



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**EMOCIONES, AFRONTAMIENTO E INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA EN
EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
JOCELYN MITZI CHÁVEZ GUERRERO
ADRIANA CHÁVEZ RUÍZ**

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: Dr. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

COMITÉ: Dra. ANA MARÍA ROSADO CASTILLO

Dr. ALEJANDRO ZARCO VILLAVICENCIO

Mtro. PEDRO VARGAS AVALOS

Lic. CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE

MÉXICO, CD. MÉX.

JUNIO 2016



**FES
ZARAGOZA**



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.

DEDICATORIAS

Dedicada a las participantes del proyecto por compartir su experiencia y mostrarnos una nueva perspectiva de la diabetes.

Dedicada también a nuestras familias y amigos por su cariño y confianza.

Adriana y Jocelyn

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México que nos abrió las puertas y dio la bienvenida a un mundo lleno de soñadores y luchadores sociales, es un orgullo formar parte de ella. Las experiencias, oportunidades y conocimiento que nos ha brindado son incomparables.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en especial a la carrera de psicología por ayudarnos a encontrar una maravillosa vocación. A nuestros profesores por la sabiduría y herramientas transmitidas durante nuestro desarrollo profesional.

A nuestro tutor, asesores y jurado de la presente tesis nuestro más sincero agradecimiento por compartir sus conocimientos y experiencia; por su esfuerzo, tiempo y dedicación en un marco de confianza y afecto fundamentales para la conclusión de este proyecto. A las participantes del proyecto sin quienes no hubiera sido posible, gracias por su tiempo, compromiso, compartirnos sus experiencias con la intención de ayudar a otras personas, otorgarnos una visión más comprensiva del padecer diabetes y permitimos plasmar parte de su vida en este proyecto.

Infinitas gracias a nuestras familias, por su amor, trabajo, esfuerzo y apoyo por los que hoy hemos llegado hasta aquí y nos han convertido en quienes somos.

A las personas que nos han mostrado su cariño, amistad, apoyo, consejos, confianza y motivación brindados a lo largo de nuestra vida. Algunos siguen aquí, otros permanecen en nuestros recuerdos y corazón. Sin importar donde estén queremos darles las infinitas gracias por todo lo brindado.

Índice

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1. CONOCIENDO SOBRE DIABETES MELLITUS	11
1.1 Epidemiología de la diabetes mellitus.....	11
1.2 Paciente: una nueva percepción de la persona con una enfermedad crónica.....	18
1.3 Definición y clasificación de la diabetes mellitus.....	23
1.3.1 Diabetes mellitus tipo 1	26
1.3.2 Diabetes mellitus tipo 2.....	27
1.3.3 Diabetes gestacional	29
1.4 Síntomas y complicaciones de la diabetes mellitus	30
1.5 Factores de riesgo en el desarrollo de la diabetes mellitus.....	33
1.6 Criterios de detección y diagnóstico de la diabetes mellitus	36
1.7 Tratamiento implementado para el control de la diabetes mellitus tipo 2.....	39
1.7.1 Tratamiento no farmacológico.....	44
1.7.1.1 Dieta: la piedra angular del tratamiento	44
1.7.1.2 Ejercicio físico.....	49
1.7.1.3 Educación terapéutica	51
Capítulo 2. EMOCIONES Y DIABETES MELLITUS	57
2.1 ¿Qué son las emociones?	57
2.2 Clasificación de emociones	62
2.2.1 EMOCIONES BÁSICAS I (miedo, alegría y sorpresa)	62
2.2.2 EMOCIONES BÁSICAS II (ira, tristeza y asco).....	64
2.2.3 EMOCIONES SOCIALES I (culpa, vergüenza y orgullo)	67
2.2.4 EMOCIONES SOCIALES II (enamoramiento, celos, envidia y empatía)	68
2.3 Sentimientos y emociones.....	71
2.3.1 Diferencia entre emoción y sentimiento	74

2.4 Impacto o respuesta emocional al diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus	77
2.5 Efectos emocionales en la diabetes mellitus	87
Capítulo 3. LA FAMILIA Y EL PADECER DIABETES	95
3.1 Definición y función de la familia	95
3.2 Impacto psicosocial de la diabetes mellitus	101
3.3 Familia y salud	109
3.4 Integración de la familia al tratamiento del padeciente de diabetes mellitus	114
PROPÓSITO.....	122
OBJETIVOS	122
MÉTODO	123
Tipo de estudio.....	123
Escenario	124
Participantes	124
Procedimiento	124
Resultados	127
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	142
REFERENCIAS	147
ANEXOS.....	158
ANEXO 1 CATEGORÍAS.....	158
ANEXO 2 PREGUNTAS GUÍA	159
ANEXO 3 FOTOGRAFÍAS	160

