales que tiene atrapado al paciente en el Trastorno de Evitación Experiencial y especialmente en casos en los que el sufrimiento es elevado y de carácter crónico. La ACT promueve la flexibilidad conductual, lo que permite a la persona aceptar los eventos privados en vez de tomarlos como barreras literales y actuar con la responsabilidad que conlleva en pro de vivir una vida más plena, aún en condiciones difíciles debido a la enfermedad (pg. 32)
	• Creencias [N-M] Sociales		Se analizan las creencias previas que tiene respecto a la enfermedad. Esas creencias o ideas respecto a la enfermedad han podido formarse porque dentro de su entorno social o familiar ha habido alguna persona con diabetes y le ha servido para crear un modelo previo de cómo puede tratarse o evolucionar la enfermedad, ya que si la persona tiene ideas negativas acerca de la diabetes, estas influyen enormemente en el estado emocional inicial (pg. 32)
• NO CLASIFICABLE		Duelo por Enfermedad	El impacto psicológico ante el diagnóstico del paciente crónico degenerativo, experimenta cinco momentos críticos: negación, temor, suplica, resignación, aceptación.... (pg. 14)
		Rasgo de la Personalidad	Gordon Allport define que la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan la conducta y pensamientos característicos. También consideró que los rasgos de personalidad son predisposiciones a responder de manera igual o similar, a diferentes tipos de estímulos, es decir, los rasgos son formas congruentes y duraderas de reaccionar ante nuestro ambiente. (pg. 37)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 17
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores negativos	Depresión Calidad de Vida	Los sujetos con DM experimentan un mayor decremento en su calidad de vida en comparación con los sujetos sanos. Asimismo, estos pacientes presentan mayores índices de depresión y el decremento en su calidad de vida aumenta conforme se incrementa la severidad de las complicaciones médicas. Por último, la calidad de vida influye sobre el control metabólico de la diabetes (pg. 30)	
• NO CLASIFICABLE		Memoria	En resumen, la administración de insulina central o periférica facilita la memoria debido a que se incrementa la expresión del receptor de insulina. El metabolismo de la glucosa en ciertas regiones cerebrales aumenta la expresión de los neurotransmisores, la potenciación a largo plazo y los efectos neurotróficos de la insulina, en cambio, la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia que acompaña a la DM2, afecta a la memoria debido a que disminuye la insulina en el cerebro, incrementa la respuesta inflamatoria, aumenta la acumulación del péptido Aβ, cambia la vía de señalización de RI, y se altera el metabolismo de la glucosa y la expresión de la ACh. (pg. 58)	

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 18
---	--	--	--	-------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
<p>ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES</p>	<p>- Factores positivos</p>	<p>Autoeficacia</p> <p>Adherencia Terapéutica</p> <p>Estilo de Vida</p> <p>Apoyo Social</p>	<p>... se ha mencionado que el ajuste del paciente a la enfermedad, está relacionado con el grado de autoeficacia percibida. (pg. 77)</p> <p>... la falta de adherencia entorpece la adopción del rol de enfermo que necesariamente tiene que asumir la persona con un padecimiento crónico. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias de asumir este papel y los deberes que implica, entre ellos el cumplimiento del tratamiento, son aspectos psicológicos muy importantes para el ajuste a la enfermedad. La adherencia terapéutica es un contenido del rol de enfermo, que se debe adoptar después que la persona asimila su condición de enfermo. De ese modo, la adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud. Es un componente del proceso de enfermar, que puede adquirir, a su vez, carácter salutogénico(pg. 78)</p> <p>La DM es consecuencia de la interacción entre factores genéticos y comportamentales, en donde el estilo de vida juega un papel fundamental, dado que es a partir de éste, que se generan los patógenos o inmunógenos conductuales....Su evaluación contempla el tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas, actividades recreativas, etc. Los cuales han sido asociados al desarrollo de las enfermedades crónicas. (pg. 84)</p> <p>La “aparición” de una enfermedad crónica genera alteraciones en la vida del individuo y su familia, ya que es necesario adaptar el estilo de vida previo a las nuevas condiciones, por ejemplo: se debe llevar un programa de alimentación adecuado al tipo de enfermedad, cierto tipo y cantidad de ejercicio y algún medicamento administrado en forma permanente. Todo ello provocará modificaciones en la distribución del presupuesto familiar, el autoconcepto del paciente y por consiguiente sus relaciones familiares. (pg. 49)</p> <p>Ahora bien, la interpretación que haga el paciente sobre su desempeño en relación con dichas demandas tendrá efectos sobre su autoeficacia y/o autoestima. La sensación de ser eficaz ante las condiciones adversas que se presentan, tiene dos repercusiones importantes: por una parte fortalecen el sistema inmunológico y por el otro, mejorará la autoestima del sujeto de lo cual depende en gran medida el éxito de la intervención psicológica(pg. 51)</p> <p>Las redes sociales constituyen parte importante del estilo de vida del sujeto ya que ellas se vinculan con los hábitos adecuados e inadecuados de consumo de alimentos, la ausencia o práctica de ejercicio, el estrés y la depresión, entre muchas otras... (pg. 62)</p> <p>Los familiares deben formar parte del programa de educación para la diabetes con la finalidad de que por una parte, apoyen al paciente en la adherencia terapéutica, y por otra al modificar su propio estilo de vida, disminuya la probabilidad de desarrollar la enfermedad. (pg. 26)</p>

	<p>- Factores negativos</p>	<p>Emociones Negativas</p>	<p>Cabe mencionar que el repertorio de conductas saludables de una persona también se da en función de factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicos); los niveles altos de estrés no ayudan a que la gente se involucre en la realización de hábitos que favorezcan su salud. Los estados emocionales negativos aparentemente interfieren con las conductas saludables, aunque estas mismas también pueden conducir al individuo a buscar atención médica (pg. 11)</p>
		<p>Estrés</p>	<p>Las personas que sufren diabetes suelen emplear la negación, el uso de sustancias tóxicas, patrones de ingesta inadecuados y aislamiento social como respuesta a su nueva condición; lo que trae como consecuencia básica la falta de adherencia terapéutica, disminución en la calidad de vida, complicaciones asociadas a la enfermedad, estrés y depresión principalmente.(pg. 93)</p>
		<p>Depresión</p>	<p>Los indicadores más significativos para determinar que una persona sufre depresión son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar aquellas actividades que realizaba con regularidad y que le producían placer, además del aumento de la fatiga. Es frecuente que las personas que presentan este problema reporten modificaciones en sus ciclos de sueño, ya sea que tengan más sueño o que sufran insomnio, pérdida o aumento de peso y apetito, aunado a pensamientos pesimistas (pg. 56)</p>
<p>• NO CLASIFICABLE</p>	<p>• Creencias [N-M] Sociales</p>		<p>Cabe puntualizar que cada sociedad, de acuerdo a su organización o estructura en términos de usos y costumbres en cuanto a la alimentación, el acceso a servicios médicos, cultura, educación, desempleo o pobreza por citar algunos ejemplos; repercuten directamente en el estilo de vida de toda la comunidad. (pg. 10)</p> <p>El estar sano o enfermo está relacionado con lo que representa este proceso para los individuos o la sociedad, es decir, la forma en que se conceptualiza la enfermedad así como la percepción de síntomas y sus implicaciones. Dicha interpretación se ve matizada por la cultura en la que se desarrolla cada sujeto, ya que es a partir de ella que se aprende a prestarle atención o ignorarla, interpretar de determinada forma sus síntomas y actuar sobre ellos; de manera que puede tener diferentes significados a nivel cognitivo (pg. 19)</p>
		<p>Reacciones Psicológicas</p>	<p>La “aparición” de una enfermedad crónica genera alteraciones en la vida del individuo y su familia, ya que es necesario adaptar el estilo de vida previo a las nuevas condiciones, por ejemplo: se debe llevar un programa de alimentación adecuado al tipo de enfermedad, cierto tipo y cantidad de ejercicio y algún medicamento administrado en forma permanente. Todo ello provocará modificaciones en la distribución del presupuesto familiar, el autoconcepto del paciente y por consiguiente sus relaciones familiares.</p> <p>Esta crisis obligará al sujeto a utilizar todas las herramientas que ha adquirido a partir de su experiencia para sobrellevar su nueva situación. Éstas estarán determinadas por las características individuales, su concepto de enfermedad, la magnitud del daño percibido y el contexto en donde se ha desarrollado. (pg. 49)</p>
		<p>Evaluación Psicológicas</p>	<p>La evaluación tiene por objeto recabar información que permita definir los objetivos de cambio, identificar las condiciones que mantienen el comportamiento indeseable o que propician la posible aparición de éste, seleccionar y aplicar los medios más útiles para producir las modificaciones necesarias y evaluar los resultados alcanzados. Representa el análisis objetivo del comportamiento de un individuo (respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas), así como la detección de variables propias del organismo y ambientales que provocan o mantienen tales comportamientos. Se toman en cuenta tanto las conductas motoras externas (lo que hace el sujeto) como las internas (sus expectativas, pensamientos, sentimientos y deseos), llamadas cognitivas; así como las respuestas psicofisiológicas, que pueden ser traducidas a indicadores electrofisiológicos y examinadas objetivamente. (pg. 68, 69)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 19
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Autocuidado	La información y el autocuidado son los elementos más importantes, en la prevención y el control de enfermedades... (pg. 5)	
		Autorregulación	... el tratamiento de la diabetes como un proceso de autorregulación, ya que se requiere que los pacientes regulen conductualmente procesos metabólicos que normalmente son realizados automáticamente, como lo son el monitoreo y ajuste de los niveles de glucosa. (pg. 26)	
		Autoeficacia	Comprender lo importante que resulta la autoeficacia en el logro del bienestar, ya que un paciente con una alta expectativa de eficacia personal acude tempranamente a solicitar ayuda profesional calificada, ante cualquier signo que avise una amenaza para la salud, se responsabilizará en el cumplimiento de las prescripciones durante el tiempo que sea necesario y tendrá una actitud optimista en relación a la repercusión de la salud, lo que favorece la adherencia terapéutica, como consecuencia potenciar el restablecimiento de la salud. La autoeficacia es uno de los múltiples factores psicológicos y sociales que se presentan en el proceso salud-enfermedad y que resulta decisivo en lograr la salud, la calidad de vida y el bienestar personal. Existe un concepto ligado a la autoeficacia respecto al manejo de la diabetes, el autocontrol. El control 'percibido' está muy ligado con la 'autoeficacia percibida', que implica la propia capacidad personal para controlar acontecimientos que afectan la vida (pg. 30)	
		Autocontrol	...el objetivo de la educación en diabetes es la de informar al paciente y sus allegados de las características del problema conduciéndolos a mantener una adecuada calidad y expectativa de vida, y conseguir un alto grado de motivación del paciente ya que es el autentico protagonista en el control y tratamiento de su diabetes... (pg. 60)	
		Educación en Diabetes	La familia es el factor más importante para cualquier persona que presenta diabetes, ya que sea desde el inicio del diagnóstico o en etapas posteriores de su desarrollo, esto permite poder enfrentar el proceso de la enfermedad y se auxiliar en el apego al tratamiento... (pg. 72)	
		Familia	Múltiples estudios clínicos en diferentes campos de la medicina han mostrado que la palabra mpas adecuada para describir la relación entre el estrés y su salud es impacto, pues los factores psicosociales no son causa de enfermedad, sino que desempeñan un rol en la alteración de la susceptibilidad del paciente a las enfermedades... (pg. 50)	
	- Factores negativos	Estrés	La no adherencia tiene graves efectos sobre la calidad del cuidado de la salud, produciendo una no eficiente utilización de los servicios y un aumento innecesario del costo de los mismos, pero sobre todo, el proceso de alto riesgo de pacientes hipertensos, cardiopatas o diabéticos y su pronóstico, depende en alto grado del cuidadoso seguimientos de las prescripciones (pg. 66)	
		Modelo Médico	Contribuye a la falta de adhesión la existencia de diferencias entre el modelo explicatorio de la enfermedad (etiología, pronóstico y tratamiento) defendido por el paciente y defendido por el terapeuta. Siendo fundamental evaluar las percepciones, actitudes y expectativas del paciente acerca de su problema y de su tratamiento e incorporar una fase de reconceptualización que modifique las expectativas o creencias incorrectas del paciente (pg. 67)	

			<p>...En cuanto a la complejidad y cronicidad del tratamiento, cabe señalar que los distintos componentes del tratamiento (medicación, plan de alimentación, ejercicio) han de administrarse coordinados a lo largo del día y durante toda la vida; además, la aversión de las medidas terapéuticas (una o dos inyecciones de insulina diarias y controles de glucemia) no deben ser causa de abandono al tratamiento, al contrario puesto que éstas evitarán prescripciones médicas o de la salud se ha definido (pg. 65)</p> <p>La complejidad del tratamiento (número de medicamentos a consumir, frecuencia del consumo, combinación de distintos tipos de intervención, la duración del tratamiento, entre otros), contribuye a facilitar errores y omisiones en el cumplimiento. Cuanto más complejas son las demandas de un tratamiento, peor será la tasa de adhesión al mismo, de igual forma, se puede afirmar que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo; así mismo cuando se somete a un tratamiento farmacológico, los posibles efectos colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo pueden producir un descenso en la conducta de adhesión (pg. 68)</p> <p>Las actividades de educación para la salud están íntimamente influenciadas por factores culturales, sociales y psicológicos. Es necesario señalar que en la práctica clínica los médicos utilizan y aplican conocimientos, actividades y destrezas adquiridas en la escuela de medicina y en el ejercicio de la profesión y no forzosamente influyen en los mencionados. Esta perspectiva profesional es muy distinta a la perspectiva del paciente en cuanto a metas y expectativas, pues estas influencias se vuelven conflictivas cuando los pacientes no cumplen las expectativas de los médicos. En estos casos se dice que el paciente ‘no se apega al tratamiento’, término peyorativo que denota el fracaso moral del paciente para comportarse en forma adecuada. Este concepto se basa en la idea de que en el tratamiento de la diabetes, la única perspectiva válida es la del médico. Existe la expectativa de que cuando el médico emite sus recomendaciones como experto autorizado, el paciente que las recibe tiene la obligación de cumplirlas... (pg. 64)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 		<p>Modelo de Autoeficacia de Bandura</p> <p>Modelo de Creencias de Salud</p> <p>Modelo Transteorético de Prochaska y Diclemente</p> <p>Teoría del Locus de Control</p> <p>Modelo de Lazarus y Folkman</p>	<p>... es una teoría de la motivación humana... se menciona como el sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y amenazas que, inevitablemente, se presentan en la vida de cualquier personas... (pg. 28)</p> <p>... modelo psicosocial para explicar comportamientos relacionados con la salud. sientio utilizado para explicar acciones de prevención de enfermedades, respuesta a síntomas, alteraciones en la salud y otros patrones de comportamiento que afectan la salud de las personas. (pg. 30)... este modelo explica y predice el comportamiento preventivo en la salud, como resultado de la interacción de ciertas creencias que las personas tienen. (pg. 38)</p> <p>...describe los estados y los procesos de cambio que incluyen cinco etapas de disposición y motivación por las que pasan las personas antes de tomar acciones en su comportamiento, sujetos que padecen adicciones o enfermedades crónicas, cuando están en vías de cambiar algún comportamiento. Este modelo es una guía para determinar cuando es más probable que los pacientes respondan a los diferentes componentes del tratamiento sobre diabetes... (pg. 39)</p> <p>Esta teoría del Locus de Control ubica un foco (interno o externo) en el que se ubica el núcleo que refuerza la realización de conductas o acciones de los sujetos. Es una construcción teórica que permite definir como es percibida la causa de una acción o comportamiento... (pg. 40)</p> <p>... basan su modelo en el estrés psicológico considerándolo como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es</p>

			evaluado por éste como amenazante y que pone en peligro su bienestar... (pg. 41)
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias [N-M] Sociales 		<p>Dentro de los factores psicosociales que están presentes en nuestras vidas diarias se encuentran un conjunto de creencias distorsionadas acerca de la diabetes. Reconocer que estas falsas creencias existen es el primer paso para acabar con los efectos negativos que ocasionan.</p> <p>Estos mitos van ligados al desconocimiento o la información parcial o atrasada sobre el tema, por lo que se hace necesarios acercarse a fuentes confiables en el campo de la salud. el avance de los conocimientos científicos ha aclarado muchas falsas ideas alrededor de la diabetes. Las falsas creencias de la enfermedad se originan en conceptos que datan desde 1929. Aunado a la velocidad que se tiene hoy día con los medios de comunicación para difundir información, esto hace difícil diferencia lo verdadero de lo falso y el lucro económico personal.</p> <p>Debido a la falta de conocimientos, a la desesperación e incertidumbre que puede ocasionar una enfermedad incurable como es hasta ahora la diabetes, mucha gente acude a opciones de supuesta curación o tratamientos carentes de bases científicas y es fácilmente engañada por el mundo mágico que fomenta los mitos sobre la diabetes, esta situaciones no es privativa de México; el uso de estos recursos o similares es una práctica que se repite en todo el mundo (pg. 32)</p> <p>... sin embargo muchas de éstas creencias pasan de boca en boca, generación tras generación, continuando arraigas entre nosotros e impidiendo el control adecuado de la diabetes en nuestras familias y en nosotros mismos (pg. 32)</p> <p>Cuando se habla de creencias familiares es en referencia a ideas, pensamientos, suposiciones, mitos, prejuicios y convicciones que provienen de generaciones anteriores y que representan una carga emocional, por ejemplo, hay familias que consideran que la diabetes es un castigo de Dios y habrá que dirigirse a confesarse para ser perdonado ; otros piensan que tiene cura o que al administrarse insulina se quedaran ciegos, buscando otra alternativa de tratamiento como la medicina alternativa, la santanería, la ingesta de tés milagrosos y muchos más de la mitología popular... (pg. 73)</p>
<ul style="list-style-type: none"> NO CLASIFICABLE 		Duelo por Enfermedad	El diagnostico de diabetes es un evento traumático con impacto emocional en grado variable, porque lleva implícito un pronóstico de incurable, que exige un cuidado continuo todos los días durante toda la vida... esta situación crea un gran sentimiento de pérdida, pérdida de la salud... (pg. 53)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 20
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN	- Factores positivos	Autocuidado Locus de Control Autoeficacia Afrontamiento Calidad de Vida	<p>Para que el paciente pueda cumplir con estas exigencias requiere estar capacitado para tomar decisiones informadas y asumir la responsabilidad de su cuidado diario. De hecho, la diabetes es una enfermedad de autocuidado, el paciente debe aprender a hacer ajustes ante las diversas contingencias de la vida diaria, saber identificar las manifestaciones de alarma que le anuncien la posible aparición de alguna complicación aguda (pg. 212)</p> <p>Los determinantes del comportamiento relacionado con la diabetes, incluyen: creencias de la salud, locus de control, autoeficacia, intenciones y habilidades en el autocuidado, habilidad para enfrentar la enfermedad, el bienestar emocional, el estado de salud, la madurez cognitiva, la complejidad del régimen terapéutico, la disposición al cambio, la provisión de cuidados para la salud (pg. 213)</p>

DIABETES		<p>Emociones</p> <p>Motivaciones</p> <p>Automanejo</p>	<p>La calidad de vida relacionada con la diabetes se refiere a la percepción subjetiva que tiene una persona acerca de su bienestar y estado de salud, dado por la satisfacción con el tratamiento (inyecciones, monitoreo, restricciones en la dieta, etc.) y el impacto de las experiencias con las complicaciones agudas y crónicas (hipoglucemia, retinopatía, por ejemplo). El estado emocional guarda relación recíproca con el autocuidado, de tal manera que un buen estado emocional facilita el autocuidado, y viceversa, un inadecuado autocuidado afecta negativamente el estado emocional, creando un círculo vicioso (pg. 213-214)</p> <p>El tratamiento de ésta requiere de una alta motivación y conocimientos tanto del paciente,... la modificación de la conducta que la diabetes requiere, exige una adaptación adecuada a la enfermedad y un estado anímico óptimo. (pg. 46,47)</p> <p>En el manejo de la DM se requiere de una constante negociación entre el psicólogo, el médico y el paciente, y la búsqueda de opciones en las que ambos puedan colaborar... (pg. 53)</p>
	- Factores negativos	<p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Estrés</p>	<p>La depresión puede alterar, de manera importante, el manejo de la DM. Los sentimientos de soledad y desesperanza que se asocian con depresión contribuyen a crear un círculo vicioso de pobre autocuidado y mal control glucémico, agravando de esta forma la depresión.... (pg. 48)</p> <p>En las personas con diabetes este trastorno es más frecuente y se relaciona con hipoglucemia, las complicaciones y a los efectos de vivir diariamente con las demandas de la DM. Es evidente que la ansiedad afecta la calidad de vida de las personas e interfiere con las actividades de automanejo. Es probable que el efecto de la ansiedad (estrés) produzca alteraciones en el sistema nervioso autónomo y complica el control metabólico, particularmente en la DM (pg. 100, 101)</p> <p>Es evidente que la ansiedad afecta la calidad de vida de las personas e interfiere con las actividades de automanejo. Es probable que el efecto de la ansiedad (estrés) produzca alteraciones en los sistemas nervioso autónomo y complica el control metabólico (pg. 237)</p> <p>Así mismo, en cuanto a las enfermedades intercurrentes, tenemos que el estrés de la propia enfermedad, por lo general, agrava el control de la glucosa y requiere un mayor control (pg. 210)</p>
	• Modelo y/o Programa	<p>Terapia Cognitiva de Beck</p> <p>Teoría Interpersonal de Gerar Klerman y Myrna Weissman</p>	<p>... surge de las ideas de Epícteto en el sentido de que no son los hechos los que generan depresión sino la interpretación que se hace de ellos. Beck ha logrado identificar una triada cognitiva presente en la depresión, que consiste en una imagen negativa de sí mismo, una cognición negativa respecto a las relaciones con los demás y una cognición negativa del futuro. (pg. 51)</p> <p>... encontraron que la depresión estaba asociada a problemática relacional y plantearon unas guías manuales de tratamiento viable de utilizarse durante poco tiempo... (pg. 51)</p>
	• Creencias [N-M] Historia		<p>En México prehispánico se consideraba que toda pérdida de peso corporal resultaba de un daño ocasionado por alguien que se había introducido en la persona para prosperar a expensas de su propia sustancia... La obesidad era lo deseable y debía seguirse la moda. En el siglo XIX toda la corpulencia significaba salud, prosperidad, honorabilidad y, en épocas anteriores, la obesidad había sido considerada signo de riqueza... La mayoría de la gente consideraba ventajoso disponer de una cantidad moderada de grasa acumulada en el cuerpo, porque ello mejoraba la resistencia en caso de enfermedad. Por otra parte, la delgadez se asociaba con</p>

			enfermedad y con padecimientos como la tuberculosis. A partir de 1900 aparecen los estándares de peso y salud; los médicos empiezan a sugerir que la obesidad es un serio riesgo para la salud, de hecho, las compañías de seguros consideraban el sobre peso como indicador de riesgo... Hoy, por el contrario, en especial de los países industrializados, la opinión hacia la comida denominada 'rápida', abundante y fácil de adquirir, ya que su precio no es muy alto y su sabor es adictivo, por el alto contenido en grasas y azúcares, contrasta con la repulsión hacia la obesidad ya que en la actualidad malnutrición y pobreza significan exceso de grasa (pg. 102, 103)
• NO CLASIFICABLE	Enfermedades Mentales		La enfermedad mental (trastornos de depresión, distimia, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria) surge como resultado de una interacción entre factores biológicos heredados y de desarrollo, y de los factores del contexto que interactúan con las vulnerabilidades individuales. En este contexto, las transiciones demográficas y sociales, aunadas a un incremento en los niveles de estrés, nos hacen suponer que el problema puede incrementarse y, por lo tanto, también los retos para los profesionales de la salud mental... (pg. 15)
	Aspectos Psicosociales de la Alimentación		... la delgadez y la juventud son los estándares de belleza actuales; estéticamente, la obesidad es considerada como una enfermedad, sin embargo, por otro lado, en la televisión se alienta al consumo de comida chatarra para los menores. Esta idealización del cuerpo bello, joven y sano, ha provocado una transferencia de valores... (pg. 103)
	Capacitación		La capacitación es una actividad sistemática, planificada y permanente cuyo propósito general es preparar, desarrollar e integrar a los recursos humanos al proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para el mejor desempeño de todos los trabajadores en sus actuales y futuros cargos y adaptarlos a las exigencias cambiantes del entorno. (pg. 217)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 21
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Estilo de Vida	El ser diabético implica cambiar y/o modificar ciertas conductas y estilos de vida para tratar de controlar la enfermedad, a esto le denominaremos cuidados, los cuales son: Plan Nutricional o alimentario..., Actividad Física..., Medicamentos... En resumen, una alimentación saludable y la práctica regular de ejercicio, y la ingesta de los medicamentos prescritos, son suficientes para lograr un adecuado control de glucosa (azúcar) y lípidos (grasas) en la sangre (pg. 50)	
		Relación Médico-Paciente	La relación médico-paciente debe ser cordial, se debe brindar al paciente información verídica, necesaria y suficiente para que logre sentir la sensación de control sobre la enfermedad y sobre sus reacciones. Así como trabajar para que sea capaz de formar una red social, básicamente sintiendo el apoyo de su familia y amigos. (pg. 15)	
		Apoyo Social	Además, corroboré lo mencionado por Vázquez y cols. en cuanto a que la participación de los familiares es crucial ante la Diabetes Mellitus, las consecuencias y los tratamientos que los pacientes requieren provocan cambios sustanciales en el estilo de vida de éstos, mismos que afectan a todo el núcleo familiar. Sobre todo ante eventos que provocan altos niveles de estrés (pg. 105)	