RESUMEN

El aumento en incidencia y prevalencia de diabetes constituye un desafío económico, político y social, con implicaciones individuales y colectivas que hace reflexionar sobre impactos psicológicos y sociales que puede generar (Ledón, 2012). La investigación tiene como objetivo principal explicar el papel de la familia para coadyuvar a un familiar en el control de su padecimiento. Para desarrollarlo se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, considerándolo el adecuado para conocer parte de la vida de los participantes y su mundo (Martínez, 2006; Taylor y Bogdan, 1987). Se entrevistó a 2 padecientes de diabetes tipo 2 con control de la enfermedad que acuden al proyecto Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria (DUPAM), las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista a profundidad y observación participante, como elemento central de análisis se tuvo la narración sobre su experiencia de padecer diabetes. Se indagó sobre qué es diabetes, tipos, complicaciones y tratamiento, qué son las emociones, la familia, su función y relación con la enfermedad. Se encontró en las participantes que padecer diabetes no les generó un conflicto emocional, las actitudes y conductas fueron determinantes para el control del padecimiento y los patrones culturales de apoyo que debería tener la familia no siempre son funcionales.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que sigue aumentando de manera alarmante en los últimos años, según la OMS (2014), el tipo 2 representa aproximadamente un 90% de los casos mundiales de diabetes y los casos en niños, que antes eran raros, han aumentado en todo el mundo. Por otro lado la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en México reporta que la diabetes ocupa el primer lugar en número de defunciones por año.

La diabetes mellitus tipo 2 a diferencia de la tipo 1 se puede prevenir o retrasar mediante una dieta saludable, actividad física regular y el mantenimiento de un peso corporal normal, los cuales son importantes a considerar dentro de las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Por otra parte, se requiere de un alto esfuerzo físico, psicológico y emocional pues las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de reajuste que puede generar reacciones y emociones tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida y por consecuencia falta de adherencia al tratamiento (Rivas y cols., 2011).

Además, establece un alto impacto económico y social, que conlleva la disminución en la calidad de vida de las personas que la padecen y de su familia, quienes son la primera red de apoyo social del individuo, si alguno de sus miembros tiene problemas

estos repercuten e influyen en los demás integrantes ya que si un integrante de la familia se enferma, lo que sucederá es que la enfermedad de su familiar va a influir en su desarrollo, relaciones y por lo tanto en su estilo de vida (Medina, Rugerio, Flores y Martínez, 2009).

Entonces si el tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 requiere un cambio en el estilo de vida, lo que puede provocar en las personas efectos emocionales que pueden alterar y disminuir la adherencia al tratamiento y por lo tanto afectar el control de la diabetes (Pineda y cols., 2004; Martín, Querol, Larsson, Renovell y Leal, 2007; Rivas y cols., 2011; Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez, 2011), se requiere tomar en cuenta la integración de la familia al tratamiento como primera red de apoyo, para contrarrestar estos efectos emocionales y favorecer a un mejor control de la enfermedad (Amador, Márquez y Sabido, 2007). Sin embargo, pocas son las investigaciones que nos hablan sobre qué debe hacer el padeciente o cómo puede ayudar la familia para lograr el control de la diabetes.

Por lo anterior la investigación tiene como objetivo conocer las emociones que experimenta el padeciente, así como los efectos de éstas ante la enfermedad, identificar patrones de conducta de los padecientes para afrontar y fortalecer el control de la diabetes y explicar el papel de la familia para coadyuvar a un familiar en el control de su padecimiento. Conocerlo podría proporcionar una visión más comprensiva, integral y válida de cómo perciben y sienten la enfermedad, una persona que padece diabetes y su familia, además de evidencia empírica que coadyuve al avance de estas líneas de investigación, para lograr una valoración más precisa de los posibles

beneficios y riesgos derivados de la forma en que se da la atención médica y psicológica.

Comprender lo que sucede alrededor del padecimiento no sólo ayudará a lograr un mejor control del mismo, sino que logrará prevenir su aparición en el resto de la familia.