	<p>- Factores negativos</p>	<p>Calidad de Vida</p> <p>Estrés</p> <p>Presión Social</p>	<p>Desde la visión de Reynoso y Seligson el estrés se genera ante el diagnóstico de una enfermedad que el sujeto considere grave, ante la aparición de síntomas clínicos graves, ante la incertidumbre, ignorancia de posibilidad de tratamiento, creencias y temores del sujeto ante la enfermedad y su tratamiento (pg. 13)</p> <p>Por su parte Jacobson et. Al. comprobaron que la calidad de vida de pacientes con diabetes presenta un decremento a medida que aumenta la severidad de las complicaciones médicas de la enfermedad; (pg. 47 y 48)</p> <p>En vista de que factores situacionales como el estrés y la presión social que condiciona a una alimentación inadecuada afectan a la adherencia,...(pg. 60)</p> <p>Así, el estrés,... se genera ante el diagnóstico de una enfermedad que el sujeto considere grave, ante la aparición de síntomas clínicos de enfermedad, ante la incertidumbre sobre el curso y la progresión de la enfermedad, ante la ignorancia del sujeto respecto de las posibilidades de tratamiento, ante las creencias, temores y actitudes del sujeto respecto a la enfermedad y el tratamiento. De esta forma el psicólogo de la salud tiene como actividad principal que el sujeto enfermo aprenda a afrontar su enfermedad. Para lograrlo, el enfermo requiere al menos de tres elementos: (pg. 65)</p> <p>...las fuentes de estrés para el paciente diabético son múltiples: el diagnóstico, la restricción dietética, la presencia de complicaciones agudas y crónicas, entre otras. De la forma en que el paciente aborde estos problemas dependerá su adaptación y, por tanto, su adherencia al plan terapéutico. (pg. 66)</p>
	<p>• Modelo y/o Programa</p>	<p>Modelo Cognitivo Conductual</p> <p>Modelo Conductual de la Adherencia</p> <p>Teorías Cognitivas del Aprendizaje</p> <p>Teoría de la Autoeficacia</p>	<p>Si para tales efectos se utilizan modelos cognitivos conductuales,... debe saberse que tienen su origen en las teorías conductuales, y que parten del supuesto de que las personas son agentes que activamente procesan información, se caracterizan por considerar:</p> <p>1) Que los trastornos emocionales y de la conducta son, en parte, una función de los trastornos de los procesos cognitivos, 2) una relación de colaboración entre terapeuta y consultante; 3) el foco radica en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el efecto y la conducta y 4) son formas de intervención de tiempo limitado y educativas que se centran en problemas-meta específicos. Las terapias cognitivas se centran principalmente en la identificación y Modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo.</p> <p>Se basa en los principios del condicionamiento operante propuestos por B. F. Skinner. La clave consiste en el refuerzo contingente a cualquier respuesta que impulse al organismo a adoptar el comportamiento deseado. (pg. 61)</p> <p>Están basadas en los mismos principios que subyacen a los modelos conductuales, pero incluyen conceptos adicionales, como la interpretación de las personas y la evaluación de su situación, su respuesta emocional y su percibida capacidad para afrontar los síntomas de la enfermedad. (pg. 61)</p> <p>...Retoma el concepto de Albert Bandura de autoeficacia para explicar la adherencia y la no adherencia. Bandura ha afirmado que la creencia que tienen las personas acerca de la capacidad de adoptar comportamientos difíciles (como un programa de ejercicios)</p>

		<p>Teoría de la Acción Razonada</p>	<p>permite predecir el cumplimiento de dichos comportamientos. Dicho concepto hace referencia a la confianza que depositan las personas en su propia capacidad para asumir comportamientos necesarios con el objetivo de obtener resultados deseados, específicos para una situación particular (pg. 61).</p>
		<p>Modelo de Creencias sobre la salud</p>	<p>...Asume que las personas son bastante razonables y que hacen uso sistemático de la información para decidir de qué manera comportarse. Se basa en la intención de las personas de actuar o no. Las intenciones están determinadas a su vez por dos factores. El primero es la valoración personal del comportamiento, en otras palabras, la actitud personal hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que dicho comportamiento producirá resultados positivos o negativos. Mientras que el segundo es la percepción de la presión social para llevar a cabo o no la acción, es decir, la norma subjetiva, modelada por la percepción acerca del valor que otras personas importantes otorgan al comportamiento y por su motivación en el cumplimiento de dichas normas (pg. 61, 62)</p>
		<p>Modelo Ambientalista del Estrés</p>	<p>... Sugiere que las creencias contribuyen significativamente al comportamiento de búsqueda de la salud. Incluye cuatro creencias o percepciones, que son interactivas: 1. La susceptibilidad percibida a la enfermedad o a la incapacidad. 2. La gravedad percibida de la enfermedad o la incapacidad. 3. Los beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud. 4. Las barreras percibidas para incorporar comportamientos de adherencia en el estilo de vida personal. (pg. 62)</p>
		<p>Modelo de Estrés de Selye</p>	<p>... se habla de estrés como algo externo que provoca una respuesta de tensión. Es decir hace referencia a tal tipo de estímulos o acontecimientos que se denominan estresores debido a que desencadenan el estrés, que son fuente de éste. Este enfoque engloba a todas aquellas investigaciones que otorgan especial importancia a situaciones que significan cambio y requieren reajustes en la rutina de una persona debido a que son considerados generalmente como acontecimientos indeseables (pg. 63)</p>
		<p>Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman</p>	<p>... definido como una forma de respuesta del individuo. Inicialmente usó el término estrés para designar la suma de cambios inespecíficos como la causa del daño a la salud. Posteriormente en 1974 definió al estrés como la respuesta inespecífica del individuo a cualquier demanda ya fuera interna o externa. Dicha respuesta la dividió en tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia y, finalmente, en caso de que el estrés persista, estadio de agotamiento. Selye consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo. La situación puede ser agradable o desagradable, pero lo que es significativo en la situación es la intensidad de exigencia de ajuste de la conducta. (pg. 64)</p> <p>... En él ni estresores ni respuestas estresantes existen separadamente, sino que ambos conforman la llamada experiencia del estrés entendida como un proceso interactivo entre situaciones y características del individuo. Ellos definen el desarrollo del estrés como un proceso de interacción dinámica, su punto central lo constituye la naturaleza de los intercambios o transacciones entre la persona, su entorno y los procesos cognitivos que intervienen en la relación persona entorno. Desde este enfoque se entiende al estrés como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. De acuerdo con este modelo el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo aprecia (evalúa) y construye una relación con el entorno. En esta relación, las demandas de éste, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales están interrelacionadas de manera recíproca de forma que cada una afecta a las otras. Por tanto, no hay acontecimientos universalmente</p>

		estresantes, sino que sólo existen cuando una persona los define como tales. (pg. 64)
• NO CLASIFICABLE	<p>Papel del Psicólogo en el Ámbito de Salud</p> <p>Psicología de la Salud</p>	<p>La labor desempeñada por el psicólogo en el ámbito de los servicios de salud ha ocupado históricamente un papel secundario y subordinado a la actividad, decisiones y políticas generadas por otros profesionales, psiquiatras y médicos principalmente. A la psicología le correspondió el encargo de aquel segmento del hombre al que la medicina no siempre podía acceder con eficacia: la parte mental. Este encargo profesional se debe en gran medida a motivos históricos e ideológicos, pero fundamentalmente a la herencia filosófica cartesiana del dualismo mente-cuerpo, que en este contexto, fue usado como criterio de demarcación de esas (pg. 16)</p> <p>...la psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. La psicología de la salud incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios. Más específicamente implica la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física, como puede ser el descenso de la presión arterial, la disminución del estrés, el alivio del dolor, los chequeos médicos, dentales y comportamientos “seguros”. Además, ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan a la salud, a diagnosticar y tratar determinadas enfermedades crónicas y a modificar factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica. (pg. 30)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO
			22
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	<p>Autoeficacia</p> <p>Estilo de vida</p> <p>Adherencia al Tratamiento</p> <p>Autocontrol</p>	<p>A partir también de ello, diversos factores psicológicos y de comportamiento han sido vinculados con la adherencia al tratamiento. De las variables psicológicas, la autoeficacia percibida (creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras), pareciera mediar la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento. Se señala que la autoeficacia puede mejorar el control de las glucemias de los pacientes, debido a que correlaciona positivamente con las conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes, además incrementaría la habilidad del paciente para guiar su tratamiento de modo independiente al equipo médico, lo que a su vez podría conllevar menos visitas a los centros de salud. (pg. 45)</p> <p>El estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II es uno de los aspectos fundamentales para el origen de la enfermedad... (pg. 46)</p> <p>La adherencia terapéutica ha sido definida como un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Es un comportamiento humano o, más bien, un repertorio comportamental modulado por componentes subjetivos. O dicho de otra manera, la conducta de cumplir el tratamiento está mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos... Además de que sólo mejora la adhesión al tratamiento de las personas diabéticas cuando el autocontrol es utilizado no como una tarea adicional del programa del diabético, sino como un método</p>

			preciso para realizar los ajustes necesarios del tratamiento (pg. 86)
- Factores negativos	Nivel de Educación		El nivel de educación está relacionado con los comportamientos que incrementan los riesgos para la salud como el consumo del tabaco, dieta rica en grasas y una vida sedentaria, es decir, cuanto mayor sea el nivel de educación menor es la tendencia de tener carencias en el cuidado de la salud y decremento en enfermedades crónicas (pg. 24)
	Emociones		No cabe duda que las emociones influyen en el control de este padecimiento, es por ello que si las personas están ansiosas o deprimidas pueden subir o bajar los niveles de glucosa en sangre, además pueden afectar el control de la diabetes, pero más por la actitud que las acompaña que por el estrés mismo. (pg. 45)
	Estrés		
	Estilos de Vida Dificultad en el tratamiento		Las conductas que podrían hacer ineficaz la adherencia a los tratamientos médicos, son las dificultades para comenzarlos; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito; ausencias a consultas e interconsultas y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad. (pg.)
	Relación Médico-Paciente		Por otra parte, la diabetes genera estrés, el cual complica la enfermedad por lo que los componentes del manejo del estrés, son parte importante de un programa conductual de intervención. Otro punto a destacar, es que en muchas de las ocasiones los pacientes hacen lo posible por seguir el tratamiento médico esperando que cuando sea la visita al doctor los estudios médicos obtengan buenos resultados, pero en ocasiones esto no es así si no todo lo contrario, ocasionando en el paciente una depresión por los malos resultados de sus estudios, por lo cual muchos pacientes abandonan el tratamiento y presentan recaídas. De esta forma la depresión se torna un problema cíclico en este tipo de pacientes (pg. 103)
• Modelo y/o Programa	Modelo Operante		... éste hace hincapié en las consecuencias que siguen a un comportamiento, las conductas se emiten o se mantienen por el efecto que provocan. Focalizado en los estímulos ambientales para felicitar la acción. Este modelo fue propuesto por Skinner partiendo de la base de que la conducta de un organismo se determina por la interrelación entre éste y el ambiente. La conducta de un organismo se encuentra regida por las consecuencias de la misma. Cuando un comportamiento (rechazo del tratamiento) va seguido de alguna recompensa (atención), o consigue eliminar alguna situación desagradable (prescripción médica) se observa un aumento en su frecuencia. Es por eso que cuando un comportamiento (adhesión al tratamiento) va seguido de alguna recompensa (felicitaciones, premios) consigue eliminar alguna situación desagradable (pérdida de recompensas), se observa el aumento en la frecuencia. (pg. 97)
	Modelo Conductual		... Este tipo de terapias de conducta dan un énfasis considerable a los principios del aprendizaje como base para la adquisición y modificación de la conducta inadaptada, es decir, el comportamiento en general y el inadaptado también es básicamente aprendido, razón por la cual pueden aspirar a modificar casi toda la conducta indeseable. Este modelo tiene múltiples orígenes pero el más aceptado ha sido el de Wolpe, el cual señala que la terapia conductual o terapia del condicionamiento es el uso de principios establecidos del aprendizaje, con el propósito de cambiar conductas desadaptadas, de modo que los hábitos inadaptivos son debilitados y eliminados, mientras que los adaptativos son reforzados. Por lo cual es factible definir a la terapia conductual como la aplicación de principios derivados del análisis experimental de la conducta, a fin de provocar cambios de conducta en situaciones aplicadas. (pg. 97, 98)
	Modelo Cognitivo-Conductual		... Su fórmula epistémica del modelo cognitivo-conductual es A-B-C (acontecimientos, cognición y consecuencia) El modelo

	<ul style="list-style-type: none"> Creencias [N-M] Sociales 		<p>Mucho se dice sobre el padecimiento de la diabetes mellitus tipo II, pero en realidad es muy poca la población que verdaderamente sabe lo que provoca esta enfermedad, por ejemplo muchas de las personas elaboran ideas sobre las causas y tratamientos que entran en conflicto con las explicaciones y tratamientos médicos, donde el paciente no inventa los significados de la enfermedad si no más bien usa las interpretaciones que en su vida social le han transmitido. Las ideas populares de la diabetes se van construyendo en la historia personal cuando el paciente busca entender lo que le sucede en función de su contexto, situación familiar y vivencias dentro del grupo social en que vive. (pg. 44)</p>
<ul style="list-style-type: none"> NO CLASIFICABLE 		<p>Psicología de la Salud</p> <p>Papel del Psicólogo</p>	<p>La psicología de la salud es conceptualizada como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud” (pg. 7)</p> <p>El papel que juega el psicólogo para una adecuada adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo II es trascendental, ya que deben ponerse en práctica los conocimientos científicos de la psicología general en diferentes ámbitos específicos como el de la salud, el social, etc. así mismo, su trabajo debe ser a nivel individual tanto con pacientes como con el personal de la salud, y a nivel grupal tanto con los familiares del paciente como con la sociedad en general. Finalmente, el psicólogo deberá realizar funciones de muchos tipos como son: intervención, planeación, evaluación, investigación, etc. (pg. 81)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 23
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Educación en Diabetes	El tratamiento depende del tipo y la gravedad de la diabetes. Todos incluyen la prescripción de una dieta. Algunos tratamientos sólo basta con la dieta, otros requiere además la administración de hipoglucemiantes, o de insulina por inyección. Los principales elementos que participan en el tratamiento de la diabetes son los siguientes: educación diabetológica, dietoterapia, agentes hipoglucemiantes orales, insulina y actividad física (pg. 18, 19)	
	<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	Enfoque Transpersonal	... el ser humano es visto, como el responsable de su enfermedad y de proporcionarse la salud. responsabilizándolo de sí mismo, tomando en cuenta aspectos de su vida que desencadenaron su padecimiento, el para qué de la enfermedad, haciendo los cambios que ahora ésta le viene hacer vivir. La enfermedad es vista como una necesidad de hacer síntesis de su presente, junto con su pasado que está lleno de situaciones inconclusas, que la vida nuevamente, las presenta de esta manera para resolver todo aquello que guarda la persona como el ser total que es. Además de que en él mismo se encuentran las soluciones a estos problemas, llegando así a encontrar a su equilibrio, buscándolo dentro de su desequilibrio-enfermedad. (pg. 23)	
		Enfoque Neo Jungianos	... la enfermedad significa la pérdida de armonía, el trastorno de un orden hasta ahora equilibrado. Aroa bien la perdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra. Por consiguiente, el cuerpo es el vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia.... (pg. 34)	
		Enfoque Neo Gestáltico	... existe una actitud de respeto por la enfermedad de la persona más que un intento de efectuar cambios, ... esta terapia esta orientada hacia aceptar a la persona tal como es... (pg. 35)	

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 24
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Educación	En un estudio sobre adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 en Chile se encontró que la variable conocimiento es la que permite predecir mejor la adherencia al tratamiento (pg. 12)	
		Calidad de Vida	La evaluación de la calidad de vida constituye un elemento básico en el diagnóstico, control y seguimiento de las enfermedades crónicas (pg. 27)	
		Estilo de Vida	El monitoreo permite llevar un control de su glucemia en sangre durante el día, el análisis de los resultados correlaciona las manifestaciones sugestivas de hipoglucemias e hiperglucemias con valores reales de glucosa plásmica, para hacer elecciones y tomar decisiones con respecto a la comida, la dosis de insulina, la actividad física y estilo de vida, sin que estas tengan repercusiones negativas sobre el control de la glucemia (pg. 12)	
		Autocontrol	Por consiguiente la calidad de vida está relacionada con condiciones y estilos de vida, con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales y satisfacción personal... (pg. 23)	
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura		En los ámbitos de Salud Pública y de la medicina, el concepto calidad de vida relacionada con la salud se ha referido a través del tiempo a la salud física y mental percibida por una persona o grupo en el curso del tiempo. Los profesionales de la salud han utilizado este concepto para medir los efectos de la enfermedad crónica en sus pacientes, a fin de comprender mejor la forma en que una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona y en la búsqueda de una supervivencia digna de la vida (pg. 24)	
	• Creencias [N-M] Historia		Los distintos países tienen parámetros diferentes en virtud de sus tradiciones culturales, a partir de las cuales se van construyendo los valores y las necesidades (pg. 24)	
	• Creencias [N-M] Sociales		Cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida en distintos momentos históricos. (pg. 24)	
• NO CLASIFICABLE		Cuidadores Primarios Informales	Las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida tienen una estrecha relación con la clase social a la que pertenece (pg. 24)	
			Además de que se ha observado que la sobrecarga del cuidador y sus implicaciones en la calidad de vida de los cuidadores, también pueden tener fuertes consecuencias sobre el receptor de cuidados en cuanto que se ha relacionado con la claudicación en el abandono del cuidado, la institucionalización e incluso con malos tratos y abusos hacia la persona dependiente. (pg. 5)	

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 25
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA	- Factores positivos	Educación en Diabetes	Los elementos de este tratamiento son un papel fundamental para el buen control de la diabetes son: dieta, ejercicio, educación diabetológica, autocontrol... (pg. 6)	
		Autocontrol	El apoyo social es un factor crucial para los adolescentes con enfermedades crónicas ya que ayuda a mejorar el afrontamiento de	

TERAPEUTICA EN DIABETES		Apoyo Social	la enfermedad. Los miembros más importantes de la red social son los familiares, los amigos y los cuidadores primarios. (pg. 28)
	- Factores negativos	Estrés	Saber que uno mismo está enfermo, o bien que otras personas lo están , es una de las fuentes de estrés de mayor impacto en las personas y sus familias... (pg. 2)
		Hábito Insano Estilo de vida	De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la vida sedentaria, la modificación acelerada en patrones de dieta y estilo de vida, junto con una probable susceptibilidad genética propia de poblaciones con origen amerindio, han impactado de forma importante en el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Estos cambios se han acompañado de un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas con la obesidad como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y algunos tipos de cáncer (especialmente cáncer de mama) (pg. 4) ... el estrés produce, además, cambios en la conducta social de la persona. Así, cuando la respuesta emocional al estrés es la ira, entonces las conductas sociales negativas aumentan. La ira tiende a aumentar la agresión durante las expresiones estresantes.... (pg. 21)
• Modelo y/o Programa	Modelo del proceso de estrés del cuidado de Haley Modelo Conceptual del Proceso y sobrecarga del cuidador en Población Pediátrica Parminder	Haley... propusieron un modelo del proceso de estrés del cuidado, adaptado del modelo de Lazarus y Folkman. Los recursos psicosociales son factores que median el efecto de los estresores durante el seguimiento y están bien identificados. Estas variables psicosociales incluyen la evaluación de los estresores primarios del cuidador, respuestas de afrontamiento y el apoyo social. Específicamente, las mejoras durante el seguimiento del cuidado se han asociado o están fundadas en una buena evaluación de los estresores primarios (bajos puntajes de estrés y altos de autoeficacia), gran apoyo social y las respuestas de afrontamiento caracterizadas por un mayor aprovechamiento del afrontamiento enfocado al problema y evitar el afrontamiento enfocado a la emoción. (pg. 24) ... sugiere que los acontecimientos de la vida pueden dar lugar a cambios negativos en los roles de las personas, cambios cuya persistencia van a deteriorar los elementos de autoconcepto, y a través de esto se va a propiciar que el estrés aparezca. El afrontamiento y el apoyo social, por su parte, pueden intervenir en diferentes puntos a lo largo de este proceso, mediando el resultado. (pg. 25)	
• NO CLASIFICABLE		Cuidadores Primarios Informales	... han definido al cuidador como: “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales... la experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidado a cuidador: el porqué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores (pg. 12-13)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 26
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA	- Factores positivos	Autocontrol Educación en Diabetes	El autocontrol: el paciente como recurso importante para ayudarse a mantener rangos aceptables de glucosa: con base en los hábitos y costumbres de la persona, tiene la meta de regular la prescripción del médico. El manejo del estrés y la identificación de ideas irracionales como áreas de trabajo donde el psicólogo ayudará a cubrir la adherencia terapéutica... la base del autocontrol es adquirir los conocimientos necesarios de la enfermedad y tratamiento para lograr establecer objetivos comunes entre la persona	

CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	Las diferencias culturales varían en el acto de informar a las personas enfermas... (pg. 44)
	• Creencias [N-M] Científicas		Miedo a la falla terapéutica. en los últimos años con los avances científicos y tecnológicos en los diagnósticos y tratamientos, se ha creado la ilusión de que existen pastillas para todos los males, esto no es así y sólo de alguna forma, se niega la posibilidad de la muerte (pg. 43)
	• Creencias [N-M] Sociales		En el mundo occidental perder principios como la juventud, la salud y la riqueza convierte a marginales a los viejos, enfermos y pobres, cuando un médico se enfrenta a la persona y le comunica la mala noticia en razón de estar enfermo, le está diciendo que su valor social está disminuyendo, lo que puede ser más doloroso si la noticia implica un riesgo de perder la vida (pg. 42) Miedo Legal. En la sociedad se ha generado un sentimiento que toda persona tiene derecho a ser curado y que cualquier falla producto de un error, humano o del sistema, deba ser castigado civil y penalmente (pg. 43) En México es frecuente ver en los tianguis(mercado informal) y plazas a curanderos que ofrecen tratar la diabetes con: aceite de caguama, calcio de coral, baba de caracol, etc. remedios que no han sido respaldados científicamente (pg. 70) Los curanderos, charlatanes, en grados mayores o menores de sapiencia medicinal, conocen la forma de ganar los adeptos de las personas enfermas, -en donde son muy buenos- pero no son eficaces al tratar una enfermedad (pg. 71) El rectificar las ideas erróneas que la persona tiene hacia la enfermedad también es una actividad importante y regular dentro del programa, está diseñado para informar a las personas con diabetes desde diferentes disciplinas, se aclaran sus ideas, como la creencia de que la insulina causa ceguera (pg. 113)
	• Creencias [S-S] Destino		El enfermo busca lo que se menciona en los puntos anteriores para satisfacer las necesidades espirituales de adivinar el destino, modificarlo de forma favorable, prever los sucesos de dolor, muerte y postergarlos, de hacer que los demás brinden afecto y apoyo”(pg. 71)
• NO CLASIFICABLE	Malas Noticias y su desafortunado manejo		En su práctica el médico es exigido a comunicar malas noticias al enfermo, a su familia o su grupo primario de apoyo, ya sea cuando encuentra algo por medio del diagnóstico, durante el tratamiento, o complicaciones de diversa índole, durante la evolución de la enfermedad severa, crónica o incurable. Saltini , Singer, Thayre sugieren que implica un elevado impacto psicológico a nivel del paciente... (pg. 409)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO
			27
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA	- Factores positivos	Apoyo Social	El apoyo de la familia será de suma importancia para evitar o desarrollar una diabetes en un integrante de varios de esta, dependiendo en gran medida de los estilos de vida que en ella lleven. (pg. 13) Es imperativo que todos los pacientes dispongan de un apoyo emocional, médico y social consistente y fiable durante y después del diagnóstico ya que emociones tales como tristeza, ansiedad, negación, culpabilizarse o culpar se hacen presentes, por lo que es de suma importancia el apoyo de médico, familiares, amigos, etc. ya que ninguna persona debe afrontar este giro en su vida de manera solitaria. (pg. 53)

EN DIABETES	- Factores negativos	Estrés Estilo de Vida	La importancia de factores ambientales como el régimen, el estrés, la práctica o no de ejercicio físico y otras circunstancias ligadas al estilo de vida (como el cambio de una vida rural a una vida urbana) ha sido puesta en evidencia en diversos estudios epidemiológicos. (pg. 41)
	<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	Teoría de los cinco elementos	<p>.. el cuerpo un microcosmos encuentra una estrecha relación con los cinco elementos de los cuales cada uno corresponde a dos órganos: madera, hígado y vesícula biliar; fuego, corazón e intestino delgado; tierra, bazo, páncreas, estómago; metal, pulmón, intestino grueso; agua, vejiga, riñón. Esto significa que la relación que existe en el medio ambiente con los cinco elementos es la que se guarda en el interior del cuerpo. El equilibrio entre lo endógeno y lo exógeno guarda una relación de armonía, de modo que cualquier cambio que suceda externamente tendrá efectos e implicaciones que se manifestarán al interior del cuerpo y se expresarán en problemas con la relación de los elementos y los órganos. Todo parece ir bien si el medio ambiente está equilibrado, pero resulta que siempre suceden acontecimientos ajenos a ese deseo de mantener un estado óptimo sobre la salida del cuerpo y podemos ver un proceso distinto en su interior. Esto se puede explicar con una segunda relación a la que se le conoce como interdominancia (la primera, segunda y tercer relación se observan en la figura). Si en la relación anterior existe una continuidad lógica de apoyo entre los órganos a favor de las manecillas del reloj, en esta segunda fase cambia la relación entre los órganos, entre los elementos; así, el que apoya o es gestor puede pasar a ser dominado. Por ejemplo: hígado, vesícula biliar (madera) puede dominar a bazo, estómago (tierra); bazo, estómago (tierra) a riñón y vejiga (agua); riñón y vejiga (agua) a corazón, intestino delgado (fuego); corazón, intestino delgado (fuego) a pulmón e intestino grueso (metal); y pulmón e intestino grueso (metal) a hígado y vesícula biliar (madera) (pg. 65)</p>
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	<ul style="list-style-type: none"> Cultura Creencias [N-M] Historia Creencias [N-M] Sociales 	Cultura	<p>... se deposita en el cuerpo una cultura del miedo, se nutre de las acciones de una educación familiar y social en la cual se conjuga la relación lógica de la causalidad y tiene sus modelos de lo que puede suceder si no se ajusta a la norma y la servidumbre voluntaria. El cuerpo humano como centro receptor de una cultura, fruto de ella a su vez, elabora sus procesos de acomodo de la información de acuerdo con las formas de socialización, y no solo eso, la prolongación de los modelos socializados como los padres y hermanos, desempeñan un papel muy importante para la construcción subjetiva de las emociones y las percepciones por parte de los individuos, y eso conduce a la creación de mecanismos para la interiorización de las experiencias que involucran las sensaciones (pg. 50, 60)</p> <p>... en esta cultura donde aguantamos todo y le damos cualquier otra explicación o remedio, antes que considerar los llamados que el cuerpo nos hace. (pg. 63)</p> <p>Cada familia hace la conjugación que mejor le reditúa en cuanto a la vida colectiva e individual, es decir, cada familia estructura sus formas de resistencia o de resignación a la normatividad social y eso se observara en su manera de ver y sentir el cuerpo humano. (pg. 61)</p> <p>Aún no han comprendido que el ser humano no puede ser fragmentado, estableciendo un dualismo entre mente y cuerpo, resultado de esto es que cuando se acude a una clínica de salud la atención de los individuos la llevan a cabo los psicólogos en cuanto a la mente y los médicos en el cuerpo, como si el ser humano no fuese una sola entidad. Esta afirmación no se ha visto en aislado ya que se ve favorecida por otros factores sociales y culturales que de alguna forma nos han separado de la propia naturaleza e inclusive de nosotros mismos, prueba de esto es el abandono corporal, aún sabiendo que el cuerpo es una síntesis de todo aquello que sucede en un espacio y tiempo de la realidad histórico geográfica de una sociedad.(pg. 6)</p> <p>...el ámbito social nos es vendida por el sector mercantil que nos bombardea mediante los medios de comunicación que exponen</p>

			cuerpos de mujeres y hombre muy torneados y sumamente delgados e inclusive desequilibrados como en el caso de las mujeres que se ponen silicones por todos lados y se quitan costillas para aparentar una mejor figura o someterse a uno y mil tratamientos que se venden, los cuales prometen hacer maravillas y moldear ese algo llamado cuerpo sin la necesidad de hacer un solo esfuerzo, (como ejercicio) fomentando aún más el sedentarismo en el que la mayoría de las personas nos hemos envuelto y que en ocasiones no nos permite ver la importancia de cuidar realmente eso que llamamos “nuestro cuerpo” (pg. 56)
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias Religiosas 		...para el sector religioso este es un algo separado de la mente el cual solo se guía por su sentir llevándolo al pecado ya que el placer que este puede experimentar es prohibido en su mayoría por ser visto como algo sucio, por lo que se va reprimiendo el acceso a él mediante una serie de reglas o mandatos impuestos por ellos y un supuesto dios que pone a la fe por encima de la razón y el cuerpo, como aspectos completamente desligados, separados entre si como si no fuesen uno mismo (pg. 55)
<ul style="list-style-type: none"> NO CLASIFICABLE 		Enfermedades Psicosomáticas	Es aquí donde entra en juego la aplicación de lo psicosomático para considerar otros factores tales como: lo familiar, cultural, emocional, demográfico, etc., que intervienen en el proceso de instalación de esta enfermedad, pero que pocas veces son considerados debido a la situación en la que se encuentran las ciencias de seguir fraccionando al individuo y estudiarlo por partes, descartando de alguna manera todo aquello que no parece visible como es el aspecto emocional y que sin embargo tiene un gran peso en el entender de manera general las múltiples enfermedades que en la actualidad nos aquejan y las cuales son producto de la estresante manera de vivir en la cual nos vemos inmersos, pues hemos llegado a un punto en el cual realizamos las actividades de nuestra vida diaria como algo que obligatoriamente tenemos que hacer y no porque lo deseemos y disfrutemos a la vez. (pg. 9, 10) ... Los procesos psicosomáticos se hacen eminentemente emocionales y el cuerpo sólo es el inquilino que padece las implicaciones del dominio de una emoción. (pg. 66)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 28
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	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 (pg. 25)
	- Factores negativos	Tensión Emocional Estrés	Las tensiones emocionales agudas y el estrés crónico (pg. 36) La represión emocional presentada en la vida real nos orilla a una válvula de escape emocional artificial, como lo podrían ser las películas de terror, de pánico, con contenido violento, sexual, llenas de sentimentalismo en las que se logra expresar lo que en lo cotidiano es casi imposible y se sustituye el sentir por la preferencia, la alabanza o la misma premiación (del material) (pg. 118)
	<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	Modelo Taoísta	Para alcanzar una plena salud desarrollaron lo que se ha denominado como el árbol taoísta de la salud, ya que para lograrlo hay que conocer los fundamentos teóricos de su percepción de la realidad (raíces), llevarlas a la práctica (ramas) para posteriormente gozar de una longevidad (frutos) digna y no condicionada por padecimientos. (pg. 94)... Los taoístas proponen que el cuerpo tienen procesos más complejos que los que sólo podemos encontrar en el manifiesto fisiológico como lo es la memoria corporal, que oculta o expresa resentimientos, envidias, rencores, miedos, etc., y que se mantienen a manera de exceso permitiendo así un desequilibrio energético provocando estragos en su órgano correspondiente. (pg. 101)

		Teoría de los 5 elementos	...esta teoría contempla una relación entre órganos y elementos la cual está regida por el equilibrio entre lo endógeno y lo exógeno, el equilibrio del frío y del calor, de la cual ya se hizo mención. Se trata del principio de la salud orgánica y emocional ya que esta relación incluye el gusto, colores, tipo de actitud y estados emocionales. (pg. 124)
	• Cultura	Cultura	<p>... si compartimos la idea de que la cultura determinará la manera en que una sociedad y, más complejamente, cada individuo celebra la manera de vivir, sufrir, morir, etc., el abanico de elementos a investigar para llegar a una comprensión holista de lo que es salud-enfermedad se extiende y por lo tanto la relación la encontramos no tan simple. (pg. 81)</p> <p>... los determinismos sociales nunca se transmiten al cuerpo de manera inmediata a través de una acción que se ejerza directamente en el orden biológico, sino que son modificados por el orden cultural que los traduce y los transforma en reglas, obligaciones, prohibiciones, repulsiones o deseos, gustos y aversiones plasmados en tradiciones, costumbres, modismos, etc. Encontramos así que a la hora de concebir y afrontar la pérdida de la salud dependerá de una cultura somática de las distintas clases que se presentan socialmente hablando. (pg. 83)</p> <p>...vemos que la percepción hacia la dolencia está determinada por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y, más profundamente, por todo su aprendizaje cultural. (pg. 83)</p> <p>... el cuerpo “es una síntesis de un proceso social pero que también se somete a una construcción cultural que transforma las funciones de los órganos y establece nuevas relaciones con la fisiología del individuo que se cruza con el proceso psicosomático de las relaciones humanas y el cuerpo es el espacio donde confluyen las nuevas relaciones individuo-sociedad”. (pg. 102)</p> <p>El condicionamiento cultural y social puede reprimir y alterar el cuerpo emocional, esto, debido a códigos culturales considerados equivocados como el de cometer un pecado por desear disfrutar un cuerpo carnal o caer en lo antisocial, loco, antiespiritual, malo, por ser capaz de sentir cualquier sentimiento y expresarlo (pg. 116)</p>
	• Creencias [N-M] Científicas		El que la ciencia y la tecnología avalen el consumo de productos para las necesidades básicas facilita la mercantilización y materialización de los patrones de comportamiento, esto es, desde los más concretos, tales como la pareja, la sexualidad, la salud, la muerte, la educación, el comer, etc., hasta los más subjetivos, como el amor, la belleza, la inteligencia, las emociones, etc. (pg. 123)
	• Creencias [N-M] Historia		Todo lo revisado hasta aquí llevó al mismo Berman a decir que se aprende a figurar la realidad de acuerdo a las reglas de una cultura, Illich, por su parte, menciona que “cada cultura da forma a una gestalt única de salud y a una configuración única de actividades hacia el dolor, la enfermedad, invalidez, muerte, etc. Además, afirma que la salud culturada está limitada por el estilo de cada sociedad en el arte de vivir, celebrar, sufrir y morir. Es decir que la forma en que concebimos conceptos como el dolor o la muerte estará intrínseco a cómo formemos nuestro concepto de salud, intrínseco nos dice que tendrá influencia y determinación, encontrando entonces crucial recordar que el hombre ha vivido de manera distinta el dolor y ha concebido variablemente a la muerte y que por lo tanto el concepto de salud también ha tenido distintas representaciones. (pg. 11)
	• Creencias [N-M] Sociales		... encontramos al sedentarismo masivo en todo el mundo. ¿Y para qué moverse, para qué sufrir?, si ya existen productos que no solo te hacen “más cómoda tu vida cotidiana” y además nos venden productos que prometen darte un cuerpo

			<p>digno de un súper atleta o top model que te hará lucir como un ciudadano digno de una ciudad poseedora de la modernidad. (pg. 53)</p> <p>Ya dentro de esta otra relación, y tomando en cuenta la percepción del dolor, Boltanski considera que entre más elevado es el nivel de instrucción (relacionado con la clase social) más se tiende a tomar el dolor como signo o síntoma de una enfermedad grave, es decir, el interés y la atención que los individuos atribuyen a su cuerpo, por una parte, a su apariencia física, agradable o desagradable y, por otra, a sus sensaciones físicas de placer o displacer, aumenta a medida que sube en la escala social. No considero que esto se dé porque el individuo de posición social baja se niegue a “escucharse” sino más bien porque espera hasta el último momento para acudir al médico por sus obligaciones y limitaciones que le impiden el abandono de sus tareas que le permiten vivir al día. Por lo mismo, para estos miembros de las clases populares, su cuerpo es percibido como una herramienta al cual le piden que les funcione y al utilizar esta herramienta hasta el límite para no desequilibrar su vivir diario, la enfermedad se manifiesta brutalmente por ignorar los signos. En cambio, los miembros de las clases superiores adoptan, respecto de la enfermedad, una actitud provisoria. (pg. 84)</p> <p>La cultura, en el caso actual una cultura de consumo, establece las formas en las que se vive y se siente el cuerpo, a través de las autoridades médicas, religiosas, científicas, comerciales y políticas. Las formas en las que se concretan las normas pertenecen a cada individuo del grupo social. Cada uno hace su elección en el cuerpo de acuerdo con las mediaciones sociales y emocionales. Entonces, la representación simbólica se materializa en formas de ser, formas de amar, actitudes ante la vida, formas de alimentarse, de enfermarse y de morir... lo que creo yo que López nos dice con lo anterior lo interpreto como la construcción social de un cuerpo. (pg. 130)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NO CLASIFICABLE 	<p>Enfermedades Psicosomáticas</p>		<p>Es común que este término sea utilizado para referirse a la multicausalidad e interrelación entre los factores biológicos y los psicosociales que colaboran en la historia de la enfermedad. Sin embargo sólo algunos trastornos son identificados como psicosomáticos, y son aquellos en los que se puede distinguir claramente la afección, de factores psicológicos sobre una condición médica (pg. 95)</p> <p>Se trata esencialmente de trastornos somáticos cuya etiología es, si no exclusiva, predominantemente emocional. Toda emoción se acompaña de cambios endócrinos, metabólicos y neurovegetativos (acción del simpático y parasimpático) que, en condiciones normales, son pasajeras. Cuando ciertas emociones como la ira, la ansiedad, el miedo, etc. se enraizan en el individuo, esto es, se cronifican, y existen dificultades para su libre expresión (contención, represión) originan cuadros patológicos muy bien definidos. Los trastornos psicosomáticos no se diferencian en nada de los mismos trastornos producidos por otras causas. Varía la etiología (emocional) pero no la patogenia que es idéntica para ambos” (pg. 96)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 29
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
	- Factores positivos	Autorresponsabilidad	Todas las personas, aún aquellas menores de 7 u 8 años, pueden aprender a hacerse responsables de mantener registros y se debe estimular activamente a tomar responsabilidad de su salud. Es importante que empiecen a encargarse, tan pronto como sea

<p>ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES</p>		<p>Relación Médico-Paciente</p> <p>Educación en Diabetes</p>	<p>posible del tratamiento día a día de su enfermedad. Mientras más edad tengan menos estarán en casa. Por lo tanto es importante que asuman tanta responsabilidad como sea posible desde el principio. El logro de que el paciente asuma la responsabilidad de su padecimiento es un avance muy importante en el camino de su recuperación, ya que la toma de conciencia a tiempo es la mejor forma de prevención en contra de las posibles complicaciones. (pg. 41)</p> <p>La clave estriba en que el paciente acepte su responsabilidad en el manejo de su padecimiento, logrando esto, las posibilidades de éxito son más factibles. (pg. 32, 33)</p> <p>...Todo esto exige un diálogo especial con el médico tratante. (pg. 37)</p> <p>La información es indispensable y debe ser completa y veraz, aunque por sí misma no es suficiente, es necesario que el conocimiento adquirido se transforme en acciones que a su vez modifiquen la conducta y en ocasiones el estilo de vida de las personas con diabetes con el afán de lograr u cambio en el curso natural de la enfermedad. En otras palabras no es solo información lo que falta sino educación. (pg. 39)</p>
	<p>- Factores negativos</p>	<p>Relación Médico-Paciente</p> <p>Estilo de Vida</p> <p>Estrés</p> <p>Relación Médico-Paciente</p>	<p>La instrucción al paciente es un factor que parece olvidarse con frecuencia. Lo cierto es que aunque el médico debería invertir el tiempo necesario para instruir al paciente en todo lo relacionado con su padecimiento, la mayoría de los médicos les dan solo la instrucción básica. (pg. 38)</p> <p>Hablar de ambiente y su efecto para causar enfermedades es hablar de todos los aspectos generales con los que se interactúa, es hablar de estilos de vida... han incluido en su dieta el consumo de muchos carbohidratos, alimentos refinados, y grasas, se encuentra que durante toda su vida no han realizado ejercicio físico, se sabe además que en su familia hay predisposición genética a varias enfermedades. Y si aparte se toma en cuenta, el clima en el que han vivido, su nivel económico que puede variar, la educación que han tenido, sus hábitos de higiene, etc. (pg. 62)</p> <p>... Ya es sabido que las personas obesas y muy glotonas suelen pasar la mayor parte de las horas del día, cómodamente sentadas en un sillón. La vida sedentaria contribuye a hacer más perjudiciales todavía los efectos nocivos de la alimentación antinatural. (pg. 63)</p> <p>... El estrés puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (por ejemplo frecuencia cardíaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular, etc.) la actividad neuroendocrina. Indirectamente el estrés también puede alterar la salud al estimular comportamientos poco saludables como el fumar, el abuso de sustancias (alcohol, drogas, bulimia, etc.) el insomnio o la anorexia. (pg. 86)</p> <p>Existen dos hechos que deben aceptarse sobre el tratamiento médico de la diabetes: no es fácil y lleva mucho tiempo. No es fácil porque la diabetes es una enfermedad compleja, y requiere mucho tiempo porque un profesional de la medicina debe emplear el tiempo necesario para enseñar al paciente cómo funciona el cuerpo normalmente, así como lo que está desequilibrado en la diabetes. Además es necesario que el paciente sepa cómo actúan los medicamentos, cómo unificar sus propios niveles de glucosa en la sangre y cómo ajustar la dieta y los medicamentos cuando es necesario. (pg. 40)</p>

		Familia	Considerar el tema de la familia como factor influyente para la manifestación de la diabetes, significa tomar en cuenta los aspectos globales en los que participa, como es el aprendizaje de los hábitos alimenticios, hábitos de higiene y el control o falta de control de las emociones. Ya se dijo que la familia es una institución trascendental e influyente, incluso determinante en los estilos de vida subsecuentes de sus integrantes. (pg. 77)
		Depresión	La depresión en el diabético, puede tanto estar ligada al conocimiento de una enfermedad incurable, como a los aspectos de sentirse culpable de romper la armonía familiar, de ser rechazado por enfermo y las calamidades que esto acarrea, de ser sujeto a cuidados especiales que, de no ser por la diabetes, no existirían para él. El conflicto entre la sumisión y la dependencia que la enfermedad determina y la necesidad sana de autoindependencia y autonomía crecientes de acuerdo a la edad. (pg. 83)
		Estrés	Al margen de los efectos que pueden inducir sobre la salud ciertos tipos de hábitos o comportamientos, tales como el ejercicio físico o los tipos de alimentación (dieta), lo cierto es que los principales efectos psicológicos en relación con la salud/enfermedad se establecen a través de los mecanismos del estrés. El estrés puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (por ejemplo frecuencia cardiaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular, etc.) la actividad neuroendocrina. Indirectamente el estrés también puede alterar la salud al estimular comportamientos poco saludables como el fumar, el abuso de sustancias (alcohol, drogas, bulimia, etc.) el insomnio o la anorexia. (pg. 85, 86)
			Primero: la queja de los mismos sobre la forma en que les dieron la noticia del diagnóstico y el impacto que les causó saberlo, lo que nos permite ver la manera errónea en que los médicos siguen manejando esta información y los efectos que esto causa. (pg. 162)
	• Modelo y/o Programa	Teoría de los Cinco elementos o Cinco Movimientos	... la medicina tradicional china ocupa la teoría de los cinco elementos para clasificar en diversas categorías los fenómenos naturales, la mayoría de órganos, tejidos y emociones humanas; e interpreta las relaciones entre la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente natural. Ya que el hombre vive en la naturaleza, los cambios climáticos y las condiciones geográficas, influyen considerablemente en sus actividades fisiológicas. Este hecho es manifestación de la dependencia del hombre con el medio ambiente así como su adaptabilidad a él. Desde los orígenes se considera que estos 5 principios tienen entre ellos relaciones constantes: ellos se engendran recíprocamente y son condicionados los unos por los otros. Sus movimientos y sus cambios incesantes realizan un ciclo a lo largo del cual ellos se suceden continuamente, de donde su segunda denominación: << Los 5 movimientos >>. (pg. 95)
CULTURA	• Cultura	Cultura	Los discursos provenientes de la familia, la escuela, la religión, la política, la ética la cultura y la ciencia se materializan en la carne de los individuos y se institucionalizan dentro y fuera de sus cuerpos. En el exterior condicionan formas de vivir, relacionarse y alimentarse que determinan en gran medida la presentación del cuerpo y la persona en sus espacios físicos y simbólicos; en el interior se condicionan formas de sentir y de reaccionar que contribuyen al desarrollo de ciertos padecimientos (pg. 80)
	• Creencias [N-M] Historia		... el mexicano tiene una dependencia intensa de la madre, lo que le hace crear un síndrome autoritario explotador como sistema defensivo, o un carácter receptivo sumiso como forma de adaptación. Por lo regular, aunque no se exprese, el padre es dependiente de la madre, tanto para la atención de sí mismo, como para el manejo afectivo y autoritario de los hijos. Delega las responsabilidades, o más bien no se enfrenta a ellas, por su propia dependencia. En México la situación curiosa es, que como en

<p>Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>			<p>los naufragios (situaciones de emergencia) las mujeres y los niños primero; en la revolución, primero los hombres; en el hogar una situación similar que compele a que la mujer sea encargada de los hijos, de entregarlos sanos y salvos al hombre. (pg. 81)</p> <p>... los mexicanos dependemos de la comida como un medio de no depender de la madre, o bien de soslayar esta dependencia. No podemos vincularnos si no es a través de la comida, o de su sustituto oral, la bebida; cuando queremos agradar a alguien, le invitamos a comer, cuando algo nos sucede, de trascendencia, o comemos o dejamos de comer; todo lo matizamos a través de la alimentación, tal vez como una forma de adquirir el inalcanzable pecho materno que provoca la satisfacción y nos hace escapar de la responsabilidad de crecer. El diabético en México, no escapa a esta condición, de modo que la limitación impuesta por la dieta, le limita también la posibilidad de vincularse, de sentirse coparticipe de una enajenación que tal vez por ser popular sea tomada como la tónica normal. De ahí que se sienta aislado; es decir, trata de vincularse con el mundo y consigo mismo a través de las pautas que privan en la sociedad en la que vive. (pg. 81, 82)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Sociales 		<p>El plan de alimentación para las personas con diabetes, es la parte más importante y difícil del tratamiento nutricional ya que requiere de varias horas de entrenamiento, de cambios conductuales en la forma de comer, por lo que se hace necesario corregir “mitos” y la falta de información en relación a la alimentación del paciente con diabetes. (pg. 34)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NO CLASIFICABLE 		<p>Padecimientos Psicosomáticos</p>	<p>La enfermedad psicósomática constituye una respuesta psicofísica global del organismo. No se necesita mucha observación para darse cuenta de los efectos, algunas veces muy intensos, que las emociones producen en el aparato circulatorio, y de modo especial, en el digestivo.... Los aspectos emocionales que participan en el manejo de la vida estresante, así como la capacidad para expresar emociones, el tipo de personalidad y la actitud hacia la vida son temas que dan respuesta a las enfermedades actuales conocidas como trastornos psicósomáticos o psico-fisiológicos (pg. 68,69)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 30
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
<p>ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES</p>	<p>- Factores positivos</p>	<p>Estilos de Vida Autocontrol Educación en Diabetes</p>	<p>De acuerdo con esta información, el tratamiento diabetológico para mantener un buen control metabólico es: la revisión de la glucosa en sangre, alimentación adecuada y ejercicio físico, sin embargo, como se señalará en párrafos posteriores, los más difíciles de llevar a cabo son los dos últimos, ya que conlleva a la modificación de estilos de vida ya instaurados. (pg. 40)</p> <p>... la DM requiere de un esfuerzo mayor para el autocontrol... (pg. 41)</p> <p>Con respecto a esta última, Ortiz y Ortiz manifestaron que la educación diabetológica, tanto para quien la padece como para la familia es un aspecto importante en la adherencia terapéutica... es esencial la colaboración del paciente, por ello es básico la inclusión de la educación en diabetes, ya que sin motivar, informar y concienciar al paciente no se puede llevar a cabo el tratamiento. (pg. 42)</p> <p>en la modificación de los EV el individuo tiene mucho que hacer al reconocerse su capacidad activa en el proceso del que tanto se ha hablado, (pg. 60)</p> <p>... las enfermedades crónicas y terminales afectan de manera evidente la CV de los individuos que la padecen, ya que desde el</p>	

		Calidad de Vida	diagnóstico hasta las consecuencias requieren de la modificación radical en el EV de los pacientes, al comprometerse todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y cognitivas que puede o no tener una persona para afrontar situaciones desfavorables en su vida. (pg. 63)
	- Factores negativos	Relación Médico-Paciente	señalaron otros factores que pueden incidir negativamente en el mantenimiento de la adhesión, entre los que destacan los relacionados con la interacción personal sanitario (médicos y enfermeras) y el escaso conocimiento y habilidades para el manejo de la DM. (pg. 42)
		Estrés	... realizaron una revisión sobre los efectos que tiene el estrés emocional en el control de la diabetes, quienes encontraron que el estrés puede afectar el control de la diabetes a través de dos posibles mecanismos: a) Directamente: mediante la secreción de las hormonas del estrés y b) Indirectamente: interfiriendo con las conductas de autocuidado, es decir, con la adherencia terapéutica. (pg. 50)
		Ansiedad	... revisaron los aspectos psicológicos que influyen en los pacientes con DM, los resultados mostraron la presencia de ansiedad y depresión, tanto en el período de diagnóstico como en la modificación de hábitos para el manejo de la enfermedad, lo que repercutía en sus funciones ocupacionales y de relación social. Encontraron también, la existencia de estrés emocional, rabia, hostilidad, autoconciencia y vulnerabilidad, mayor propensión a experimentar emociones negativas, gran tendencia a las preocupaciones, experiencias de enojo y frustración; culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del estrés, éstos afectan al metabolismo de la persona con DM y por ende en el control de la glucosa en sangre. Lo anterior indudablemente tiene efectos desfavorables en el funcionamiento biopsicosocial y la CV de los pacientes. (pg. 61)
		Depresión	
		Emociones Negativas	
• NO CLASIFICABLE		Funciones del Psicólogo de la Salud	Se puede considerar al psicólogo de la salud como el que aplica el conocimiento y habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología hacia cualquier comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad; con el propósito de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.
		Instrumentos de Evaluación	Los instrumentos de evaluación constituyen un método valioso para obtener muestras de conductas que permitan realizar algún juicio sobre lo que se está midiendo. Al respecto, Cerda señaló que la esencia de las pruebas es evaluar mediante la elaboración de una serie de elementos o ítems, las diferencias existentes en una determinada característica o rasgo del comportamiento, entre diversos sujetos o del mismo individuo en diferentes ocasiones, lo cual nos da la oportunidad de tomar decisiones acertadas, confiables y fundamentadas. De acuerdo con dicha perspectiva se reconoce la estrecha vinculación que existe entre la evaluación con la intervención, pero para que se cumpla el segundo objetivo es necesario entonces realizar una buena evaluación, lo cual es posible con instrumentos que garanticen validez y confiabilidad, así como la estandarización de las pruebas, ya que aplicar a la ligera alguna prueba psicológica sin conocer sus propiedades psicométricas, coloca en peligro al individuo mismo y a su disciplina como profesional de esta. (pg. 75)

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
------	-----------	--------------------	--------------------

ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Autocontrol	En gran medida el trabajo realizado por los psicólogos clínicos tiene sus bases en la convicción de que la gente quiere y puede cambiar su conducta, sus pensamientos y sus emociones. Que habrá una mejoría tanto personal como de calidad de vida, tan solo siendo perseverante y poseyendo autocontrol... (pg. 54)
	- Factores negativos	Hábitos Negativos Estilos de Vida Actitud Estrés	<p>... Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres, y en todo el mundo. Entre ellos destaca: una alimentación poco sana, la inactividad física, el consumo de tabaco (pg. 9)</p> <p>... Por lo tanto entre las correlaciones hechas se dice que las enfermedades crónicas son el resultado de 'modos de vida' poco sanos (pg. 12)</p> <p>Otra falta es considerar que las enfermedades crónicas no se pueden prevenir, adoptando desde un inicio una actitud pesimista, algunas personas creen que de todas formas no hay nada que pueda hacerse. Cuando en realidad, se conocen perfectamente las causas principales de las enfermedades crónicas... (pg. 13)</p> <p>... Es inevitable mencionar por otro lado el ritmo de vivir tan acelerado y ya cotidiano en las últimas tres décadas, especialmente en las ciudades, la contaminación ambiental y la alimentación asentada en productos industrializados, entre otros factores han atenuado la aparición y/o temprano desarrollo de estas enfermedades (pg. 18)</p> <p>Habitualmente estas enfermedades se relacionan con conductas de las personas y estilos de vida inadecuados para las mismas, como: la alimentación deficiente, alta en grasas y azúcares simples, el tabaquismo el abuso de alcohol y una vida prácticamente carente de actividad física (pg. 18)</p> <p>Ya que es el aspecto farmacológico se encuentra controlado por el tratamiento a cargo del médico tratante, dentro de la intervención que aquí se propone, una de las intenciones es reducir los estados altos de estrés, ya que esto es un alto detonador que obstaculiza un mejoramiento en la salud de las personas, incluso el daño que genera involucra un avance apresurado de la enfermedad... (pg. 65)</p> <p>Con facilidad podríamos hablar de todos los factores que nos rodean y que son causantes de los males que nos aquejan, el estrés, la contaminación, la inestabilidad social, los elementos causantes de tensión y más, pero si a esto le sumamos que no hay una cultura de autocuidado, pues es totalmente predecible que estemos padeciendo uno de los males que aquí se investigaron, no solo la genética es la causante sino también el descontrol de una vida de riesgos, adicciones y excesos... (pg. 72)</p> <p>Principales consecuencias de las enfermedades crónicas: tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados; es causa de muertes prematuras; tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general (pg. 9)</p> <p>Relativo a los servicios médicos: políticas deficientes de educación, propaganda y recursos para la prevención y control; escasa preparación y coordinación del equipo de salud en sus diferentes niveles de atención. (pg. 31)</p>
	• Cultura	Cultura	Que existe una cultura tradicionalmente médica, higiénica, alimentaria y de actividades físicas negativas (pg. 30)
	• Creencias [N-M] Científicas		Otra serie de malentendidos son los que se derivan de un desinterés por hablar con la verdad. En estos casos el componente

<p>CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Historia 		<p>verdadero se distorsiona y se transforma en una afirmación burda y falsa... (pg. 13)</p> <p>... las organizaciones dirigidas a estudios e investigaciones de estas enfermedades crónicas, dentro de las posibilidades realizan arduo trabajo en clarificar la información, ya que como historias y leyendas, en comunidades muy arraigadas a su no conocimiento, se van creando malentendidos generalizados y cuya labor es ir desmintiendo con la realidad (pg. 7)</p> <p>... como herederos de las decisiones que tomaron otras generaciones anteriores, las futuras generaciones se verán afectadas a su vez por las decisiones que hoy tomemos. La prioridad sigue estando en invertir para la prevención de enfermedades crónicas. (pg. 16)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Sociales 		<p>La dieta, el dicho popular ‘eres lo que comes’ abrevia la gran importancia de la dieta para la salud tanto en el plano de lo físico como de lo mental, en la mayoría de las personas lo que come determina en medida considerable cómo es su apariencia, cómo se siente físicamente y cuál es la probabilidad que tiene de sufrir algunas enfermedades como la diabetes y la gota... (pg. 44)</p> <p>El ejercicio, día a día se ha vuelto una tendencia principalmente de moda, como se puede apreciar en los medios masivos de comunicación gráfica, lo último en la moda de vestir, son los zapatos para correr, las sudaderas o playeras de colores y los pants coordinados... (pg. 45)</p> <p>El alcohol, relacionado siempre con la buena vida y la mayoría de los adultos expresan aceptación al ofrecer un vaso de vino, una cerveza u otras bebidas alcohólicas, y se presiona a menudo a una persona que no bebe, para que dé explicaciones de su rechazo, o se le encasilla como aburrido, parco, una persona no sociable, tímido. Para algunos grupos de hombres, el beber representa virilidad o ‘control’ de su hogar... (pg. 46)</p> <p>El abuso del alcohol es causa principal de muertes por accidentes automovilísticos, el alcohol está también comprometido con las muertes por ahogamiento, suicidio, incendio, caídas y es un factor en muchos casos de algunos adultos jóvenes que encuentran un gran satisfactorio en el alcohol debido a que interpretan que el tomar les da prestigio entre sus compañeros. Varias ocasiones les permite desinhibirse y expresar lo que en condiciones normales no se atreverían a decir ni a sí mismos, a su compañero, en el trabajo, aspiraciones y frustraciones, etc., aparentemente es más fácil perdonar a alguien o agredir verbal o físicamente a otro cuando se esta fuera de control (pg. 46)</p> <p>Esteretipos sexuales, del papel del sexo tiene que ver en algunos sentidos la salud. los hombres pueden creer que la enfermedad no es masculina y tienen menos probabilidad de admitir cuando no se sienten bien. Así el hecho de que las mujeres digan más a menudo que los hombres, que están enfermas, no significa que las mujeres tengan una salud genera peor, no necesariamente significa que se estén imaginando males o que sientan preocupaciones patológicas por la enfermedad. Puede ser más bien que el mejor cuidado que las mujeres tienen de ellas mismas las ayuda a vivir más tiempo que los hombres (pg. 49)</p> <p>... considerar que siendo joven se es inmortal, en las últimas décadas podemos ver que es errónea esta idea, no solo los intrépidos mueren en accidentes, sino los decesos de personas obesas, fumadoras, alcohólicas, sedentarias, estresadas, van aumentando las</p>

			estadísticas traducidas en enfermedades crónico-degenerativas (pg. 72)
			También hemos de aclarar que si bien han fracasado algunos trabajos de intervención o no han tenido los resultados esperados, aun teniendo la infraestructura adecuada, no solo depende de la institución de salud, sino del tipo de población, hay comunidades en las que teniendo todos los elementos para adquirir los conocimientos proporcionados en la prevención primaria, no asisten o hacen uso de ésta; la cultura e ignorancia, son factores y/o males que también dañan este aumento de las enfermedades (pg. 74)
	• Creencias [S-S] Suerte	Buena salud	Contar con buena salud no es simplemente una cuestión de suerte; a menudo refleja la manera y los hábitos en cómo vive la gente (pg. 44)
	• Creencias [S-S] Casualidad		... otro grave malentendido y adoptado a manera de resignación ante la falta de ayuda es decir "De algo nos tenemos que morir", sin duda, todos nos morimos de algo, pero la muerte no tiene por qué ser lenta, dolorosa o prematura... (pg. 14)
• NO CLASIFICABLE		Adulto Joven	La forma de vivir, sus hábitos, como comen los adultos, si beben, si fuman o no, qué clase de ejercicio hacen, cómo manejan las tensiones, todas estas opciones de las formas de vida pueden tener un impacto primordial en el funcionamiento físico presente y futuro, ya que estos elementos son implicaciones directas de las decisiones que se toman sobre la formación profesional que están relacionadas con los desarrollos del desempeño intelectual del adulto joven. (pg. 40)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO
			32
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Autocuidado	La investigación en medicina conductual y psicología de la salud ha demostrado que el automanejo de la enfermedad depende ampliamente de la autorregulación conductual. Más allá del concepto de autocuidado (dieta, ejercicio, toma de medicamentos, automonitoreo de glucosa), el automanejo condutal se propone como un constructo más amplio desde el cual es posible considerar como u proceso la intervención de los factores individuales, del manejo de estrés, de la relación medio-paciente y del contexto social. (pg. 7)
		Educación en Diabetes	...educación en diabetes... enseña las habilidades de supervivencias necesarias para el manejo de la enfermedad, después del diagnóstico inicial, a fin de que las personas con diabetes incorporen nuevos hábitos en la vida diaria y sean menos dependientes del médico... (pg. 22)
		Automanejo	... más allá del autocuidado, las personas con diabetes necesitan aprender el automanejo conductual de su enfermedad, entendido como u proceso psicológico atravesado por múltiples variables de tipo cognitivo, afectivo y conductual que determinan el cumplimiento o incumplimiento de las actividades propias del autocuidado, a fin de conseguir no sólo las metas del tratamiento sino también la mejora en la calidad de vida del paciente con esta enfermedad. (pg. 29)
		Autoeficacia	... una panorámica reciente sobre las características del paciente y el automanejo sugiere que el factor más poderoso y preciso parece ser la autoeficacia o el auto-empoderamiento. (pg. 31)
		Empoderamiento	...locus de control; es decir, las creencias sobre si el manejo de la diabetes y sus resultados están determinados por factores internos 8personales) o externos (situacionales, médicos, azar)... (pg. 35)
		Locus de Control	

	Apoyo social	Además, cómo el proveedor define y comunica las tareas de cara al paciente, si considera al paciente como un compañero en el cuidado, si acuerda con el paciente cómo será la relación entre ellos, si existe adherencia a la guía o programa nacional para el cuidado de la diabetes, y si comparte el mismo modelo de enfermedad que el paciente, son aspectos que también se han relacionado positivamente con el seguimiento de las conductas de automanejo de la enfermedad (pg. 37) Concluyeron que las características del escenario familiar en el que tiene lugar el manejo de la enfermedad, están ligado significativamente a las conducta de autocuidado, y estos vínculos varían según la etnicidad del paciente... (pg. 43)
- Factores negativos	Relación Médico-Paciente Modelo Médico	La satisfacción de los pacientes con los cuidados del médico tratante y otros proveedores de cuidados de diabetes constituyen otro aspecto importante para un automanejo efectivo de esta enfermedad. Se ha demostrado que la calidad de la relación entre el paciente y el proveedor está directamente asociada con la adherencia al régimen de tratamiento de la diabetes, y cómo una pobre comunicación entre el paciente con diabetes y su proveedor se asocia a una pobre adherencia al tratamiento (pg. 27) El manejo de la enfermedad por los médicos y otros proveedores de servicios de salud no es más que una fuente de frustración derivada frecuentemente de los diferentes marcos de referencia o modelos explicativos que tanto los médicos como los pacientes utilizan para comprender el manejo de la enfermedad, ya que se ha encontrado que existen diferencias cruciales en la manera en que los médicos y los pacientes experimentan y piensan, por ejemplo en torno a la etiología, los signos y síntomas, los factores que afectan la glucosa en sangre, la glucosa ideal en sangre y en los prospectos a futuro” (pg. 39) Otro factor que también es necesario reconocer es que la gran mayoría de los médicos que atienden al paciente diabético, trabaja en un contexto institucional muy amplio, en el cual los factores ambientales –incluyendo la enorme carga de trabajo y el tiempo restringido para cada consulta, entre otros- afectan profundamente sus conductas hacia los pacientes (pg. 40)
• Modelo y/o Programa	Teorías sobre estrés y afrontamiento Modelo de Empoderamiento del Paciente Modelo Psico-Conductual Modelo de Ecuaciones Estructurales Marco de Trabajo Familiar para las conductas de automanejo de la diabetes Modelo Multidimensional del	...han proporcionado un segundo marco para la observación de las conductas de automanejo de los pacientes... (pg. 32) ... consiste en proporcionar a los sujetos las habilidades y recursos que ellos necesitan, así como en hacer que lleven a cabo elecciones personales mejor informadas sobre su autocuidado... (pg. 54) ... es un proceso enormemente complejo y multifactorial, influenciado por un amplio rango de interacciones recíprocas entre variables individuales, sociales y ambientales... (pg. 54) ... representar la significancia relativa de los diversos factores involucrados para lograr los principales objetivos del tratamiento de la diabetes... (pg. 55) La familia proporciona el escenario en el cual el paciente, el estrés de los miembros de la familia y los factores de cuidado de la salud operan e interactúan, y como tal debería ser atendidos activamente cada vez que se construye un programa de intervención significativo... (pg. 50) ... modelo recursivo en el que a las diversas dimensiones vinculadas al automanejo condutal de la diabetes tipo 2 se incorpora la evaluación de la participación familiar, de la cual se derivan en consecuencias las conductas de autocuidado específicas

		Automanejo Conductual de la Diabetes tipo 2 basado en la participación familiar	orientadas a lograr las metas somáticas y conductuales del tratamiento diabético... (pg. 63)
	• Creencias [N-M] Sociales		Quinto, los importantes roles que la cultura, la etnia y la raza juegan en el manejo de la enfermedad operan primeramente a través de la familia. La cultura de la familia se vuelve la base para reconocer, comprender, responder y manejar una enfermedad crónica en el tiempo (pg. 44) Muchas prácticas de manejo de la enfermedad están influenciadas por conductas apegadas a roles familiares basados culturalmente, que forman parte de la vida familiar. Por ejemplo, en muchas familias, las decisiones sobre el cuidado de la salud y conductas relacionadas con la salud se hacen a través o en forma conjunta con otros miembros de la familia, y no son solamente la responsabilidad de la persona que presenta la enfermedad (pg. 61)
	• Creencias Religiosas		La espiritualidad constituye un factor importante en la salud general, en la adaptación y en el afrontamiento de la enfermedad. La comprensión de la influencia de la espiritualidad sobre las conductas de automanejo de la diabetes puede mejorar desde una perspectiva sociocultural y familiar el diseño de intervenciones centradas en la familia y las creencias religiosas (pg. 35) La espiritualidad, aunada a un locus de control externo, puede favorecer que el enfermo delegue en otras personas, espirituales o concretas, como los miembros de la familia, su propia responsabilidad para asumir el automanejo de la diabetes, con lo que se conduce a un mayor impacto negativo de la enfermedad, por lo que podría considerarse al modificación cognitiva de esta variable en el diseño de intervenciones que involucre la participación familiar (pg. 141)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES			FOLIO 33
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Autocuidado	Algo que sobresale como parte de los autocuidados es el hecho de ‘controlarse’. Esta expresión es muy utilizada alrededor del padecimiento de la diabetes y sirve para referirse a distintas necesidades que experimentan las personas o bien para expresar aquellos aspectos que consideran importantes para lograr una mejoría o bien evitar que el malestar progrese (pg. 105)
	- Factores negativos	Emociones Negativas	Cinco de las seis personas que dijeron haberse sentido deprimidas posterior al diagnóstico, hablaron de cómo influyo en su malestar emocional, la manera en la que el médico les informo sobre su diagnóstico y el tipo de información recibida y con la actitud por parte del médico. Tres entrevistados reportan que los médicos que los diagnosticaron enfatizaron toda una serie de incapacidades, restricciones, dependencias a medicamentos, y limitaciones como significado de la diabetes. por otro lado, en su intención de que el paciente siguiera las indicaciones y se apegara al tratamiento, el médico les informo una serie de complicaciones y consecuencias muy negativas si estos no seguían cada prescripción y recomendación (pg. 115)
		Relación Médico-Paciente	Estos autores buscaron identificar los principales obstáculos que los individuos y las familias enfrentan para la utilización de servicios médicos. Entre sus hallazgos más relevantes, están que existe una apreciación general entre usuarios de servicios públicos de salud, de que estos servicios son de mala calidad y con una organización deficiente, lo que desalentaba su utilización. Se encontraron quejas relacionadas con a) la organización del servicio y b) quejas relacionadas con la atención médica (pg. 2)
		Servicio de Salud	