Para desarrollar dichos objetivos el presente trabajo se dividió en tres apartados: el primero lleva por título “Conociendo sobre diabetes mellitus” donde se aborda la visión paciente/padeciente, la definición de diabetes, su clasificación, síntomas y complicaciones, así como los factores de riesgo, diagnóstico y el tratamiento para controlarla. Se habla también de educación terapéutica y de manera general la prevención de la enfermedad. En el segundo apartado “Emociones y diabetes mellitus”, se revisó qué son las emociones, su clasificación, la diferencia entre emociones y sentimientos, impacto emocional al diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Finalmente, en el apartado “La familia y el padecer diabetes” se menciona la definición y función de la familia, el impacto psicosocial de la diabetes, la relación entre familia y salud, y la integración de la familia en el tratamiento del padecimiento.

Se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico. Se entrevistó a 2 padecientes de diabetes mellitus tipo 2 con buen control de la enfermedad y que acuden al DUPAM, las técnicas de recolección de datos usadas fueron la entrevista a profundidad y la observación participante donde se tuvo como elemento central de análisis la narración que realizaron las participantes sobre su experiencia del padecer diabetes.

En cuanto a los resultados sobresalieron tres categorías principales: impacto del diagnóstico médico donde se incluye el impacto emocional y el contexto del diagnóstico; manejo del padecimiento donde se aborda la percepción que tienen de la diabetes, el significado de comida y las conductas óptimas que han tenido las participantes y les han ayudado al control de su glucemia; finalmente, el apoyo familiar en el tratamiento donde se contemplan los patrones culturales de apoyo y sus formas poco convencionales.

Con base en el análisis e interpretación de los resultados se logró concluir:

1.- El diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes puede presentar efectos emocionales considerados negativos para el control de la misma. Pero los efectos dependerán de las características, actitudes y conductas de los padecientes.

2.- Aunque el apoyo familiar es importante para mantener el control del padecimiento, los patrones culturales de apoyo que adoptan algunas familias no siempre son los adecuados, por lo que es necesario profundizar en este aspecto.

3.- Con esta investigación se contribuye a la búsqueda de una atención integral a los padecientes no sólo de diabetes mellitus sino de otras enfermedades crónicas.

Capítulo 1. CONOCIENDO SOBRE DIABETES MELLITUS

1.1 Epidemiología de la diabetes mellitus

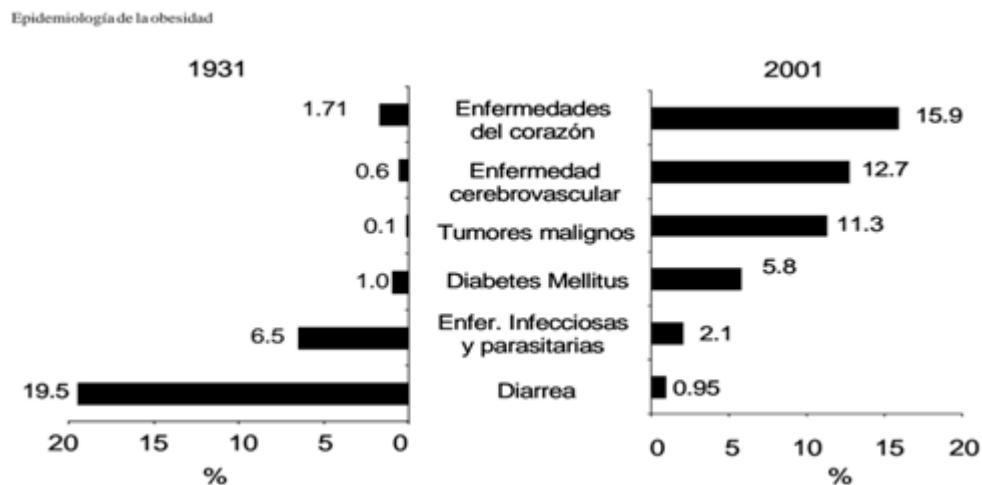
Islas y Lifshitz (1999), definen la epidemiología como la ciencia que estudia la ocurrencia y distribución de las enfermedades, como tal, permite conocer la magnitud de una enfermedad a la vez que identificar y establecer mecanismos que permitan modificar la historia natural de aquél. Para establecer la magnitud de una enfermedad se cuenta con las tres medidas de ocurrencia principales: la tasa de incidencia, la tasa de incidencia acumulada y la tasa de prevalencia. Las dos primeras medidas evalúan la incidencia de una enfermedad, es decir, la transición de un individuo o de una población de un estado de salud a un estado de enfermedad. La tasa de incidencia mide la velocidad con la que se transita y al igual que toda velocidad tiene como dimensión el tiempo. La incidencia acumulada mide el riesgo de cambiar de estado de salud a enfermedad. Por último la prevalencia es una medida instantánea que evalúa la proporción de individuos enfermos en una población. Por definición incluye tanto los casos viejos (prevalentes) como a los casos nuevos (incidentes), y como proporción es adimensional, por lo que siempre es necesario especificar el momento y lugar en que se determina.