		Comunicación Médico-Paciente	<p>Una percepción negativa del servicio de salud, de acuerdo con Bronfman y cols. Constituye una de las condicionantes para la automedicación en los usuarios, ya que además de buscar prevenir la complicación de una enfermedad, tratan de prevenir la necesidad de acudir a servicios de salud pública (pg. 2, 3)</p> <p>Por otro lado, hay estudios que indican que las diferencias en los modelos explicatorios entre el médico y paciente es una de las razones de insatisfacción, afecta la respuesta al tratamiento, influyen en la falta de lo que llaman ‘compliance’ acatamiento ‘obediencia’ o seguimiento de las indicaciones prescritas por el médico, por ejemplo tomar medicamentos, hacer ejercicio, cambios de conductas, etc. (pg. 44)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 		<p>Teoría Trayectoria de Atención de un Paciente Rogler y Cortes</p> <p>Modelo Biologista Lesional de la Enfermedad</p> <p>Modelo biopsíquico y sociocultural</p> <p>Modelo del Padecer</p> <p>Modelos Médicos</p> <p>Modelo Epidemiológico</p> <p>Modelo Psicosocial</p> <p>Modelo Sociológico de Suchman</p>	<p>... un paciente en su búsqueda de ayuda para aliviar sus síntomas, sigue una vía particular, un camino a lo largo del tiempo. Esta vía es representante de una “historia progresiva” de su experiencia subjetiva con su enfermedad... estos autores proponen que los factores psicosociales influyen en la definición de la problemática de un paciente y qué tan severa es considerada ésta lo que influye indirectamente en la dirección y la duración de la trayectoria de un paciente. (pg. 7)... puede darnos un indicio de qué es lo que hace la gente en nuestra cultura cuando se le presenta un síntoma o una problemática de salud, a quién o quiénes se consulta y los motivos de esta búsqueda curativa, abordando un período específico (pg. 35)</p> <p>... la construcción que representa a la enfermedad como un hecho puramente biológico, que pone a la enfermedad dentro del campo de las ciencias biológicas... (pg. 19)</p> <p>... el plano de la lesión (o enfermedad), está constituido por la alteración de niveles biológicos, pero también del nivel persona, familia, sociedad y cultura, dentro de la serie jerarquizada de sistemas naturales por los que se representa al hombre y se explican sus estructuras y funciones... (pg. 21)</p> <p>... el conjunto de significaciones que tiene para un sujeto un hecho que le acontece y cuyas consecuencias para él y su entorno social inmediato son fundamentalmente negativas (pero no de manera exclusiva) y que esta significaciones no son inmanente o propias del acontecimiento sino que se construyen en la articulación de cada individuo con los distintos conjuntos sociales. (pg. 22)</p> <p>... son construcciones metodológicas que se atribuyen determinados rasgos estructurales que los conforman y les dan su perfil específico. (pg. 24)</p> <p>... intenta abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud, entendidas como “cualquier alteración en la salud y el bienestar” que requiere de servicios y recursos para su atención. (pg. 28)</p> <p>... intenta especificar variables que contribuyen significativamente a entender el comportamiento de los actores en el área de la salud... (pg. 29)</p> <p>... enfatiza los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios. En dicho modelo se trabaja con lo que se llaman “redes sociales” y de acuerdo con esto, los determinantes fundamentales de la utilización de los servicios de salud están dados por redes sociales. (pg. 29)</p>

		Modelo Sociológico de Mechanic Modelo económico	... modelo con base en la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente... (pg. 30) Esta basado en la teoría del capital humano y plante que la utilización de los servicios está en función de la demanda de salud, considerándola como una forma de capital humano en que se puede invertir, por lo que las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores invirtiendo en ellos mismo . (pg. 31)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	... la experiencia del padecer está siempre moldeada culturalmente, lo anterior implicará que habrá formas normales de estar enfermo, que cada sociedad vea como aceptables y habrá otras formas que vea como anómalas. (pg. 23)
	• Creencias [N-M] Científicas		Los modelos médicos son construcciones metodológicas que se atribuyen determinados rasgos estructurales que los conforman y les dan su perfil específico. Se basan el presupuesto de que toda sociedad genera un conjunto de diversos conocimientos, concepciones y prácticas en torno a la salud-enfermedad y sus problemas- los distintos grupos y estratos sociales –incluidos los que se dedican a las teorizaciones y prácticas médicas, como médicos, curanderos, chamanes, orientadores y otros- participan en la constitución de los procesos que les permiten explicar y enfrentar sus dificultades de salud. los modelos médicos son producto y manifestación de las relaciones estructurales y funcionales propias de cualquier sociedad. (pg. 24) En un estudio que intenta describir las creencias respecto a la diabetes en cuatro grupos de latinos (incluyendo uno de mexicanos.), se encontró que comparten creencias respecto a la diabetes en cuanto a causad, síntomas, quién es susceptible y qué complicaciones puede tener... las creencias compartidas en los cuatro grupos están: cualquiera puede padecer la enfermedad. Tanto hombres, mujeres y la gente mayor, aunque no creen que sea causada por el envejecimiento; en tres grupos creen que los niños también son susceptibles; es hereditaria y creen que algunos nacen con ella; las causas atribuidas son: comer dulces o azúcar, falta de insulina y falta de control de ‘azúcar’ en la sangre (pg. 46, 47) Las percepciones de los informantes sobre la etiología de su enfermedad fueron las siguientes: prácticas dietéticas previas pobres, como su consumo previo de mucha azúcar, ingesta de grasas, ‘corre en la familia’, ‘pesqué la diabetes de mi familia’, inadecuado funcionamiento del cuerpo, asimismo refieren factores de riesgo tales como edad, ser mujer y ser afroamericana. También algunos informantes dijeron que tener sobrepeso era una cauda directa del establecimiento de la diabetes no insulino dependiente (pg. 48) Hunts y cols. Resaltan que aún cuando los pacientes han incorporado explicaciones estándar o médicamente aceptadas como las causas de la diabetes, ellos además agregan explicaciones de eventos o conductas relevantes que forman el centro de la comprensión de su padecimiento. Sí usan constructos biomédicos pero enfatizan el contexto de su vida más que la fisiopatología. Esta tendencia a combinar explicaciones indica de acuerdo a los autores, que en el término de experiencia, la biomedicina provee conceptos causales muy limitados (pg. 49) Hunts y cols. Sugieren la posibilidad de que los conceptos causales que ellos encontraron, quizá sean únicos a este grupo cultural. Por ejemplo la idea de que la diabetes está latente en todos y es causado o tiene su origen por eventos traumáticos (pg. 50)
	• Creencias [N-M] Historia		Las creencias sobre enfermedad dan forma a las respuestas a los síntomas, de quien las sufre y también del grupo social. Si lo que se busca es atención a la salud, las definiciones que el común de la gente tenga sobre su enfermedad, limitan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento (pg. 7)

			<p>Estudiar las percepciones y creencias de la diabetes es fundamental ya que como se ha explicado, las creencias sobre enfermedad dan forma a las respuestas a los síntomas, de quien las sufre y también del grupo social. Si lo que se busca es atención a la salud, las definiciones que el común de la gente tenga sobre su enfermedad, limitan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento (pg. 44)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Sociales 		<p>Tal vez si se toma en cuenta que la adherencia terapéutica (o ausencia de ella) está marcada también por las creencias previas del paciente, por su concepción de la enfermedad, por su experiencia previa y estas creencias fueran tomadas en cuenta por el profesional de la salud y se escuchara más cómo el paciente interpreta sus síntomas, cómo se los explica a sí mismo (y al profesional de la salud) y cómo los vincula con otros factores de su vida cotidiana, que para él si tienen sentido, entonces el paciente se sentiría más apoyado, más tomado en cuenta, reconocido, lo que conduciría al objetivo de cualquier terapéutica: la adherencia y lo más importante: que se daría realmente un diálogo con lo que se abrirían las posibilidades de una mejor relación entre el profesional de la salud y el paciente (pg. 9)</p> <p>De acuerdo con la autora, el primer paso que sigue la gente para remediar un síntoma es el uso de sus conocimientos sobre hierbas, dietas, medicamentos de patente o fuerza de voluntad (autocontrol). Si los autocuidados o el autocontrol no alivian el síntoma, la gente pasa al siguiente nivel que es buscar ayuda de las redes sociales, como la esposa, los familiares o amigos. Los miembros de las redes sociales recomiendan remedios, medicamentos, pero también ofrecen apoyo emocional escuchando los problemas de la persona y dándole consejos. En este modelo, las redes sociales acompañan el proceso entero. En ocasiones, recomiendan y acompañan a las personas a buscar recurso como curanderos, médicos generales, psiquiatras e incluso pueden apoyar económicamente a la persona (pg. 36)</p> <p>Cuando se pidió profundizar acerca de su padecimiento, fue muy frecuente encontrar afirmaciones del tipo ‘no sé que sea’, ‘no tengo idea’, ‘nunca nadie me ha explicado’ ‘nunca he preguntado qué es’. Sin embargo, en el desarrollo de las entrevistas es posible encontrar intervenciones que hablan de un saber sobre la diabetes construido ya que sea a partir de sus experiencias, las de algún familiar con el mismo padecimiento, de amigos o vecinos o bien porque son conceptos que han escuchado de sus médicos o a través de la televisión. Todos los entrevistados coinciden en que la diabetes es una enfermedad y la definen como un problema de azúcar alta en la sangre (pg. 67, 68)</p> <p>Cada malestar es asociado y puesto en relevancia por las personas por la incapacidad, discapacidad o dificultades para llevar a cabo el mismo tipo de vida que llevaban hasta antes de que se presentaran dichos malestares. La diabetes es un malestar particular pero con impacto en muchas esferas de la vida de la persona (pg. 68)</p> <p>De acuerdo con los entrevistados ‘ hay unas diabetes más malas que otras’; o ‘hay diabetes muy fuertes’, lo cual depende del nivel del malestar provocado por el padecimiento, por la intensidad de los síntomas o bien por el deterioro en la salud a consecuencia de diversas complicaciones. Así, por ejemplo para los entrevistados será más <i>mala o fuerte</i> la diabetes donde se presenta mucha sed, deseos de orinar constantemente por la noche o adelgazamiento. También se califican como diabetes malas aquellas en las que los médicos prescriben muchos medicamentos o una dieta restringida de diversos alimentos como tortillas, refrescos, pan, frutas dulces y verduras, y la diabetes que se diagnostican en la juventud o en la niñez. Una diabetes no muy mala será esa con la que la persona se siente ‘normal’, esto es, sin síntomas o demasiados malestares incluso en periodos de abandono del medicamento y que permite llevar una vida como antes del diagnóstico (pg. 69)</p>

			Además, se recordará que en muchos entrevistados existe la creencia de que la insulina es la causa de la ceguera en la diabetes (pg. 120)
	• Creencias [S-S] Destino		Finalmente, para tres informantes, todas las personas tenemos la diabetes, sin embargo sólo algunas personas llegan a desarrollarla, como si estuviera latente la enfermedad o la posibilidad de enfermar, esto es comprensible cuando recordamos que existe la concepción de que la diabetes es azúcar en la sangre y el que llegue o no a desarrollarse dependerá de los factores emocionales que son vistos como la causa de que se ‘declare’ o ‘desarrolle el padecimiento (pg. 71)
	• Creencias [S-S] Casualidad		Once de los informantes tienen la percepción de que la diabetes conlleva inevitablemente un mal pronóstico; es decir que, pese a llevar una tratamiento farmacológico y una dieta rigurosa, la diabetes por sí misma los llevará a tener complicaciones o que vivirán menos años, perciben que esta enfermedad ‘acaba’, ‘va matando poco a poco’, ‘mina la salud’, ‘incapacita’, ‘afecta todo el cuerpo’, ‘nos va acabando la vida’. Existe en la mayoría de ellos, la percepción de que la enfermedad progresa de tal forma que los conducirá a un estado de etapa terminal (pg. 70) Compartiendo la perspectiva del modelo biomédico, se encontraron las explicaciones ofrecidas por Irma Constanza y Gregorio, quienes hablan del sobrepeso o el estar gordos como una causa de su diabetes y se ha considerado una categoría distinta de la alimentación ya que estas personas no mencionan la alimentación ni asocian alimentos particulares al padecimiento de la diabetes (pg. 75)
	• Función Emocional		La muestra mexicana difirió de los tres grupos de latinos, al identificar consistentemente causas emocionales de la diabetes: ‘susto’, ‘coraje’ y ‘emociones fuertes (pg. 47) La mayoría de los informantes hablaron de las situaciones emocionales como la causa determinante de su diabetes y consideran que la diabetes en general es un padecimiento que ‘viene de emoción’, ‘emociones fuertes’ o de ‘sentimiento’. Nueve de ellos atribuyen su padecimiento exclusivamente a las emociones y el resto habla de dos o tres causas distintas que contribuyeron al mismo. Las situaciones emocionales planteadas como la causa de la diabetes son: el susto o espanto, el coraje, la impresión, la presión, la preocupación, el gusto o la alegría, la sorpresa y los berrinches (pg. 72, 73) ... muy importante los factores emocionales que inciden en la motivación para continuar o abandonar la búsqueda de soluciones a su padecer, la percepción de la severidad del padecimiento, la concepción que se tenga de los fármacos y remedios caseros, de los recursos económicos posibles y también en menos importante la evolución de la misma enfermedad que va demandando soluciones y atenciones particulares por lo regular cada vez más especializadas y múltiples (pg. 108)
	• Función Grupo		La experiencia del padecer está siempre moldeada culturalmente, lo anterior implicará que habrá formas normales de estar enfermo, que cada sociedad vea como aceptables y habrá otras formas que vea como anómalas (pg. 23) Que dependiendo de la percepción de la enfermedad, el individuo llevará a cabo acciones para satisfacer la necesidad en relación con su cultura, poder de compra y personalidad (pg. 32)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES

FOLIO

34

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
------	-----------	--------------------	--------------------

ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Educación en Diabetes	Otra forma de atender a la diabetes ha sido por medio de educación para la salud, como menciona Brunner y Suddarth, : “el paciente diabético debe adquirir conocimientos sobre nutrición, efectos favorables y secundarios de los medicamentos, ejercicios, progresión de la enfermedad, estrategias de prevención, técnicas de vigilancia y ajuste de los medicamentos.” (pg. 39)
		Autorresponsabilidad	...De esta manera, se hace responsable al enfermo de su padecimiento. Si no mejora, el enfermo es quien no está comprometido con su salud, puesto que es él quien debe aceptar, acatar y llevar a cabo al pie de la letra las indicaciones del personal de salud que le atiende. (pg. 37)
	- Factores negativos	Economía	Al no tener los medios para llevar una dieta equilibrada, se recurre a los alimentos que se tengan a la mano o que se puedan conseguir por su bajo costo, lo importante es tener energía suficiente para realizar sus actividades habituales: (pg. 120)
		Servicios de Salud	Otro punto a considerar en la consulta médica, es la implicación de utilizar dinero que bien podría usar para otras cosas, como alimentos, ropa o calzado; en cambio cuando llega a acudir al Seguro Social o Centro de salud, es por que el malestar que la aqueja a ella o algún familiar, ha sobrepasado los umbrales del dolor y por tanto se requiere de una atención médica. (pg. 121)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	cultura	Cuando un personal de la salud realiza su trabajo, prescribiendo al paciente, por lo general deja de lado a la persona y se enfoca en el enfermo, esto es: ignora la sociedad a la que pertenece, su cultura, sus esquemas mentales, sus dudas, sus temores, sus ansiedades e ideas (pg. 38)
			Para comprender y conocer a una persona y el cuidado que tiene de si misma, se requiere entender el contexto en el que se desenvuelve, dónde vive, cómo vive, cuáles son sus preferencias, valores, normas y metas, esto es, conocer su cultura. Cultura hace referencia a “ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cuales quiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de una sociedad” La cultura determina el estilo de vida de una sociedad o grupo, en donde se incluyen aspectos como: costumbres, tradiciones, creencias, valores, lenguajes, objetos físicos, que van desde herramientas hasta artesanías (pg. 46)
	• Creencias [N-M] Historia		En la gastronomía mexicana los ingredientes básicos son: las grasas, las carnes, las harinas y el picante, sin éstos la comida no sabe a comida, no está cargada de las proteínas y los carbohidratos necesarios a los que está acostumbrado el mexicano, por ello, cuando reciben una dieta por parte del personal de salud, siente que tendrá hambre, ya que para él, dieta es sinónimo de pasar hambre (pg. 44)
	• Creencias [N-M] Sociales		De esta manera el padecimiento va más allá de un dolor físico, se compone de ideas, experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes hacia la enfermedad, además del sentir del enfermo con respecto a sus redes de apoyo psicosocial, afectivas e incluso religiosas (pg. 44)
	• Creencias [S-S] Destino		Acudir a una curandera o “ <i>señora que cura con hierbas</i> ”, además de ser más económico, proporciona una atención más cercana hacia la persona enferma que la otorgada por el Centro de Salud: (pg. 122)
• NO CLASIFICABLE		Patrón Femenino	Tal es el caso de la mujer, quien ha adquirido y llevado a cabo un patrón, ha seguido una muestra o modelo que ha copiado e imitado, de acuerdo a la sociedad a la que pertenece, creando una identidad única y a la vez compartida por las mujeres de su grupo. La identidad que adquiere cada persona está totalmente ligada a la perspectiva del genero, la cual establece comportamientos y expectativas, características de hombres y mujeres que prevalecen en su sociedad. La comunidad en la que cada individuo vive, marcará lo que se es y lo que debe ser. (pg. 51)
		Afromestizos: Componentes del Mexicano	Hablar de la presencia de la negritud en México es mencionar una parte olvidada de la historia oficial de nuestro país, un grupo de humanos que dejaron una honda huella en la evolución social y cultural de la nación mexicana. Al respecto Anson menciona

		que “la negritud no se manifiesta contra la raza blanca. La negritud no odia ni teme al blanco. Sólo odia la razón del látigo” (pg. 65).
--	--	--

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	FOLIO 35
--	---------------------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Control de Emociones	El control sano de las emociones y las actitudes es un factor clave del mantenimiento de los niveles de la glucosa en la sangre bajo control.... (pg. 98)
	- Factores negativos	Estilo de Vida	A pesar de que la obesidad y el sedentarismo son factores susceptibles de prevenirse y mortificarse con medidas educativas, están relacionados con el estilo de la vida industrializada y básicamente urbana, por lo que constituyen un reto. (pg. 54)
		Estrés	Durante años los médicos y los investigadores han comprobado que los niveles de glucosa de los diabéticos aumentan en los momentos de estrés, tales como adrenalina, que se dispara en cantidades grandes al pasar las personas por lo que ellas mismas podrían describir como problemas en las cuales están en juego muchas emociones. Aunque el estrés no causa diabetes puede hacer que ésta se desencadene en las personas que por su alimentación y condiciones de vida, tienen mayor posibilidad de padecerla, el hecho de controlar el estrés, se puede llegar a tener un gran impacto en la capacidad de controlar la enfermedad.
		Emociones	Los hábitos y estilos de vida poco saludables como el tabaco, el alcohol en exceso, la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, la falta de sueño, etc. influyen también en la fisiología del organismo y contribuyen a la aparición de la enfermedad o bien a la aparición de problemas psicológicos que, a su vez, contribuyen a la aparición de la enfermedad. (pg. 142, 143) ... Estas emociones pueden ser la alegría (exagerada), la ira, el miedo, la tristeza y ansiedad. Lo anterior mal combinado ocasiona que el cuerpo se enferme. Las situaciones arriba mencionadas son factores o causas que provocan que éstas aparezcan en mayor o menor grado, aún así el problema no es que surjan, pues se sabe que la vida de los seres humanos está llena de pasiones y sentimientos. El problemática radica en que el depositar cualquiera de estas emociones, con una intensidad fuerte, provoca que el cuerpo gaste una excesiva energía, combatiendo con todo lo que influye en esa emoción. (106)
	• Modelo y/o Programa	Teoría de los Cinco Elementos	La teoría de los cinco elementos que plantea la medicina tradicional china, sostiene que cada elemento tiene una relación con los órganos.... La teoría de los cinco elementos plantea que el mundo material puede ser clasificado en cinco categorías simbolizadas por el fuego, la tierra, el metal, el agua y la madera. Así la M.T.Ch. utiliza esta teoría para clasificar los fenómenos naturales, la mayoría de los órganos, tejidos emociones humanas, e interpreta las relaciones entre la fisiopatología del organismo humano y la naturaleza. (pg. 70, 71)
	• Cultura	Cultura	El cuerpo no es tan libre como piensan los positivistas, está sujeto a la cultura y a los deseos de los otros para poder construir y continuar la misma interpretación del mundo. Lo psicosomático se convierte en una nueva realidad social que se va asimilando en la población sin importar los recursos económicos y culturales, es una posibilidad de nuevos estilos de vida. (pg. 67)
	• Creencias [N-M] Científicas		La confrontación entre las conceptualizaciones vuelve a generarse, se sigue aceptando el valor, la efectividad de las plantas medicinales por parte de la medicina científica, pero se rechaza severamente lo mágico, lo inútil, lo peligroso de la herbolaria. Se propone ahora como alternativa rescatar lo inútil, dosificable e industrializable de un vegetal, elaborando con ello fármacos científicamente comprobados para proporcionar atención médica (occidental o moderna) a toda la población del país, con idea de que cuando en él se logre otorgar servicios médicos –privados o estatales- a todos los habitantes, la medicina popular o

<p>CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>			<p>tradicional se extinguirá porque habrá perdido su razón de ser, en vista de lo cual y con un enfoque claramente tendencioso la medicina oficial prefiere adquirir los recursos medicinales que van siendo descubiertos en otras sociedades antes de desarrollar los propios, con los que configura un sistema dependiente de esa cultura importada. (pg. 60)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Historia 		<p>La confrontación entre la medicina oficial y la medicina popular se da ahora en términos de los depositarios del razonamiento científico. Al mismo tiempo la transculturación sigue su marcha, además de seguir adaptando humores, calores y aires, y otros conceptos, ahora se usan también las plantas medicinales para tratar infecciones, la hipertensión arterial, disminuir el colesterol, adelgazar la sangre, regular la diabetes o combatir el cáncer. Muchos de esos conceptos provienen de la medicina oficial, se localizan no solo en el ámbito de las sociedades urbanas donde su origen parece evidente desde la sólida permanencia de la medicina institucional, sino en sitios y culturas aparentemente aislados. (pg. 60)</p> <p>... Algunos países son testigos de una transición que va de los importantes problemas nutricionales relacionados con la pobreza y el bajo consumo, a las enfermedades asociadas con la nutrición por el consumo excesivo y la abundancia. En otras naciones, más que una transición, es una situación donde una parte de la población tiene problemas relacionados con la pobreza y la desnutrición y otra tiene problemas relacionados con la abundancia, estilos de vida más sedentarios y exceso de consumo de energía o de ciertos alimentos. (pg. 91 y 092)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Sociales 		<p>Considerando las categorías implicadas en la medicina alternativa, se puede decir que esta es magia en tanto que aplica medios simbólicos para conseguir fines reales; por ejemplo, traer un herradura en la bolsa para conseguir dinero. La ciencia, en tanto, pretende explicar y controlar con medios naturales los males o enfermedades físicas del hombre. Otro ejemplo es la curación por medio de limones, albahaca y aguardiente y finalmente la religión, porque con medios simbólicos pretende lograr fines sobrenaturales con la oración se busca proporcionar la voluntad divina y en la práctica, las tres categorías se manejan como un solo fenómeno y se aplican indiscriminadamente. (pg. 61)</p> <p>Si hemos de ser consistentes no se podrán validar percepciones que van más allá de lo demostrable objetivamente, y que permiten ‘sentir’ la enfermedad. Su razonamiento se basa en disquisiciones especulativas, en casos anecdóticos, en curaciones milagrosas, en influencias esotéricas, en vías corporales no demostrables y, sobre todo, en un permanente ataque a la medicina científica, a través de una crítica que sólo busca desprestigiarla ante el incauto que, decepcionado por sus altos costos, por la tecnificación, por la pérdida del calor de la relación médico-paciente y del cambio operado por el denominado ‘mandato burocrático’, busca en prácticas no ortodoxas alguna explicación y un poco de alivio a dolencias de múltiples orígenes, frente a las cuales la ciencia declara con honestidad su impotencia. El enfermo acude entonces, al curandero, al brujo, al chamán, al ‘médico alternativo’, que le ofrecerán la curación a través de la convicción y la fe en ‘métodos diferentes’. Se colocan entonces bajo el cuidado de estos nuevos ‘profetas’ un sinnúmero de enfermos con todo tipo de problemas que van desde la depresión hasta pacientes con cáncer terminal. Se dice que, porque un segmento de la población acepta como verdad las ‘medicinas alternativas’ y cree ciegamente en ellas, en su actitud demuestran que dichas actividades tienen un aspecto de verdad social. Esto es absolutamente falso. (pg. 85)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Religiosas 		<p>La religión católica hizo una sofisticación de la represión corporal y con ello permitió que el cuerpo buscara nuevos caminos de expresión. (pg. 64)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NO CLASIFICABLE 	<p>Medicina Alternativa</p>	<p>La medicina alternativa es el conjunto de sistemas, prácticas y productos, médicos o no, que no se consideran parte de la medicina convencional, porque no se someten al método científico. Por tanto, se encuadran en la categoría de pseudociencias... La importancia de trabajar con la medicina alternativa, es que permite de alguna manera tener otra perspectiva de una solución o decremento de enfermedad o malestar, por lo que desde su surgimiento a la actualidad, hace notorios los resultados de ejercerla, mientras que la medicina convencional obtiene de manera gradual estos resultados pero con alteraciones que a lo largo traen otro</p>	

	<p>Psicosomático</p>	<p>tipo de padecimientos, en este campo la medicina alternativa puede ser más útil ya que intenta mantener el cuerpo de una forma equilibrada, atendiéndolo con medicamentos de la propia naturaleza. (pg. 61, 62)</p> <p>Lo psicosomático es solo un refugio de los seres humanos ante la inmensidad de mensajes que reciben y no saben cómo procesar, o sobre los que ni siquiera pueden hacer una interpretación ante tanta información que llega. Para los profesionales ha sido un proceso crítico descubrir que los pacientes tienen pocas posibilidades de salir de los procesos corporales que han construido por años, se necesita trabajar en el cuerpo para abrir nuevos espacios de construcción corporal que permitan darle otro sentido a la existencia personal; eso significa trabajar con las emociones y los sentimientos, con el deseo de poder y el sentimiento de dominar y controlar a los otros, pues el cuerpo es también el espacio donde se guardan sentimientos nobles y solo resentimientos y envidias. Esto siempre será un proceso personal cuya estructura al interior a los individuos se ignora, pero si se conoce sus manifestaciones y eso puede ser importante para explorar el camino que recorrió hasta llegar a esa manifestación que está consumiendo a la persona: lo psicosomático.⁹ (pg. 65)</p>
--	----------------------	--

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 36
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Autorresponsabilidad	Lo anterior debido a que dentro de ciertos límites, el hombre es responsable de su propia enfermedad, como lo es de su propia suerte; el destino lo tiene en sus manos en el “aquí y el ahora”, en la respuesta a cada instante del eterno y dinámico desafío de la vida. Lo único que puede prolongar su existencia es el modificar su manera de ser. ²⁹ (pg. 47)	
	- Factores negativos	Educación	Pues la mayoría de las personas pertenecientes a las clases populares, debido a su bajo nivel de instrucción, tiene poco o nulo conocimiento de cómo nombrar sus padecimientos; se sienten mucho más alejados de su cuerpo en tanto el doctor, que es percibido como poseedor de la verdad, trata al individuo como un ignorante de lo que le pasa, de lo que siente. Por lo que la relación entre el médico y la gente humilde guarda un tremendo abismo con la relación del mismo y una persona con instrucción o de su mismo nivel social. (pg. 39)	
	• Modelo y/o Programa	Teoría de los Cinco Elementos	En la actualidad, debido a la alta demanda que tiene el sector salud y lo incapaz que se ha visto la ciencia médica de satisfacer este segmento tan importante, han surgido y resurgido diversas terapéuticas que, sin presentarse como poseedoras de la verdad absoluta, representan una opción más para que el paciente satisfaga ese vacío que deja la ciencia médica, es decir, son alternativas al tratamiento que, lejos de querer desprestigiar la labor médica, proponen incluso una labor en conjunto. (pg. 49, 50)	
CULTURA	• Cultura	Cultura	De esta manera, se puede decir que la conciencia, la que se reclama en los párrafos pasados, puede verse influenciada por un gran número de factores, es decir, tal vez no seamos conscientes de nuestro cuerpo, de lo que pasa en nosotros y al exterior de nosotros, de lo que sentimos, debido a una cultura que promueve el abandono corporal, pues en función de cómo percibes a tu cuerpo es como lo tratas; en ocasiones, ni nos damos cuenta de este, hasta que por ejemplo, una enfermedad se instala e impide que se pueda seguir realizando actividades cotidianas. (pg. 38 y 39)	
	• Creencias [N-M] Historia		En un principio la enfermedad era vista como la consecuencia de un “mal” que provenía de un espíritu, o era el castigo que pagaban los humanos por un tabú roto, etcétera. Ante estas creencias la cura no podría ser distinta, debía provenir del favor de “poderes buenos” que invocados por un chaman mediante rituales, ofrendas y sacrificios se lograba librar al paciente de su mal. Posteriormente, todo cambio pues el intento de influir sobre la salud por cualquier medio que no fuera la oración u otro estrictamente religioso, era calificado de brujería.	

<p>Y</p> <p>CREENCIAS</p> <p>[Salud-Enfermedad]</p>		<p>Con la llegada de la revolución científica el enfoque de la enfermedad cambia notablemente en donde aparece como personaje principal el médico cirujano; en la medida que la ciencia fue mostrando su poder para transformar el mundo material así como su prestigio, la medicina fue conformándose cada vez de acuerdo a ese modelo. Sin embargo, cabe mencionar que no solo afecto a la medicina, sino que de manera general abarco aspectos del pensamiento de la época. Entonces, en aquel tiempo, y hasta nuestros días, pareciera ser que la única figura sanitaria era el cirujano, por tanto, se creía que la enfermedad estaba fuera del paciente y la ayuda debía venir también de afuera, del médico. Así mismo, la psicología no existía, y los desórdenes psicológicos recibían el mismo tratamiento que los físicos. Así se da una lucha entre el “mal” (enfermedad) y el “bien” (la ciencia) en donde el médico era el único hábil, sabio conocedor y administrador de tal bien. En fin, ya sea que se busque la cura por medio del chaman o del médico, lo cierto es que se sigue depositando el bienestar físico en manos de terceros, estimulando en los médicos una actitud de que son los únicos curadores, y en el enfermo la pasiva, irresponsable y hasta de ignorante sobre lo que pasa en su cuerpo; Lo anterior le impide al enfermo explorar alternativas que le lleven a un estado completo de salud. (pg, 1, 2)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Sociales 	<p>Hagamos un paréntesis para preguntarnos qué tanto interviene la alimentación de las personas, en el incremento de posibilidades para desarrollar diabetes mellitus. Ya que si nosotros, como receptores o herederos de costumbres y hábitos (en la alimentación, por ejemplo) de nuestra familia, de la sociedad no seríamos blanco fácil de presentar los mismos padecimientos. (pg. 19)</p> <p>Se trata de todo un entramado de mercadotecnia en donde había que retomar también el tema de consumismo, como un engaño de hacer creer a la gente que lo que esta consumiendo (productos procesados y envasados sin valor nutritivo alguno) contiene todos los componentes necesarios para estar bien física y mentalmente. En donde se esta pagando por una envoltura bonita, llamativa, más que por la calidad que el producto pueda tener. (pg. 20)</p> <p>Situación que ellos mismos han elaborado, pues podemos ver hoy en día a través de los medios de comunicación (periódicos, revistas, televisión, radio, internet, en anuncios espectaculares) como la industria farmacéutica compite en el mercado; al parecer lo importante es la ganancia por vender medicinas que no requieren receta medica, que estén al alcance de la mano, en la farmacia más cercana”, medicamentos (para la tos, el dolor en general para la gastritis, la inflamación, malestar estomacal, fiebre, cansancio, etcétera) padecimientos “comunes” para las personas insertas en una sociedad como la nuestra que exige, que controla, que estresa; pues no podemos negar el echo que al cabo de una jornada larga de trabajo el cuerpo pide descanso, pero no se le puede dar pues hay que hacer horas extras, cubrir turnos, o llegar a la casa a hacer labores domésticas, entonces con un sedalmerck te levantas porque te levantas, con un aspirina se te quita el dolor de cabeza o con una sola pastillita acallas cualquier dolor en el cuerpo, remedios que de momento nos evita la ida al médico, pues la gente que cuenta con el seguro sabe muy bien que ir representa el dedicar un día de su tiempo, un día de descuento salarial; parche momentáneo que a la larga por fin nos llevara al consultorio médico, y eso es más ganancia para el sector “salud”.(pg. 34)</p> <p>Es decir, la medicina tradicional es ejercida por terapeutas socialmente reconocidos (curanderos, hueseros, hierberos, parteras) y su acción se extiende a la atención de procesos no patológicos, como el embarazo, el parto y el puerperio normales. Como ya se había dicho en la medicina tradicional se emplean plantas, animales y minarles, por ello, a continuación se mencionan algunas de las plantas empleadas para el tratamiento de la diabetes: (pg. 53)</p> <p>... es cierto que la genética juega un papel importante en nuestro cuerpo y por tanto en nuestros padecimientos, pero también debemos reconocer que nosotros no sólo heredamos genes; acaso nos son parte de nuestra herencia las costumbres, las creencias,</p>

			el lenguaje, los hábitos en la alimentación, los estilos de vida transmitidos de generación en generación a través de la familia y por medio de la sociedad. (pg. 146)
	• Creencias Religiosas		<p>Con respecto al cuerpo y la forma en cómo ha sido abordado socialmente nos encontramos que tendríamos que hacer una reflexión también sobre lo religioso y su forma de abordar el cuerpo, situación que también influye en nuestras propias percepciones. La religión ve en el cuerpo lo impúdico, lo inmoral y en consecuencia lo cubrimos. Así es, la imposición de un sistema de valores sustentados en la moral judeocristiana habrá de permitir el castigo al cuerpo y cubrirlo con atuendos de una cultura ajena. (pg. 43)</p> <p>La religión católica ha reprimido al cuerpo y ocasionado que se buscaran nuevos caminos de expresión. Los humanos tienen la habilidad para aparentar, para hacer como que no ven y no enfrentar sus padecimientos, incluso puede no importarles anteponer su vida con tal de no hacer frente a su problemática, esto en gran medida por que han perdido su alegría de vivir, no encuentran el sentido a la vida; existe otro tipo de evasiones como la droga o el alcohol, la comida, cosas materiales etcétera. Vivimos conformes con la vida que llevamos, pareciera ser que no hay alternativa al cambio (pg. 48)</p> <p>Esto es, seguir teniendo cierto control sobre el paciente rompiendo con sus creencias religiosas o no de la causa de sus males. Por lo que las personas, a pesar de su religión, van dejando cada vez más de lado la idea de que Dios tenga que ver con su enfermedad, no obstante, podemos ver como se sigue con la premisa de que son agentes externos (obesidad, alimentación) o internos (emociones fuertes, herencia) los responsables que nos están provocando las enfermedades. Separando lo interno de lo externo cuando en realidad tienen que ver tanto los factores internos como externos en nuestros estados de salud y enfermedad. (pg. 140)</p>
	• Creencias [S-S] Psicológico		Como vemos, esa separación de nuestro cuerpo hace que depositemos en otros la responsabilidad de nuestra salud, permitiendo con ello que siga creciendo la creencia de la existencia de una sola instancia sanitaria para la salud, de que con un medicamento que nos de él médico vamos a estar mejor, porque él es el único que puede decirme lo que me pasa, hasta lo que “siento”, por qué y qué debo hacer. (pg. 12)
• NO CLASIFICABLE	Psicosomático		... podemos recortar a la enfermedad psicósomática como un conjunto de afecciones para las que la medicina no encuentra aún respuestas acabadas a pesar de los avances en el campo científico. Estas afecciones se presentan bajo cierta periodicidad, con determinadas frecuencias en relación con sus brotes, a sus remisiones. Y al ser un campo de límites imprecisos convoca a diversas prácticas y discursos que, en algunos casos cubren de sentido aquello que en la clínica se presenta como un punto de silencio del sujeto. Es decir, cuando un sujeto presenta afecciones, para las cuales la medicina moderna no encuentra causa ni cura, los médicos alópatas (que difícilmente admiten su ignorancia con respecto a las patologías) tienden a decir que es psicósomático, esto es, meten la afección del sujeto en el “campo” psicósomático, para deslindarse de algo que obviamente está fuera de su alcance. Lo que no tiene sentido para el pensamiento cuadrado de la medicina alópata, lo tiene para la medicina psicósomática. (pg. 35, 36)
	Terapias Alternativas		En la actualidad, debido a la alta demanda que tiene el sector salud y lo incapaz que se ha visto la ciencia médica de satisfacer este segmento tan importante, han surgido y resurgido diversas terapéuticas que, sin presentarse como poseedoras de la verdad absoluta, representan una opción más para que el paciente satisfaga ese vacío que deja la ciencia médica, es decir, son alternativas al tratamiento que, lejos de querer desprestigiar la labor médica, proponen incluso una labor en conjunto. (pg. 52)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 37
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores negativos	Relación Médico-Paciente Emociones Negativas	Añadido a esto el tratamiento bloquea el camino de la prevención, ya que la relación personal entre médico y enfermos puede tener notable influencia en la adhesión a las recomendaciones médicas, pero la dependencia de este tipo de contactos no favorece la aparición de la práctica preventiva. La ansiedad, el aburrimiento u otros estados suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (comer en exceso, beber demasiado alcohol, fumar, sedentarismo, etc.). Según Leventhal et al., se ha comprobado que una alta actividad emocional interfiere con los hábitos saludables de una persona. (pg. 38)	
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	Frente a este personaje social que es el enfermo, en todas las culturas ha surgido otro personaje complementario, que es el sanador (chaman, mago, curandero, médico, enfermera, personas de la familia, etc.). (pg. 11)	
	• Creencias [N-M] Científicas • Creencias [N-M] Historia		Las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar la salud. Al ser ideas que en un determinado momento se conjeturaron y se formaron ocupando un espacio y energía, se han materializado dentro de los conceptos aún más arraigados. Las creencias y prácticas para evitar enfermarse (amuletos, talismanes, hechizos, etc.) han existido desde los tiempos más primitivos, y persisten aún en muchas culturas, estas son pruebas del interés por conservar la salud como un bien preciado desde siempre; por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas (pg. 23)	
	• Creencias [N-M] Sociales		Es importante tomar en cuenta que para poder lograr una mejor intervención de la psicología de la salud en estas áreas es necesario recordar que el fundamento de la psicología se centra en conductas hábitos y estilos de vida, ya que estos pueden afectar tanto la salud como la enfermedad. Con frecuencia, tales conductas están profundamente enraizadas en valores culturales o necesidades y expectativas personales. En cualquier caso, no se les puede modificar con facilidad. Si la creencia de que los factores conductuales contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud sería elemental tomar en cuenta estos factores. (pg. 20, 21) Aun así se tienen creencias y hábitos de salud dentro de la población estudiada que pueden fomentar la prevención de algún tipo de enfermedad, ya sea crónica o no. Las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar la salud. aunque como dice Amigo, Fernández y Pérez (1998) esto es más probable bajo ciertas circunstancias que sería importante definir y ampliar en un trabajo posterior para la implementación de una prevención de impacto e interés para la población en general. (pg. 98) Así Gómez dice acertadamente que las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar la salud. Sin embargo siempre se tiene un interés por conservar la salud desde antaño, para lo que se utilizaba amuletos, hechizo, etc., según Málaga. Entonces si los hábitos y actitudes que se toman con respecto a nuestra salud son directamente influenciados por las creencias estas podrían cambiarse para lograr este objetivo. (pg. 100) Para Oblitas (2004) las creencias sobre la salud influyen marcadamente sobre los hábitos de las personas. Cada cual construye un modelo explicativo acerca de la salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de la forma en que se deben implementar los cambios. Una persona puede creer que mediante una dieta vegetariana y actividad física regular, puede evitar el riesgo de contraer cáncer, o bien que, independientemente del estilo de vida	

			que se lleve, mediante estudios médicos periódicos se elimina el riesgo de padecer cierto tipo de enfermedad. (pg. 33)
• NO CLASIFICABLE	Hábitos		Los hábitos para conservar la salud son conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Se ponen en funcionamiento de forma automática y sin tener una clara conciencia de ello (como por ejemplo la higiene personal). Al ser conductas aprendidas se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes de Aprendizaje (pg. 24)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	FOLIO 38
--	---------------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Calidad de Vida	... debe aclararse que el tener una buena calidad de vida no implica necesariamente que la sensación de bienestar subjetivo se presente en el individuo, ni tampoco que el individuo se encuentre en un total y completo estado de salud y, el hecho de que el individuo goce de un nivel “aceptable” de salud en términos de su percepción de bienestar subjetivo, o en términos biológicos, no implica que tenga una buena calidad de vida. (pg. 22)
		Adherencia al Tratamiento	“la adherencia al tratamiento constituye el quinto hábito (junto a la dieta alimenticia, el consumo de tabaco, la falta de ejercicio físico y el abuso del alcohol) sobre el que intervenir para actuar sobre la disminución de las siete principales causas de muerte. Y, por supuesto, hablar de adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica, es hablar de seguir adecuadamente los tratamientos médicos y comportamentales, así como dar seguimiento a las intervenciones con fines preventivos, etc. (pg. 109)
	- Factores negativos	Relación Médico-Paciente	Sin embargo, mencionan que los médicos reportan una baja adherencia por parte de los pacientes al tratamiento y que éstos prefieren un control externo, que es el medicamento, a un control interno, la dieta. (pg. 122)
	• Creencias [N-M] Científicas		Con lo anterior se quiere decir que se debe analizar críticamente y de manera particular las conductas, hábitos y costumbres de cada individuo enfermo, obedeciendo a su particular subjetividad, para encontrar la verdadera estructura y dinámica de la enfermedad, solo así, los profesionales de la salud, estarán en el verdadero camino hacia el encuentro de la cura. (pg. 28)
	• Creencias [N-M] Historia		Las acciones que lleve a cabo el psicólogo, también deben dirigirse hacia la comunidad, ya que, las enfermedades crónicas son producto del modo de vida moderno y urbano principalmente, por lo que muchos individuos corren el riesgo de padecerlas, y muchos otros ya las padecen. Se trata de las llamadas plagas modernas en donde la labor comunitaria resulta indispensable. Para llevar a cabo, esta labor, se necesita conocer los hábitos y costumbres particulares de la comunidad que se atiende a fin de detectar los factores de riesgo más importantes y hacia ellos dirigir la atención y la educación de la comunidad. (pg. 32)
			Con el tiempo, las dietas se han individualizado según la edad y actividad a la cual se dediquen las personas, pero lo que comemos y la forma como lo hacemos no solo es producto del estricto control dietético médico, sino también de las costumbres culturales, basadas en creencias, prácticas, normas y prescripciones, algunas de ellas dictadas en torno a lo que se llama, la etiqueta, donde se paso de pequeñas normas en la época feudal como no sonarse con el mantel, escupir y vomitar en las escupideras y los vomitorios, a la época moderna donde escupir y vomitar ya no se toleran en la mesa y se deben comer los diferentes platillos en la vajilla y los cubiertos adecuados a cada uno, ya que el comer no es un acto individual sino comunal, pero según, ese refinamiento en la mesa no es sino una forma de controlar emociones y sentimientos. En la actualidad los motivos ascéticos en la dieta y los modales en la mesa son minimizados, en realidad las dietas y los modales

			a la mesa se justifican ahora en el sentido de conservarse saludable lo cual significa una buena calidad de vida y la obtención de una estética corporal aceptable, con esto, el individuo se abre paso dentro de la sociedad, es decir, si la estética es agradable a la comunidad, el individuo será aceptado en ella; pero, de no cumplir con la dieta adecuada y los modales adecuados, es decir, de no consumir lo que se acostumbra dentro de determinado grupo social y de no comerlo de la misma forma que el grupo, el individuo no podrá ser aceptado en él, con lo que se encontrará aislado. (pg. 136)
	• Creencias [N-M] Sociales		Ya que el ser humano como individuo social, está empapado de ciertas costumbres y creencias populares que impiden o facilitan el proceso de la recuperación o del control de la enfermedad hacia una mejor calidad de vida. (pg. 71) Ésta última aseveración es congruente con lo que menciona acerca de que “ <i>las creencias sobre la salud, constituyen un conjunto de actitudes y valores sobre la misma que se traducen en formas de comportamiento saludables o nocivas</i> ”, éstas creencias y comportamientos son aprendidos socialmente y reflejan la pertenencia de un individuo a su grupo social o cultural, si las propuestas de transformación de estas creencias chocan con los patrones de comportamiento considerados como saludables o deseables por un grupo social, tendrán pocas posibilidades de éxito; tal sería el caso de las propuestas médicas por modificar la dieta de los individuos que padecen diabetes... (pg. 138) Las subjetividades colectivas provienen de la amalgama de subjetividades individuales, a su vez mediadas por dicha colectividad, ya que, el individuo como ser social se ve empapado de creencias y costumbres comunitarias que le son transmitidas en su contacto con otros miembros del grupo, él las recibe, percibe, asimila y reconstruye, recreando la realidad y convirtiéndola en su realidad, para luego a través del discurso y de los actos, comunicarla a otros miembros de su grupo, de manera que se extienda y modifique el conocimiento, según las necesidades del grupo; partiendo de las realidades individuales a una realidad social o colectiva (pg. 190)
	• Creencias Religiosas		Pero las dietas no son solo una parte de la vida religiosa de la sociedad, también forman parte de los regímenes médicos desde la antigüedad. (pg. 135)
	• Creencias [S-S] Brujería		Por su parte, los pacientes, exigen al personal de salud algo más que ser curados y educados en materia de salud física. Por ello tienen tanto éxito los “ <i>sanadores no médicos</i> ” (brujos, shamanes, yerberos, etc.), según los pacientes requieren por parte del médico y de el personal de salud con quien entra en contacto, de “ <i>Solidaridad afectiva</i> ” ... Y los médicos deben por tanto estar capacitados para afrontar estas exigencias ya que de no otorgar la afectividad necesaria para con su paciente, éste buscará alivio y ayuda en quienes no pueden brindarla, los “ <i>sanadores no médicos</i> ” que no poseen la autocrítica médica y que desconocen que no tienen la posibilidad de brindar realmente la ayuda que ofrecen. (pg. 61, 62)
• NO CLASIFICABLE		Nutrición	La nutrición como parte fundamental para el tratamiento del paciente diabético, no debe tomarse a la ligera, es decir no deben llevarse a cabo dietas restrictivas o consumir grandes cantidades de alimentos dañinos sin la supervisión de un experto en la materia como puede ser el médico, el nutriólogo o el educador en DM; éste último profesional puede ser desde un médico hasta un psicólogo, es decir un profesionalista cuyo campo de especialidad sea la educación en DM ... (pg. 116)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO
				39
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	