La Organización Mundial de la Salud anunció en el 2003 que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad. En México más del 50% de la población de adultos y casi

un tercio de los niños y niñas tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32,671 millones sin contar a los niños. El hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad, así como al desarrollo de múltiples padecimientos especialmente enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, cáncer y apoplejía que hoy por hoy son las principales causas de muerte en el país (Citado en Sánchez, Pichardo y López, 2004).

México se encuentra en transiciones epidemiológicas y demográficas caracterizadas, entre otras, el incremento de las enfermedades crónicas como causas de morbi-mortalidad y el envejecimiento de la población. Para 1950, las principales causas de muerte eran las enfermedades agudas, para 2009, las principales causas de mortalidad las encabezaron enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (Cardoso, Zarco, Aburto y Rodríguez, 2014).

Cuadro 1. La transición enfermedad-nutrición en México (Tomado de Sánchez y cols., 2004).



Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han provocado además de la epidemia de obesidad en México un gran incremento en la incidencia de diabetes tipo 2. Ya que el 80% de los casos de diabetes tipo 2 están relacionados al sobrepeso y obesidad en particular la obesidad abdominal (Sánchez y cols., 2004; Olaiz, Rojas, Aguilar, Rauda y Villalpando, 2007). La diabetes es una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y un fenómeno epidemiológico cada vez más recurrente en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializadas (López y Ávalos, 2013).

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID) se estima que tienen diabetes aproximadamente 382 millones de personas en el mundo, o el 8,3% de los adultos. Cerca del 80% vive en países de ingresos medios y bajos. Si siguen estas tendencias, para el año 2035 unos 592 millones de personas, o un adulto de cada 10, tendrán diabetes. Esto equivale a aproximadamente tres casos nuevos cada 10 segundos, es decir, casi 10 millones por año. Los incrementos más importantes tendrán lugar en las regiones donde son predominantes las economías en desarrollo. A nivel mundial unos 175 millones de personas, o cerca de la mitad de todas las personas con diabetes, no son conscientes de ello. La mayoría de estos casos son de diabetes tipo 2 (Atlas de la Diabetes de la FID, 2013; OMS, 2014).

Esta enfermedad se ha convertido en una epidemia mundial debido a los altos índices de muertes y la creciente demanda de servicios que se han registrado en los últimos 10 años (Arredondo y De Icaza, 2011). Al respecto, Figueroa (2003) menciona

que la diabetes mellitus se ha definido como una auténtica pandemia del siglo XXI ya que se espera que su incidencia y prevalencia aumenten de forma exponencial.

En México, el número de personas diagnosticadas con diabetes también ha ido incrementando de manera alarmante. Anualmente se registran 210 mil personas con diabetes y fallecen cerca de 36 mil (Medina y cols., 2009). El país ocupa actualmente el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes, sin embargo, las proyecciones de los especialistas internacionales refieren que para el año 2025 habrá 12 millones de habitantes con diabetes, lo que colocará al país en el sexto o séptimo lugar (Rodríguez y García, 2011).

El problema ha crecido de tal forma que la cantidad de muertes ha colocado, actualmente, a la diabetes como la primer causa de mortalidad en el país (Consejo Nacional de Población, 2012). La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, coincide al reportar en México, que la diabetes mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres, las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales.

La diabetes tiene una repercusión directa en la calidad de vida de los pacientes ya que es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, los cuales se expresan en formas tan diferentes como la ceguera, el daño renal o las amputaciones de miembros. Al ser sus

complicaciones agudas y crónicas provocan una gran hospitalización de los pacientes (Vázquez, Gómez y Fernández, 2006 citado en Rodríguez y García, 2011).

Del total de personas con diagnóstico de diabetes, únicamente 85.75% atiende esta condición de salud. De ellos, la mayoría acude al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS- 39.00%), en segundo lugar a instituciones financiadas por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS- 28.27%), seguido del sector privado (21.33%) y otras instituciones de seguridad social (11.40%). Los que no se atienden presentan una importante variación por condición de aseguramiento: en tanto que únicamente 4% de los que reportaron contar con aseguramiento privado no se atiende, 27.5% de los diabéticos que no cuentan con protección en salud (cerca de 280 000 individuos) no ha acudido para atenderse durante al menos un año. Entre los afiliados al SPSS, el porcentaje de los que no se atienden es de 13% (256 000 personas) y de 11% (378 000 personas) para los que cuentan con derechohabencia a la seguridad social (Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2013).

Lo anterior hace de la diabetes un problema prioritario para los sistemas de salud en México, en donde el control de la enfermedad es lo más importante, ya que según datos de la Encuesta Nacional de Salud en el año 2000, y como ya se mencionó, sólo el 82.4% de los diabéticos con diagnóstico médico reciben tratamiento para su enfermedad (Rodríguez y García, 2011).

Para el peso relativo del costo en el manejo integral de las principales complicaciones de la diabetes, en todas las instituciones, el mayor impacto está en los

costos para el manejo de nefropatía diabética, siguiéndole de mayor a menor impacto retinopatía, enfermedad cardiovascular, neuropatía diabética y finalmente enfermedad vascular periférica. En relación a los costos directos el mayor impacto está en el bolsillo de los usuarios con el 51% del gasto total para diabetes; le siguen en orden de importancia las instituciones de seguridad social y finalmente, instituciones para no asegurados (Arredondo y De Icaza, 2011).

En México, las estimaciones existentes son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3 200 dólares anuales, lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinado a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones (Hernández y cols., 2013).

Respecto a los costos al bolsillo de los usuarios, no deja de llamar la atención el alto peso relativo del origen de los gastos para diabetes desde el ingreso familiar y sus implicaciones en materia de equidad y acceso a la salud en México. En efecto, decir que de cada 100 pesos que se gastan en diabetes en México, aproximadamente 51 pesos proviene de los hogares/ingresos familiares, representa una carga social de muy alto impacto que evidentemente tendrá un efecto considerable en la medición del gasto catastrófico en salud del país, sobre todo tratándose de un padecimiento de alto costo y alta prioridad como problema de salud pública en México. Dicho de otra forma, la atención a la salud en México se distribuye más o menos de la siguiente manera: población que se atiende en instituciones para la seguridad social 48%, población que se atiende en instituciones para no asegurados 42% y población que se atiende en instituciones privadas 10%. Por lo que, respecto a los costos directos, de cada \$100 que

se gastan en diabetes en México, \$52 se gastan en el 10% de la población, \$33 en el 48% (asegurados) de la población y \$15 en el 42% restante de la población (no asegurados) (Arredondo y De Icaza, 2011).

Para cuando se diagnóstica la diabetes y sus complicaciones, los costos para su tratamiento son muy elevados y prácticamente el paciente va perdiendo sus años-vida productivos, al mismo tiempo que constituye un factor importante en la economía personal y familiar de los afectados. El impacto de esta enfermedad no sólo es en la mortalidad sino de manera muy importante en la morbilidad y en la calidad de vida, representando una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general (Arredondo y De Icaza, 2011). El conocimiento de los costos de la diabetes tiene interés porque proporcionan información sobre las ventajas y los inconvenientes de diferentes sistemas de organización, financiación y utilización de servicios sanitarios y facilita que clínicos y educadores aconsejen a sus pacientes sobre cómo reducir y controlar esta carga a nivel individual (Gomis, Rovira, Felú y Oyarzábal, 2007).

La prevención y el control de las enfermedades crónicas y degenerativas debe ser una prioridad para el sector salud. Su crecimiento y letalidad lo justifican. El efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud. Como resultado, contribuyen a la acentuación de la pobreza. Por lo anterior, el gobierno federal debe operar un conjunto de acciones para confrontarlas (Córdova y cols., 2008).

1.2 Paciente: una nueva percepción de la persona con una enfermedad crónica

Actualmente, no se cuenta con los recursos, la infraestructura, ni un modelo de atención médico-científico acorde a las necesidades de resolución del proceso salud-enfermedad, ya que para que los servicios de salud sean eficaces y eficientes en la atención de las enfermedades crónico-degenerativas se demanda la participación de múltiples profesionales del área de la salud tales como: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, tanatólogos, nutriólogos, terapeutas físicos y ocupacionales, entre otros, además de esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales (Cardoso y cols., 2014).