<p>ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES</p>	<p>- Factores positivos</p>	<p>Relación Médico-Paciente Apoyo Social</p>	<p>Así mismo, afirma que la relación médico-paciente afecta a ambos, pues la enfermedad es un fenómeno, pero normalmente este aspecto no se toma en consideración. Dice que los pacientes con dolencias crónicas como la diabetes, agradecen la empatía y sensibilidad que muestra el médico, mostrándose próximo y participativo de las emociones del enfermo. (pg. 47)</p> <p>Los estudios realizados durante las últimas décadas mantienen la hipótesis de que el apoyo social mantiene efectos benéficos en la salud física y mental de las personas. De igual manera, menciona que los vínculos interpersonales pueden promover la salud, aíslan a las personas del daño cuando se enfrentan con el estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan a los individuos a obedecer y mantener los regímenes de tratamiento. (pg. 78)</p>
<p>CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura 	<p>Cultura</p>	<p>De ésta manera, no es sólo en el ámbito médico donde hay que buscar la respuesta, sino en ese aspecto que los médicos parecen soslayar como lo es la cultura: “un sistema de significados que sirven de guía para la acción, la experiencia y la conducta social” y toda la gama de factores comprendidos dentro de ella como son: ideas, creencias, costumbres, valores, lenguaje, significados, etc. ya que éstos son un determinante, debido a que quien experimenta el padecimiento es una persona que se encuentra inmersa en un círculo de relaciones sociales. (pg. 23)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias [N-M] Sociales 		<p>Así mismo, deja de lado cuán inapropiadas o parciales pueden ser las indicaciones médicas, o el hecho de que los sujetos enfermos llevan a cabo otras acciones, (como ir con el curandero y tomar sus preparados, etc.) cuya eficacia considera de igual o mayor importancia. Esta connotación parcial y restrictiva del cumplimiento excluye, por su parte, numerosas acciones llevadas a cabo por los individuos para enfrentar su enfermedad. Y aun cuando estas sean ignoradas, rechazadas o concebidas por los profesionales de la salud como producto de una falta de conocimientos o como producto de su ignorancia, se trata, al fin de cuentas, de una posición en la cual se desdeña o ignora el conjunto de ideas, prácticas y estrategias realizadas por la población para la atención de la enfermedad (pg. 27)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Religiosas 		<p>La creencia en algo, en este caso, en un Dios puede ser percibido por la persona con diabetes, como un tipo de apoyo emocional, lo que le ayuda a manejar adecuadamente sus emociones y a generar una nueva visión de su vida y por lo tanto, de su padecimiento. (pg. 81)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NO CLASIFICABLE 		<p>Enfermedad y Padecimiento Duelo Diagnóstico</p>	<p>Estas concepciones son: la concepción de enfermedad, es decir, la visión del modelo médico y la concepción de padecimiento, que es la visión de quienes padecen y viven con ella. Estos dos términos, enfermedad y padecimiento, se emplean como sinónimos, pero el manejo de cada uno de ellos implica tener una perspectiva distinta de la diabetes tipo 2 y de sus distintos momentos: forma de comunicar el diagnóstico, el momento de recibirlo, el cómo se vive y se encamina éste, el tratamiento, etc.. (pg. 25)</p> <p>El duelo, del latín dolus, dolor, es la respuesta a una pérdida o separación. Son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida causada por la pérdida de algo; es decir, es la respuesta normal al dolor, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbadora (pg. 30)</p> <p>Así también, menciona que el diagnóstico debiera ser algo más que colocar simplemente un caso en una o más de las casillas edificadas para la ciencia médica, es decir, rotular a una persona con uno o más de los términos de enfermedad. El término diagnóstico traducido literalmente en griego significa “comprensión plena de parte a parte”; en medicina, es la comprensión plena del trastorno de la persona anatómica, fisiológica, somática y psíquicamente.</p> <p>Los seres humanos ven al diagnóstico como algo que los va a destruir, invalidar y conducir a la muerte y el impacto de la experiencia del diagnóstico puede incrementar o atenuar lo que se piensa; como también menciona Brauer las personas ven a la</p>

		enfermedad desde perspectivas diferentes y se enfrentan a ella en momentos distintos. (pg. 44)
--	--	--

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	FOLIO 40
--	---------------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Educación para la Salud Adherencia Terapéutica	Educación para la Salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva (pg. 38) La adherencia puede ser considerada como un complejo proceso de autorregulación que comprende las tres etapas siguientes: 1. Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el facultativo y su puesta en práctica. 2. Seguimiento continuado. 3. Incorporación al estilo de vida de conductas saludables. (pg. 44)
	- Factores negativos	Impacto Emocional	La diabetes es una enfermedad multifactorial, en la cual los impactos emocionales tienen una estrecha relación con el principio de su sintomatología... (pg. 63)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	• Cultura	Cultura	Al respecto el Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez da una explicación por la cual las personas con diabetes no siguen el tratamiento médico. Refiere como un factor determinante la confrontación de dos culturas durante el tratamiento: la cultura médica institucional y la cultura de la persona con diabetes, señala: “Cada cultura realiza ciertos enfoques de lo infinitamente posible y hace que otros resulten imposibles o incomprensibles, esto es, que nos encontramos con un marco cultural diferente, lo que lleva a un desafío por que los médicos solicitan realizar cambios culturales en sus pacientes, pero dichos cambios, son muy radicales para la persona con diabetes por que la forma de explicarse el mundo y por ende la forma de conducirse ante él es completamente antagónica a la propuesta por su interlocutor”. (pg. 45)
• NO CLASIFICABLE		Fenomenología Arqueología Vivencial	La fenomenología y su método nacieron y se desarrollaron para estudiar las realidades cuya naturaleza y estructura peculiar sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interno del sujeto que las vive y experimenta. (pg. 57) AV insiste en la necesidad de incorporar los conocimientos y experiencias psicológicas y sociales de la persona con diabetes, y porque no, de su familia e individuos cercanos retomando la forma como enfrentan la enfermedad, los tratamientos y los síntomas. (pg. 69)

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	FOLIO 41
--	---------------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA	- Factores positivos	Educación en Diabetes	...Es a través de la educación que el paciente es capaz de incorporar el manejo de la diabetes a su vida diaria y de minimizar la dependencia del médico (autosuficiencia). En términos simples, la educación se debe entender como un proceso de enseñanza-aprendizaje que permite adquirir conocimiento para resolver problemas (pg. 60)

TERAPEUTICA EN DIABETES		Emociones	...en el sentido de que la educación del paciente con diabetes mellitus tipo2, debe cambiar hacia una participación activa en la que el paciente sea responsable de su estado de salud, apoyado por el equipo sanitario, no solo en sus necesidades de atención médica sino también educativas (pg. 6)
		Autorresponsabilidad	La literatura médica ha encontrado que las personas que logran una adaptación saludable de sus enfermedades son aquellas que experimentando emociones, son capaces de aceptarlas y utilizarlas sin ver disminuido su funcionamiento intelectual, porque lo más importante de la diabetes mellitus es la actitud del paciente, pues solo necesita conocerse, aceptarse y aprender a utilizar todos sus recursos. (pg. 8)
		Manejo del Estrés Emocional	... Además se le debe informar que el buen control de la diabetes se basa en la integración de un equipo interdisciplinario donde el actor más importante es el paciente (pg. 15)
		Relación Médico-Paciente	... Abandono de hábitos nocivos como el tabaquismo, alcoholismo, así mismo es de suma importancia el manejo adecuado del estrés emocional. (pg. 17)
			La información, la aproximación empática firme, el disipar concepciones erróneas, falsas creencias, malentendidos sobre la enfermedad, su origen o el tratamiento pueden disminuir en gran medida la angustia del paciente y deben considerarse elementos básicos del tratamiento (pg. 29)
			El simple y a la vez complejo acto médico de prescribir un medicamento implica también el desarrollo de una acción psicológica de resultados benéficos o perjudiciales para el enfermo, dependiendo de cómo maneje el médico esta situación. Esta positiva influencia terapéutica se conoce con el nombre de relación médico-paciente, y es una de las bases del éxito en el tratamiento de cualquier enfermedad (pg. 27)
	- Factores negativos	Depresión	Los trastornos depresivos constituyen un grupo de padecimientos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad)... (pg. 22)
		Estrés	El seguimiento de las complicaciones en los pacientes diabéticos ha encontrado la asociación de un síndrome depresivo que se incrementa cada vez más en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas... (pg. 35)
	• Modelo y/o Programa	Psicoterapia de Apoyo	El contenido temático de esta sesión (control del estrés), explica que numerosas investigaciones epidemiológicas relacionan el estrés como un factor de riesgo o agravamiento de hipertensión o diabetes, por lo que se deben identificar aquellas situaciones que pueden provocar elevaciones de la presión arterial o los niveles de glicemia (pg. 62)
		Teoría de la Crisis	... supone (en su nivel mas complejo) una sistematización de una serie de normas (muy ligadas al sentido común) que buscan hacer comprender tanto al paciente como a su familia la naturaleza de la enfermedad y, de esta manera, por un lado, evitar comportamientos o actitudes que entorpezcan la recuperación y, por otro, favorecer al mismo tiempo (según sea posible) que la persona utilice sus propios recursos para acelera la curación. (pg. 33)
	• Creencias [N-M] Sociales		Slaikeu plantea que el estado de crisis esta limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita
			... se ha demostrado que en este tipo de pacientes existen actitudes o creencias y factores psicosociales que a menudo conducen al

			rechazo o abandono de las conductas que requiere el plan personal terapéutico y que por lo tanto la respuesta emocional al diagnóstico y tratamiento debe ser abordada simultáneamente (pg. 66)
--	--	--	---

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	FOLIO 42
--	--------------------

TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Educación	La educación del paciente, junto con la dieta y el ejercicio, es esencial para asegurar la eficacia del tratamiento prescrito, para identificar los signos que exigen buscar atención médica inmediata y para cuidar adecuadamente los pies (pg. 56)
	- Factores negativos	Estrés Hábitos Negativos	Thomas Mc Keown hace un acertado comentario acerca de las enfermedades crónicas degenerativas –enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes, etc.- y las describe justamente con el nombre de “males de la civilización”, ya que están íntimamente vinculadas al estrés, la alimentación rica en grasas y proteínas, el abuso de drogas, la vida sedentaria y la contaminación ambiental, que caracterizan la vida moderna. (pg. 25)
	• Modelo y/o Programa	Teoría de los Cinco Elementos	Mediante la teoría de los cinco elementos se explica principalmente la relación de intergeneración, interdominancia, exceso en dominancia y contra-dominancia entre ellos. La medicina tradicional China usa esta teoría para clasificar diversas categorías los fenómenos naturales, la mayoría de órganos, tejidos y emociones humanas; e interpreta las relaciones entre la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente natural, aplicando a cada una de estas clasificaciones las leyes de intergeneración, interdominancia, exceso de dominancia y contra-dominancia de los cinco elementos; esto constituye la guía de la práctica médica. (pg. 95)
	• Creencias [N-M] Científicas		Así pues, la ciencia moderna está revalorizando unos conocimientos empíricos que los curanderos de todas las culturas y tradiciones han ido transmitiendo de generación en generación. (pg. 30)
	• Creencias [N-M] Historia		En el momento de nuestra concepción además de heredarnos nuestros padres el color de los ojos y del cabello, también nos heredan la predisposición a algunas enfermedades y hábitos, además de una gran carga social y cultural que puede llegar a marcarnos durante toda la vida. En dicha carga se encuentran involucrados nuestros abuelos, sus padres y sus abuelos respectivamente; y así todas las personas que nos antecedieron. Heredamos deseos, secretos familiares, maneras de <i>ser</i> y del <i>deber ser</i> , ideologías, costumbres, gestos, posturas, formas de alimentación, etc. Se vende la idea de ciencia y progreso como una posibilidad de salir del atraso y la insalubridad, y las maneras de curar se instituyen como la verdad de la necesidad; se descalifican o se niegan otras lecturas del cuerpo y sus formas de curar, como la medicina tradicional. (pg. 74) La cultura de la medicina que elimina el dolor se hace una necesidad social al mismo tiempo que el desarrollo de los cosméticos y el cuidado de la figura de hombres y mujeres. (pg. 76)
• Creencias [N-M] Sociales		Desde hace mucho tiempo, la curación ha sido practicada por los curanderos guiados por la sabiduría popular según la cual la enfermedad es un trastorno de toda la persona, que abarca el cuerpo del paciente y también su mente, la imagen que el paciente tiene de sí mismo, su dependencia del entorno físico y social y su relación con el cosmos y con los dioses. De hecho no existe tal división, ya que los curanderos siguen criterios holísticos y una gran variedad de técnicas terapéuticas. Teniendo en común el que nunca se limitan a los fenómenos puramente físicos, como es el caso del modelo biomédico. Por medio de ritos y ceremonias tratan de influir en la mente del paciente, disipando el miedo, que siempre es un componente significativo de la enfermedad y ayudándolos a estimular los poderes de curación naturales que todos los organismos vivientes	

			<p>poseen. Estas ceremonias suelen implicar una intensa relación entre el curandero y el enfermo y a menudo se las interpreta en términos de fuerzas sobrenaturales que se canalizan a través del curandero. Es por ello, que los investigadores biomédicos tienden a rechazar este tipo de prácticas resistiéndose a admitir su efectividad.</p> <p>Al inicio del apartado de <i>familia y sociedad</i> afirmo que la cultura y la sociedad nos han enseñado por generaciones las maneras de ser física y emocionalmente, entre ellas las formas de pensar, de vivir, de sentir y de percibir las cosas del mundo. Claramente en el discurso de las personas entrevistadas se muestra que por medio de la enseñanza y el ejemplo diario de la familia, (primeramente y después por la sociedad y sus medios) se mostraba el <i>deber ser</i>. Cada una se apropió de dichos deberes en su vida cotidiana, formándose y creándose en sus seres diferentes relaciones consigo y con los demás. (pg. 252)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Religiosas 		<p>La Iglesia por su parte, impulsó la moral de <i>administrar las pasiones y deseos del cuerpo</i>, convirtiéndose así en un <i>recinto que guarde los deseos y los pecados</i>. Negando al cuerpo en toda su expresión. No permitiendo escuchar a esos llamados naturales del cuerpo, dando cabida a la cura remedial que sugerían los nuevos médicos. (pg. 74)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Función Moral 		<p>“Dime qué comes y te diré quién eres” la alimentación puede dar información acerca del estado en que se encuentra la persona, de sus emociones, sus enfermedades, su forma de pensar, sus miedos, del lugar donde vive, etc. Por ejemplo, en esta ciudad de México, donde se cree que mientras la comida tenga más sabor es mejor. Ese “más sabor” se refiere al picante, las grasas, los sales, cosas que sabemos nos hacen daño, sin embargo la idea de que sabe bien y por lo tanto es bueno, gana más que el decir que hace daño. (pg. 83)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NO CLASIFICABLE 		Psicosomático	<p>Existe una postura psicossomática en la cual se va a basar esta investigación, la del Dr. Sergio López Ramos, quien se centra en la teoría de los cinco elementos que plantea la medicina tradicional china; sostiene que cada elemento tiene una relación con los órganos del cuerpo. Recurriendo a la acupuntura para comprender más ampliamente el proceso psicossomático. La concepción del cuerpo que maneja la acupuntura está sostenida en la analogía con un microcosmos en armonía que, al ser violentado, produce desequilibrios energéticos en el cuerpo; el desequilibrio puede tener orígenes diversos que van desde los alimentos que se consumen, la forma en cómo se respira, el lugar donde se vive, el tipo de trabajo, las formas de expresar los sentimientos y cómo se vive la sexualidad, entre otras cosas.(pg. 94)</p>

FICHA PARA EL ANÁLISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES SOBRE CREENCIAS DE SALUD-ENFERMEDAD COMO INDICADORES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES				FOLIO 43
TEMA	CATEGORIA	UNIDAD DE REGISTRO	UNIDAD DE CONTEXTO	
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES	- Factores positivos	Apoyo Social	Las personas que participan en actividades sociales y que cuentan con un nivel de apoyo social, tienen mayor probabilidad de practicar conductas de salud ... (pg. 77)	
	- Factores negativos	Hábitos Negativos	Nuestra forma de vivir o nuestro estilo de vida, tiene una relación directa con los aspectos que se refieren a nuestra salud. Conductas como: fumar cigarrillos, tomar alcohol, comer en exceso o consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio físico y conducir de forma imprudente, están estrechamente relacionadas con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad, el corazón, el cáncer y los accidentes automovilísticos (pg. 72)	
		Actitudes Negativas	Cabe señalar, que entre algunas actitudes sociales que limitan los hábitos saludables se encuentran tres en particular: 1) actitud fatalista (“de algo se debe morir”), 2) la actitud que equipara los malos hábitos a la calidad de vida (“más vale vivir poco pero vivir bien”) y 3) la actitud favorable hacia los médicos con la creencia implícita de que es más eficaz que la prevención y pensar que la tecnología y la medicina solucionarán los propios problemas de salud derivados de malos hábitos. (pg. 101)	

			...Por lo tanto, es importante, poder influir sobre las actitudes de la mayoría, en cuanto a costumbres, tradiciones y conceptos erróneos que mantienen las conductas de riesgo de cada individuo (pg. 105)
	<ul style="list-style-type: none"> Modelo y/o Programa 	Modelo de Creencias de Salud	el Modelo de Creencias de salud (MCS) es de los más utilizados para explicar el comportamiento saludable. Fue realizado para identificar porqué las personas no emplean los servicios de salud, como el análisis de laboratorio y las vacunas...Además el Modelo de Creencias en Salud se deriva de la teoría de Lewin de la percepción, la cuál considera importante la lectura subjetiva que las personas hacen del contexto. También, continúa con las teorías del valor esperado, las cuales, plantean que la conducta depende de dos variables: el valor que la persona da, a un determinado objetivo y la estimulación acerca de la probabilidad de que al llevar a cabo determinada acción se consiga el objetivo deseado. De esta forma, la teoría plantea que la conducta de las personas enfermas y las recomendaciones médicas están aunadas al pensamiento lógico con el que se lleva a cabo un análisis de la información de los riesgos, beneficios y consecuencias de determinadas conductas (pg. 115)
CULTURA Y CREENCIAS [Salud-Enfermedad]	<ul style="list-style-type: none"> Cultura 	Cultura	<p>Se afirma, que las variables psicológicas, inciden de manera directa o indirecta en los trastornos o enfermedades. Además, de reconocer que los factores psicosociales influyen determinadamente en el éxito o fracaso de la salud. También, hay un reconocimiento por la necesidad de modificar ciertos patrones de conducta de las personas pese a que son parte de su cultura, todo por bien, de la salud. (pg. 43)</p> <p>Por tanto, los riesgos para la salud de las personas, se originan por la variedad de opciones de consumo y prácticas de vida y por la vulnerabilidad del proceso individual de tomar decisiones para elegir entre aquellas, además, esta muy relacionada con la cultura, en la cuál no existe un concepto eficaz de vida saludable. Además, se encuentran una serie de valores y actitudes, que pueden limitar la capacidad de las personas para llevar a cabo comportamientos saludables, es decir, la cultura puede generar valores incompatibles con algunas conductas de salud, por ejemplo el éxito profesional, la comodidad, el placer o la aceptación grupal. (pg. 100)</p> <p>Tales creencias son determinantes para las conductas de salud y dependen de los sistemas socio-culturales y en cuanto a las conductas de salud, están determinadas por factores sociales. Por ejemplo, el apoyo social que la persona recibe o no, suele tener un efecto importante en el mantenimiento de comportamientos, o la definición de roles sexuales, en una cultura concreta para determinar, que el nivel de ejercicio físico, que hacen los hombres sea muy superior al de las mujeres (pg.103 y 104)</p>
<ul style="list-style-type: none"> NO CLASIFICABLE 		<p>Papel del Psicólogo de la Salud</p> <p>Hábitos Positivos de Salud</p>	<p>Para algunos autores, las cuatro actividades, en las que debe trabajar un psicólogo de la salud son: investigación, enseñanza, asesoramiento a otros profesionales y la provisión de servicios directos a los pacientes. Los lugares donde puede trabajar son: las facultades de medicina, psicología, hospitales y clínicas, organizaciones de mantenimiento de la salud, centros asesores y práctica privada (Adler, Cohen y Stone, 1979 citado en Ballester, 1998). (pg. 46)</p> <p>Analizando los dos párrafos anteriores, podemos mencionar que la genética es importante para el desarrollo de enfermedades, no obstante, si se desarrollan hábitos positivos de salud, se podrían evitar muchas de estas patologías. Para sustentar esto, hacemos mención en los siguientes apartados de diversos autores que fundamentan la relevancia de los hábitos positivos de salud. (pg. 71)</p>

A N E X O

IV

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA FICHA PARA LA CLASIFICACIÓN DE UNIDADES DOCUMENTALES

Tema Adherencia Terapéutica En Diabetes

Categoría: Factores Positivos

Unidad de Registro \ Folio	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	Total		
Autocontrol	*					*			*						*	*			*			*		*	*				*	*														12		
Motivación	*				*			*												*																									4	
Severidad Percibida	*																																												1	
Vulnerabilidad Percibida	*																																												1	
Autoeficacia	*	*			*									*				*	*	*		*									*														9	
Estilo de Vida	*				*		*	*		*	*	*	*					*		*	*	*		*				*	*	*																15
Autocuidado	*				*		*				*	*	*	*	*	*			*	*											*	*													11	
Calidad de Vida	*		*		*	*				*	*					*				*				*					*								*								11	
Autoresponsabilidad	*				*	*									*													*				*			*					*					7	
Apoyo Social	*	*	*	*	*	*	*				*	*			*			*		*					*		*				*		*								*				17	
Relación Médico-Paciente	*			*	*	*	*		*	*	*			*						*	*					*		*										*		*					12	
Educación	*			*	*	*	*	*	*							*			*				*	*	*	*			*		*	*	*						*	*	*				18	
Automanejo		*		*				*												*											*														5	
Bienestar Psicológico		*																																											1	
Empoderamiento			*					*																							*														3	
Afrontamiento			*											*	*					*																									4	
Familia			*								*			*					*																										4	
Locus de Control				*																*										*														3		
Hábitos Higiénicos					*	*	*							*																															4	
Autoestima					*																																								1	
Adherencia Terapéutica							*			*								*				*				*											*		*						7	
Emociones								*	*					*	*					*														*					*						7	
Automonitoreo										*																																			1	
Autoanálisis											*																																		1	
Autorregulación																			*																										1	

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA FICHA PARA LA CLASIFICACIÓN DE UNIDADES DOCUMENTALES

Tema Adherencia Terapéutica En Diabetes

Categoría: Factores Negativos

Unidad de Registro	Folio																																											Total					
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43						
Hábitos Insanos	*					*	*	*		*	*				*												*					*												*	*		12		
Pensamientos Negativos	*																																														1		
Emociones	*	*	*	*		*			*		*				*	*			*				*						*		*			*		*		*		*	*						15		
Estrés	*	*	*	*		*	*				*				*	*			*	*	*	*	*				*	*	*	*	*	*	*	*	*		*		*	*			*	*			24		
Relación Médico –Paciente	*			*	*	*					*				*							*					*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13		
Depresión		*				*											*	*		*										*	*											*				8			
Crisis			*																																											1			
Estilo de Vida							*	*							*							*						*			*				*												7		
Cultura												*														*																					2		
Ansiedad													*							*										*																		3	
Calidad de Vida																		*		*																												2	
Modelo Médico																			*								*					*																3	
Presión Social																					*																												1
Nivel Educativo																							*															*											2
Dificultad de Tratamiento																							*																										1
Familia																													*																				1
Actitud																															*														*				2
Servicios de Salud																																				*	*												2
Economía																																				*													1

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA FICHA PARA LA CLASIFICACIÓN DE UNIDADES DOCUMENTALES

Tema: Cultura Y Creencias

Categorías: Cultura, Creencias Y Funciones

Unidad de Registro	Folio																																											Total					
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43						
Cultura	*	*		*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*									*		*	*	*	*		*		*		*		*	*	*	*	*	*	*					25	
Creencias [N-M] Científicas						*			*																				*		*		*		*		*		*	*				*				9	
Creencias [N-M] Historia				*	*			*												*		*		*		*	*	*	*		*		*		*		*		*	*	*	*			*			18	
Creencias [N-M] Sociales	*			*	*	*	*				*	*	*	*	*	*		*	*			*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		31
Creencias Religiosas																																																9	
Creencias [S-S] Destino												*															*						*	*														4	
Creencias [S-S] Brujería					*	*																																		*							3		
Creencias [S-S] Suerte											*																			*																		2	
Creencias [S-S] Casualidad												*																		*		*																3	
Creencias [S-S] Psicológico						*						*																									*											3	
Creencias Morales																																																0	
Función Emocional							*																										*															2	
Función Cognitivo																																																	0
Función Moral																																														*			1
Función Grupo	*								*			*																					*																4