Los avances científicos, tecnológicos y las formas de atención a enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 no han tenido frutos. Las estrategias de atención por parte de los profesionales de la salud no consideran importantes las circunstancias personales y socioculturales de los que padecen y viven día a día la diabetes. Ante esta situación se hace urgente atender este grave problema de salud con un cambio en el paradigma de la atención actual. Es primordial tomar en cuenta la mirada de quien padece la enfermedad, considerando su marco psicológico, social y cultural (Figuerola y Moreno, 2007; Cardoso, 2009).

El modelo de atención médica creado y utilizado para tratar las enfermedades transmisibles, no ha sido efectivo para las enfermedades crónicas, ya que a través del tiempo, se ha tratado a los pacientes erradicando al agente etiológico y específico que

ocasionó su enfermedad, sin considerar los factores condicionantes y determinantes del proceso salud- enfermedad. Además, la creciente tecnología ha beneficiado la atención médica ya que actualmente aporta innumerables recursos para el diagnóstico y el manejo de los pacientes. Sin embargo, junto con estos cambios, el personal de salud se “acerca” poco a los enfermos, pues el médico tratante ofrece una asistencia corporal y escucha, distante, al enfermo sobre cómo se siente (Cardoso y cols., 2014).

La diabetes debe ser entendida como una enfermedad profundamente dinámica y su tratamiento desde una perspectiva global o integral, es decir biomédica, social y psicológica al mismo tiempo (Figuroa, 2003). Sin embargo, para los clínicos, enfermedad es un artificio didáctico y operativo que sólo existe en los libros y que adquiere identidad a partir de una descripción, es claro que no todas las enfermedades son iguales, que su magnitud y localización se expresa de manera distinta en diferentes sujetos y que la descripción de los libros puede diferir más o menos considerablemente de lo que ocurre en los enfermos (Lifshitz, 2008).

Entonces, si las enfermedades son distintas, la forma en la que se otorga o aborda el tratamiento para cada una de ellas también debería ser distinta, desgraciadamente, los profesionales de la salud especialmente los médicos han recibido una formación orientada hacia el tratamiento de enfermedades agudas en las cuales el paciente hace honor a su nombre y acepta de forma pasiva lo que el profesional recomienda (Figuroa, 2003).

Cardoso y cols., (2014), mencionan que es necesario un modelo de atención médica diferente al establecido para atender enfermedades agudas y transmisibles, en las que el individuo enfermo puede recuperar su salud en un tiempo relativamente corto, no así en las enfermedades crónicas, en las que el individuo enfermo las “padece” por tiempo prolongado, con grandes repercusiones en su vida familiar, laboral y social.

Es importante mencionar las diferencias que existen entre enfermedad y padecimiento, los significados de la enfermedad, que son fruto del consenso establecido por las particularidades de cada cultura, pueden ser tan diversos y contradictorios como los actores que intervienen en el padecimiento. Comprender la diversidad de significados supone la posibilidad de comprender al paciente y su familia en su ser único e irrepetible y de practicar unos cuidados culturalmente adaptados (Amezcuca, 2000).

La enfermedad, se refiere al concepto construido por la biomedicina que alude a las anomalías en la estructura o la función de los órganos y sistemas, así como a los estados patológicos, sean o no reconocidos culturalmente (Seguin, 1982 citado en Cardoso y cols., 2014). Según Moreno (2007), la enfermedad es un fenómeno complejo que va más allá de su dimensión biológica; es decir, que deriva de un conjunto articulado de procesos culturales y políticos, cuyo sentido conlleva una carga de connotaciones sociales.

El padecimiento, por otra parte, es lo que la persona efectivamente tiene, forma parte del enfermo, incluye no sólo sus síntomas sino todos sus concomitantes, ya sean físicos, psicológicos y sociales (Lifshitz, 2008). Es aquel fenómeno subjetivo, cambiante, en el que el sujeto enfermo o los miembros de su red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la enfermedad, a través de sentimientos, estados emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, entre otros, todo esto en un marco de estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean (Hueso, 2006).

El padecimiento se integra por varios elementos: a) Las ideas de la persona sobre la salud, sus experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes respecto a la enfermedad en general o referentes a la enfermedad que tiene o imagina, y b) 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 costo en dinero de la enfermedad y su tratamiento (Cardoso y cols., 2014).