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA FICHA PARA LA CLASIFICACIÓN DE UNIDADES DOCUMENTALES

Tema Adherencia Terapéutica En Diabetes

Categoría: Enfoques, Esquemas, Intervenciones, Modelos y/o Teorías Sobre la Adherencia Terapéutica

Folio	Unida de Registro	En ¹	Es ²	In ³	Mo ⁴	Te ⁵
01						
02	Modelo de Empoderamiento de Anderson				*	
	Teoría de los Sucesos Vitales de Holmes y Rabe					*
	Modelo Psicosocial de Variables que Explican el Automanejo y Los Resultados de Pacientes con Diabetes Tipo 2 de Gonder-Frederick, Cox y Ritterband				*	
	Teoría Social Cognitiva de Bandura					*
	Modelo Amortiguador				*	
	Modelo del Efecto Directo				*	
03	Intervenciones Psicológicas para Facilitar la Adherencia Terapéutica			*		
04	Teoría de Aprendizaje Social					*
	Teoría de Locus de Control de Rotter					*
	Teoría de Crisis de Moss					*
	Esquema Conceptual de Afrontamiento de Moos, Schaefer y Billings		*			
	Enfoque Humanista	*				
	Enfoque del Aprendizaje Social de Bandura	*				
	Enfoque Cognoscitivo de Langel y Jakubowski	*				
	Modelo de Asertividad				*	
05	Modelo de Aprendizaje Social				*	
	Técnicas Cognitivo-Conductual	*				
	Modelo para la Descripción y Modificación de la Conducta				*	
06	Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen					*
07	Modelo de Patrón de Respuesta de Orientación/Defensa de Sokolov				*	
	Modelo de Disregulación de Schwartz				*	
	Modelo Interactivo de Everly				*	

¹ ENFOQUES ² ESQUEMAS ³ INTERVENCIONES ⁴ MODELOS ⁵ TEORIAS

	Modelo de Emoción y Adaptación ante los estímulos que producen estrés				*	
	Modelo Cognitivo de Estrés				*	
	Modelo Relación Estrés-Enfermedad				*	
	Teoría de la Atribución					
	Teoría de Afrontamiento de Lazarus y Folkman					*
	Teoría del Intercambio Social					*
	Teoría de la Comparación Social					*
	Teoría del Efecto Reductor directo del Apoyo Social					*
	Teoría del Efecto Amortiguador del Apoyo Social					*
08	Modelo de Solución de Problemas				*	
09	Teoría Psicosomática					*
	Teoría de los Cinco Elementos					*
10	Modelo de Solución de Problemas				*	
11						
12						
13	Modelo Fenomenológico				*	
14	Psicogenealogía	*				
	Psicología Transgenealógica	*				
	Teoría de los Cinco Elementos					*
15						
16	Intervención Educativa, Afectiva y Conductual de Schechter y Walker			*		
	Modelos Conductuales				*	
	Modelos de Comunicación				*	
	Teoría de Autoeficacia					*
	Teoría de la Acción Razonada					*
	Modelos de Creencias sobre la Salud				*	
	Educación Diabetológica	*				
	Terapia de Aceptación y Compromiso de Oblitas			*		
17						
18						
19	Modelo de Autoeficacia de Bandura				*	
	Modelo de Creencias de Salud				*	
	Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente				*	

	Teoría de Locus de Control					*
	Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman					*
20	Terapia Cognitiva de Beck			*		
	Teoría Interpersonal de Gerar Kleman y Myma Weismman					*
21	Modelo Cognitivo-Conductual					*
	Modelo Conductual de la Adherencia					*
	Teorías Cognitivas del Aprendizaje					*
	Teoría de la Autoeficacia					*
	Teoria de la Acción Razonada					*
	Modelo de Creencias sobre la Salud					*
	Modelo Ambientalista del Estrés					*
	Modelo del Estrés de Selye					*
	Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman					*
22	Modelo Operante					*
	Modelo Conductual					*
	Modelo Cognitivo-Conductual					*
	Modelo de Creencias de Salud					*
	Teoría de la Acción Razonada					*
23	Enfoque Transpersonal	*				
	Enfoque NeoJungianos	*				
	Enfoque Gestaltico	*				
24						
25	Modelo del Proceso de Estrés del Cuidado de Haley					*
	Modelo Conceptual del proceso y sobrecarga del cuidador en población Pediátrica Parminder					*
26	Método Dialogal de Yontef			*		
	Enfoque Fenomenológico	*				
27	Teoría de los Cinco Elementos					*
28	Modelo Taoísta					*
	Teoría de los Cinco Elementos					*
29	Teoría de los Cinco Elementos					*
30						
31						
32	Teoría sobre Estrés y Afrontamientos					*

	Modelo de Empoderamiento del Paciente				*	
	Modelo Psico-conductual				*	
	Modelo de Ecuaciones Estructurales				*	
	Marco de Trabajo Familiar para las Conductas de Automanejo de la diabetes	*				
	Modelo Multidimensional del Automanejo Conductual de la Diabetes tipo 2 basada en la Participación Social				*	
33	Teoría Trayectoria de Atención de un Paciente Rogler y Carles					*
	Modelo Biologista Lesional de la Enfermedad				*	
	Modelo Biopsiquico y Sociocultural				*	
	Modelo del Padecer				*	
	Modelo Médico				*	
	Modelo Epidemiológico				*	
	Modelo Psicológico				*	
	Modelo Sociológico de Suchman				*	
	Modelo Sociológico de Mechanic				*	
	Modelo Económico				*	
34	Enfoque Fenomenológico	*				
35	Teoría de los Cinco Elementos					*
36	Teoría de los Cinco Elementos					*
37						
38						
39	Enfoque Fenomenológico	*				
	Teoría Fundamentada					*
40	Enfoque Fenomenológico	*				
41	Psicoterapia de Apoyo			*		
	Teoría de las Crisis					*
42	Teoría de los Cinco Elementos					*
43	Modelo de Creencias de Salud				*	
		En²	Es²	In³	Mo⁴	Te⁵
TOTAL		12	1	6	42	20

¹ ENFOQUES ² ESQUEMAS ³ INTERVENCIONES ⁴ MODELOS ⁵ TEORIAS

**RESULTADO DEL ANALISIS DE UNIDADES DOCUMENTALES
SOBRE PROPUESTAS DE PROGRAMAS Y/O INTERVENCIONES DIRIGIDAS HACIA LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Folio	Págs.	PROPUESTA	OBJETIVO(S) DE LA INVESTIGACIÓN
01	77		Recorrido Teórico sobre el papel protagónico que tiene la familia en el desarrollo y la conformación de la configuración personal de cada individuo, en aspectos de suma importancia para su desenvolvimiento en el futuro que determina su estilo de vida, tales como la salud, los cuidados preventivos, y en el caso de la enfermedad, las formas de reacción y enfrentamientos ante esta. Además atribuye un sentido especial al aspecto preventivo de la enfermedad donde el paciente debe asumir un papel más activo en su cuidado personal ante el objeto de retardar la aparición de enfermedades o en el mejor de los casos, evitar.
02	198	“Intervención Cognitivo-Conductual Grupal Para Pacientes Con Diabetes Tipo 2”	1) Construir y adaptar instrumentos, confiables y válidos en nuestra cultura, que evalúen factores psicosociales relevantes con medidas específicas para pacientes con diabetes tipo 2; 2) Llevar a cabo un diagnóstico para determinar los niveles de estas variables en los pacientes con diabetes de nuestro país, y a partir de estos resultados 3) Desarrollar y evaluar una intervención cognitivo conductual que incorpore a los miembros de la familia con el objetivo de modificar algunas de sus conductas de apoyo y percepciones con respecto al mismo y comparar su efectividad con otra intervención que solo trabaje con el paciente con diabetes tipo 2, para modificar los niveles de autoeficacia, síntomas depresivos, bienestar psicológico, malestar emocional y control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2.
03	63	“Manual De Intervención En Crisis Dirigido A Psicólogos Profesionales De La Salud Mental Para Trabajar Con Pacientes Diabéticos”	Ofrecer un manual como guía sobre la intervención en crisis con pacientes diabéticos, con el fin de minimizar los posibles efectos emocionales que conlleva este padecimiento.
04	217		Pretende detectar la proporción de mujeres que presentan descontrol glucémico y evaluar un conjunto de características psicológicas que han sido caracterizadas como factores de riesgo tales como el estilo de afrontamiento, el locus de control, la asertividad y el malestar psicológico para determinar su influencia en el descontrol glucémico de la paciente con diabetes gestacional.
05	134	“ Intervención Taller Psicoeducativo”	Sensibilizar al adolescente con diabetes tipo 1 para que se adhiera al tratamiento y por medio del control glucémico evite complicaciones y logre una calidad de vida y sus familiares
06	301		Conocer las actitudes hacia la Diabetes tipo II en familiares de los pacientes, así como las actitudes de los mismos pacientes, esto mediante el diseño de una escala válida y confiable para su evaluación. Además de persuadir a pacientes diabéticos y familiares mediante una plática informativa, done el tema principal fue aclarar los mitos que existen de esta enfermedad.
07	64	“Propuesta De Directrices Para Articular Grupos De Apoyo Para Diabéticos Que Se Reúnan Por Lo Menos Una Vez Por Semana, Con La Asistencia De Profesionales De La Salud”	Describir en qué consisten los diferentes recursos de afrontamiento y las funciones que tiene el apoyo social para el adecuado manejo del estrés en el enfermo diabético.
08	90		Estudio cuasi-experimental pretes-postes y se midió: el peso, la talla, IMC, los estilos de solución de problemas, la preferencia de alimentos, la actividad física y los factores de riesgo de la diabetes. Se utilizó la prueba de signos para observar diferencias. Aumentó significativamente la actividad física, pero no hubo cambios en la alimentación y el IMC.
09	94		Identificar como se construye la Diabetes Mellitus tipo II y hacer una aproximación psicosomática del origen de dicho padecimiento.
10	91		Se diseñó y aplicó un programa conductual para la prevención de la diabetes Mellitus tipo 2 en niños que incluyó estrategias para

		“Programa De Intervención Conductual Enfocada En Utilizar La Estrategia De Solución De Problemas Para La Toma De Decisiones Saludables En Aspectos De Alimentación Y Actividad Física”	reducir el sedentarismo y la alimentación inadecuada a través de la solución de problemas. El estudio mostró datos que contrastan con las cifras reportadas por otros autores, nuestro porcentaje de sobrepeso y obesidad es mayor al encontrado por Rodríguez, Treviño, Cantú, Sandoval. Es necesario que tanto la escuela como los padres de familia presten más atención y motiven a los niños a que realicen más actividades físicas.
11	193	“Taller Para El Diabético”	Fue analizar las experiencias sexuales de hombres y mujeres que padecen DM2 empleando metodología cualitativa. Se encontró que las experiencias para afrontar la DM2, parten de la relación del cuerpo de cada persona, las actividades diarias y su desempeño para llamar un cuerpo sano o enfermo, como los aprendizajes de salud e higiene que ejercen en su cuerpo al ser hombre o mujer. Además se pueden apreciar las experiencias atribuidos al género, los cuales parten desde lo biológico, lo cultural y social; la influencia que los padres ejercen en los individuos, las ideas que pueden tener del machismo y del feminismo, las experiencias acerca de la sexualidad influyendo en la formación de su identidad.
12	145		Describir los cambios en la dinámica familiar al recibir un diagnóstico de diabetes en una comunidad afrodescendiente y en segundo lugar dar a conocer los motivos por los que una persona de dicha población se contrapone al tratamiento médico, proporcionando de esta manera información sobre su cultura, es decir, la forma de pensar, sentir y actuar, los cuales fueron tomados en cuenta para profundizar en la parte familiar.
13	194	“Propuesta de Terapia Psicológica de la Obesidad”	Identificar los factores culturales que se contraponían al tratamiento médico para el control de la obesidad y diseñar e instrumentar un plan terapéutico basado en los factores culturales identificados para el control de la obesidad
14	195		Conocer que procesos emocionales y transgeneracionales se involucran en la construcción de la Diabetes. En los participantes de la investigación es recurrente emociones como la melancolía, el desamor, angustia, coraje, preocupación, ansiedad, todas ellas emociones que reflejan unas condiciones de vida, y una historia de vida de sufrimiento de carencias emocionales. Dentro de las narraciones se pudo escuchar que el estilo de crianza que sus padres utilizaron fue rígido y/o violento, lo anterior, por un aprendizaje propio de la época y por angustia que generaba vivir en la ciudad con una política económica deficiente. Por lo que el cuerpo es el depositario de una cultura y de un aprendizaje, de un estilo de vida y de un estilo de enfermar repetitivo. Los conflictos y carencias que los participantes vivieron desde la infancia permitieron que ahora se encuentre en un estado degenerativo.
15	178		Analizar aquellos elementos que dan cuenta de mi formación como psicóloga dentro de la realización del servicio social prestado como terapeuta en un escuela secundaria pública, atendiendo un caso de diabetes juvenil.
16	76		Identificar los rasgos del temperamento que favorecen la adherencia en el tratamiento o no en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
17	127		Revisar las investigaciones científicas publicadas en los últimos diez años, que involucran adultos de edad media diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, en las que se evaluaron procesos de memoria en estos pacientes.
18	125		Evaluación psicológica para personas con diabetes mellitus para identificar la etapa de evolución de la enfermedad y las repercusiones que tiene ésta para el sujeto tanto a nivel individual, familiar y social.
19	95	“Propuesta De Intervención Psicológica Para La Adherencia Terapéutica En Un Grupo De Pacientes Y Familiares Con Diabetes Mellitus Tipo 2”	Desarrollar en los pacientes diagnosticados y familiares diferentes estrategias de concientización y sensibilización para adquirir conocimientos y habilidades necesarias en la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo 2.
20	290	“Propuesta De Curso De Capacitación A Médicos Familiares”	Crear un curso a médicos generales y familiares, quienes trabajen en Centros de Salud a fin de que adquieran los conocimientos y las habilidades para evaluar psicológicamente a los pacientes que tengan algún diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, adquiriendo los conocimientos necesarios para poder aplicar la MINI entrevista neuropsiquiátrica.

21	126		Presentar las diversas actividades, dentro de las que están el diseño y desarrollo de talleres y la intervención psicológica, realizadas dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa, ubicada en la Delegación Cuajimalpa de Morelos, en donde trabajé como psicóloga en el área de la salud, y dichas actividades fueron encaminadas a dotar a las personas con diabetes mellitus de los conocimientos necesarios sobre dicha enfermedad, causas, consecuencias, tratamiento (enfocada en el no farmacológico), cuidados y posibilidades de controlar la enfermedad. Los aspectos psicológicos y psicosociales que están involucrados. Integrando una red de soporte social, a través de un grupo de autoayuda denominado “Di@béticos en @cción”.
22	140		Analizar el modelo Conductual y modelo Cognitivo-Conductual que se emplean sobre la adherencia al tratamiento en diabéticos tipo II, con el propósito de identificar cuál es el modelo más propicio.
23	214		Se indago a través de un estudio de caso, un tratamiento apoyado en el enfoque transpersonal (tomando en cuenta la corriente neo-junguiana y la neo-gestáltica). Por medio el cuál se trabajo con el pasado del paciente a través de su historia clínica y de lo que se trabajaba en sus sesiones terapéutica, a su vez haciendo síntesis con su presente en todo lo que su vida implica, haciendo los cambios necesarios en su vida para lograr una trascendencia en sí mismo, modificando así su vida futura.
24	79		Comparar y relacionar la carga percibida y la calidad de vida en dos grupos de cuidadores primarios informales, uno de niños con diabetes tipo 1 y otro de niños sanos.
25	67		Identificar la relación entre el estrés y la salud percibida en dos grupos de cuidadores primarios informales, uno de niños con diabetes mellitus tipo 1 y otro de cuidadores de niños clínicamente sanos
26	152	“Programa Para Comunicar El Diagnóstico De Diabetes Tipo 2”	Capacitar al médico en la aplicación de los elementos orientadores para transmitir malas noticias y el método dialogal para manejar estados emocionales, cuando se transmita un diagnóstico positivo de diabetes, o para preparar a la persona para recibir un posible diagnóstico de diabetes.
27	217		Analizar cómo se ha construido el padecimiento de diabetes en personas adultas a partir de su historia de vida.
28	265		Conocer si la configuración social de la realidad condiciona la experimentación de las emociones al grado de repercutir en la salud de un individuo de tal modo que precipite la construcción de un padecimiento crónico-degenerativo, específicamente la DM con la instauración de uno o más estados anímicos de manera permanente.
29	177		Apoyada por el enfoque teórico conocido comúnmente como “Método de la historia de vida” que como su nombre lo dice, trata de recabar los más datos posibles sobre la historia personal del individuo. Encontrándose que la mayor parte de los entrevistados, presentan uno o varios de los factores ya mencionados como frecuentes para que se manifieste la diabetes. Por lo que se concluye, que este padecimiento es construido a lo largo de la vida considerando la predisposición genética, el ambiente psicosocial, y el manejo de las emociones, siendo estas, una pieza clave en la formación no solo de la diabetes, sino de cualquier padecimiento que aqueje a los humanos, a los que afortunadamente cada vez más se les empieza a ver como seres integrales, completos, dejando de lado la concepción que se tenía, la concepción del Homo-Duplex.
30	168	“Propuesta De Un Instrumento De Evaluación Para Medir Estilo Y Calidad De Vida En Adolescentes Y Adultos Jóvenes Con Diabetes Mellitus”	Proponer el diseño de un instrumento que evalúa ambas variables (CV y EV) sobre todo en adolescentes y jóvenes adultos, ya que las estadísticas sobre DM muestran que ésta, se presenta a edades cada vez más tempranas. Para su construcción se analizaron instrumentos ya diseñados y aplicados a población mexicana como es el caso de los cuestionarios DQOL y Diabetes 39 que evalúan CV, mientras que para EV los cuestionarios FANTASTIC e IMEVID. Además, se hizo una revisión de la literatura especializada con el fin de determinar aquellos dominios representativos e importantes que intervienen en los dos constructos pero que no se consideraron en los instrumentos antes mencionados.
31	79	“Propuesta De Intervención Psicológica Dirigida A Pacientes Adultos Jóvenes Con Enfermedades Crónico-	Otorgar al adulto joven que padece una enfermedad crónico degenerativa, un modelo de intervención psicológica, que acompañe su tratamiento médico, y que cubra sus demandas biopsicosociales

		Degenerativas”	
32	236	“Propuesta De Un Modelo Multidimensional Del Automanejo Conductual De La Diabetes Tipo 2”	Identificar los factores familiares que intervienen en el automanejo conductual de la diabetes tipo 2 y en el logro de las metas del control diabético en población mexicana, así como evaluar su relación con otros tres grupos de variables: características personales, manejo del estrés y relación médico-paciente, que también intervienen en el manejo conductual.
33	157		Conocer las estrategias instrumentadas por un grupo de personas con diabetes, para hacer frente a su padecimiento. Asimismo, se estudió el significado de la diabetes, para hacer frente a su padecimiento.
34	161		Conocer si las mujeres de la congregación Mata Clara y el ejido El Manantial, pertenecientes al Municipio de Cuitlahuac Veracruz: presentan comportamientos que se contraponen al tratamiento médico de la diabetes tipo 2, en caso de existir éstos, conocer cuáles son los patrones culturales que los configuran.
35	300		Presentar el resultado de una exhaustiva revisión y análisis de diversos casos, afín de llegar a la propuesta final de que la diabetes puede controlarse efectivamente –e incluso detener su evolución mediante un trabajo corporal y mental (control de las emociones). Asimismo, con base a la aplicación de la Teoría de los Cinco Elementos, se busca brindar una perspectiva diferente, con métodos alternativos para el tratamiento de dicho padecimiento.
36	155		Identificar y analizar los factores que intervienen en el proceso de construcción de la Diabetes mellitus en la familia, en donde a través de la revisión de su historia de vida se establecen relaciones. Al final se hace un análisis en el que se aproxima al proceso psicosomático de su padecimiento.
37	113		Por medio de la descripción de las creencias, actitudes y hábitos de la población estudiada se establece una relación con la prevención de enfermedades, tomando en cuenta a las crónicas, para implementar el fomento y mantenimiento de la salud. De acuerdo a nuestros datos se establece que la población estudiada cuenta con conocimientos relevantes sobre la salud y la conservación de la misma, pero esto no modifica en gran medida las creencias y por ende las actitudes y hábitos que llevan a cabo. Los cuales no corresponden con el supuesto conocimiento que se tienen sobre los riesgos, por ejemplo, el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco, lo cual es más notorio en el caso de los hombres de nuestra muestra.
38	246		Analizar desde el punto de vista de la psicología social de la salud, cuales son las causas subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2. Efectivamente, los pacientes que padecen DM2, no cumplen con su dieta Terapéutica por cuestiones de tipo económico, social, y psicológico. Predominando las cuestiones subjetivas como causa del incumplimiento. Si el paciente recibe atención individual basada en las subjetividades colectivas e individuales, éste tiene mayores probabilidades de cumplir con su dieta terapéutica, con lo que se disminuirán notablemente los costos del control de la enfermedad.
39	101		Conocer el impacto producido por el diagnóstico de diabetes tipo 2 en los pensamientos, sentimientos y emociones en las personas, así como la manera en que han vivido su padecimiento desde el diagnóstico hasta el día de la entrevista y cómo se refleja lo anterior en la manera de vivir el proceso de duelo.
40	157	“Programa Arqueología Vivencial”	Es un programa que a través de la técnica de ejercicios vivenciales pretende, que las personas con diabetes logren identificar, descubrir, desarrollar y sistematizar las estrategias benéficas para el control y tratamiento de la diabetes. Esta investigación se realizó en la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, ubicada en Cd. Nezahualcoyotl. Participaron un total de 7 personas, que pasaron por el subprograma Diabetes una oportunidad a la vida y por todos los subprogramas anteriores a este, que forman parte del mega programa de atención del DUPAM.
41	101	“Propuesta Para Grupo De Ayuda”	Propuesta de intervención psicológica que rompe con el esquema tradicional de educación y capacitación técnico médica para el control de la enfermedad de este tipo de pacientes. Se trata de una propuesta con una metodología de mucha actividad e intensidad de principio a fin, donde predominará el análisis, reflexión y sensibilización de los participantes a través de la

			dinámica de grupo.
42	292		Realizar una aproximación a la construcción de la diabetes mellitus en el cuerpo, es decir conocer la manera cómo la enfermedad se instauró en el cuerpo, determinando las emociones y órganos dominantes, las relaciones afectivo-emocionales, el tipo de alimentación y todo aquello que dio origen a la enfermedad en cada una de las personas entrevistadas que la padecen.
43	332		Describir y analizar los hábitos positivos de salud, de la población que vive en la zona metropolitana, determinando si existe correlación significativa entre el género, creencias y cada hábito positivo de salud. Además, de analizar la influencia, aportaciones y críticas de la psicología de la salud, en el proceso salud-enfermedad. Los resultados, refirieron que la gente no posee hábitos positivos de salud. En la correlación género y hábitos, se encontraron algunas diferencias significativas; en hábitos saludables y creencias, se analizó, que éstas son influyentes pero no determinantes para la ejecución de los hábitos.