La perspectiva fenomenológica propone una migración al reino de los enfermos, lo que implica incluso redefinir alguno de los términos tradicionales utilizados para referirse a ellos, optando por concebirlos como sujetos o personas que tienen una determinada enfermedad, sustituyendo los términos tradicionales con connotación biomédica, como son los de enfermos, pacientes (el mismo término de paciente asume

la idea de que se trata de alguien débil, dependiente, indefenso) o aquellos derivados de una patología al referirnos a ellos como tuberculosos, diabéticos o sidosos (Hueso, 2006).

Para este trabajo se utilizará el término “paciente” (alguien que tiene paciencia) para referirse a los individuos con enfermedad aguda o transmisible y el término “padeciente” para aquellos con padecimientos crónicos, con el fin de enfatizar esta condición particular en la que el enfermo sufre, experimenta, soporta, es decir “padece” la enfermedad con todas sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se van presentando durante el curso de la misma (Cardoso y cols., 2014). Con la utilización de esta propuesta se busca romper con el estigma de la pasividad de las personas con enfermedades crónicas, quienes pasan a convertirse en sujetos activos que son escuchados y tomados en cuenta en el control y manejo de sus enfermedades. Es importante aclarar que esta visión es reciente y por ello no es frecuente este nombramiento dentro de la teoría, ya que se respetarán los términos utilizados por los autores para referirse a las personas con diabetes, esperando no confundir con el objetivo del uso del término padeciente.

Así pues, indagar en el padecimiento de la persona que tiene una enfermedad supone explorar varios planos: el plano de las molestias físicas o sintomáticas, que hace referencia al mal funcionamiento del sistema fisiológico, su diagnóstico y su tratamiento; el plano de las interpretaciones o significados para la persona que lo está viviendo, la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad, la que se refiere a los problemas que la enfermedad produce al enfermo y a su familia;

además, hay que tener en cuenta que las interpretaciones y significados asociados a la enfermedad son vividos como una experiencia socialmente constituida (Amezcuca, 2000; Hueso, 2006).

Ambas, enfermedad y padecimiento, son socialmente construidas. El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar (Moreno, 2007). El padecimiento es más preocupante para la mayoría de las personas que la propia enfermedad, ya que ésta supone a menudo la iniciación en una terminología y una materia que le son extrañas (Amezcuca, 2000).

La enfermedad crónica no puede seguir atendiéndose como una enfermedad aguda. Al igual que otras enfermedades crónicas, el tratamiento para el control de la diabetes debe atender las necesidades del padeciente, para lo que se requiere que el médico se involucre e indague sobre sus características y las de su familia: ingreso económico, hábitos y costumbres, roles, escolaridad, adicciones, redes de apoyo, entre otros. Además debe apoyarse en otros profesionales para diseñar el plan de abordaje integral, tanto para el padecimiento como para la enfermedad de la persona (Cardoso y cols., 2014).

1.3 Definición y clasificación de la diabetes mellitus

La diabetes es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de ser considerada una pandemia con tendencia ascendente (Alpízar, 2001).

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1979 citado en Vinaccia y Orozco, 2005).

El término diabetes proviene del griego y su significado etimológico es "pasar a través". El término mellitus proviene del latín y significa "enmielado". Diabetes hace referencia a la excesiva emisión de orina por parte del diabético; como si el agua lo atravesara a grandes velocidades. Mellitus hace alusión a la cantidad de azúcar en la orina (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997).

Según la OMS (2014) la diabetes es una enfermedad que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Se caracteriza entonces por valores elevados de glucemia a causa de un defecto en la producción o acción de la insulina (Holmes, Robinson y Tscheschlog, 2007). La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la

sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Se caracteriza por una alteración en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, y una concentración alta de azúcar (glucosa) en la sangre a causa de una falta absoluta o relativa de insulina, en la que así mismo intervienen la herencia y el ambiente (Alpízar, 2001; Martínez y Torres, 2007).

La diabetes como problema endócrino, consiste en una disminución de la producción de insulina o modificaciones en su fórmula química, por lo que ésta hormona resulta incapaz de mantener la glucosa sanguínea (azúcar en la sangre) dentro de los límites normales. Así, provoca su elevación y por ende, la imposibilidad del riñón para eliminarla a través de la orina. Por otra parte, al diagnosticarse la diabetes, otras estructuras del cuerpo ya están sufriendo alteraciones aunque en proporciones tan pequeñas que todavía no son capaces de dar molestias, ni de modificar el funcionamiento de esas estructuras, que irán dañándose cada vez más aún cuando el enfermo tenga muchos cuidados en el manejo de esta enfermedad (Aguilar, 1990).

La clasificación de la diabetes puede variar según el autor. De acuerdo con la OMS (2014) se divide en diabetes tipo 1, tipo 2 y gestacional. Por otra parte Gomis, Rovira, Felú y Oyarzábal (2007) agregan la diabetes monogénica y las secundarias. No obstante hay clasificaciones más extensas como la etiológica según Lerman (1998), quién agrega en su clasificación las generadas por defectos genéticos de la función de la célula beta o en la acción de insulina, por enfermedades del páncreas exocrino o

enfermedades endócrinas y la inducida por medicamentos o sustancias químicas, Infecciones, alteraciones inmunológicas o síndromes genéticos que en ocasiones se relacionan con diabetes. Sin embargo en este capítulo se abarca la clasificación dada por la OMS.

1.3.1 Diabetes mellitus tipo 1

La diabetes mellitus tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual (OMS, 2014).

Para los autores Gomis y cols., (2007), es una enfermedad crónica de base auto inmune, con destrucción de los islotes de Langerhans, caracterizada por una fase subclínica previa con pérdida progresiva de la secreción de insulina en individuos genéticamente susceptibles. En la aparición de la diabetes mellitus tipo 1 hay por tanto tres componentes esenciales: la susceptibilidad genética de base, la incidencia de factores ambientales y el desencadenamiento de auto inmunidad.

Suele afectar a individuos jóvenes, aunque puede iniciarse a cualquier edad. Se caracteriza por falta de insulina endógena y por una notable tendencia a la cetosis cuando la administración exógena de insulina falta (Lerman, 1998).

Alrededor de uno de cada diez diabéticos es insulino dependiente. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, la diabetes mellitus insulino dependiente tiene su frecuencia

más alta cerca de la pubertad, siendo los varones jóvenes actualmente los que tienen más riesgo que las mujeres jóvenes. En este tipo de diabetes, las células beta del páncreas son destruidas por unas sustancias producidas en el mismo organismo llamadas auto-anticuerpos, por lo que no se produce insulina, y la persona que desarrolla este tipo de diabetes debe recibirla por medio de inyecciones diarias. Los síntomas se desarrollan en cuestión de meses, o incluso semanas. Durante el primer año después del diagnóstico puede haber una mejoría, llamada “periodo de luna de miel”, durante la cual no se necesita insulina, o bien la dosis puede ser considerablemente disminuida. En el desarrollo completo de la diabetes mellitus tipo 1, la insulina es necesaria para prevenir una cetoacidosis e incluso la muerte (Fitzgerald, 1989 citado en Martínez y Torres, 2007).

1.3.2 Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2014).

De acuerdo con Islas y Lifshitz (1999), es la forma más frecuente de diabetes y se caracteriza clínicamente por los siguientes rasgos: alta frecuencia familiar, aparición clínica relativamente tardía, por lo general en la edad adulta, asociación estadística con obesidad e hipertensión arterial. Se logra dar una buena respuesta en la mayor parte de los casos, a tratamiento exclusivamente dietético, también casi siempre suele haber

buena respuesta a los hipoglucemiantes orales, tiene un desarrollo relativamente lento de secuelas en comparación con la diabetes mellitus tipo 1, baja tendencia a la cetosis y una mayor tendencia a la hiperosmolaridad no cetósica.

En la diabetes mellitus tipo 1 casi no se transporta insulina del páncreas al hígado, pues hay muy pocas células beta, si es que hay, produciendo insulina. En la tipo 2 se transportan cantidades variables de insulina, pero inadecuadas, al hígado. En ambos, el primer problema serio que afecta al metabolismo es que el hígado no funciona correctamente a causa de la deficiencia relativa o absoluta de insulina (Kilo y Williamson, 1991).

Esta enfermedad suele iniciarse a partir del cuarto decenio de la vida y su prevalencia aumenta con la edad. Sus síntomas aparecen de una manera más gradual que en la diabetes mellitus tipo 1 y con frecuencia tiene un curso asintomático, en cuyo caso se descubre en forma incidental por un examen de laboratorio de rutina. La mayoría de las personas (80 a 85%) con diabetes mellitus tipo 2 son obesas y presentan relativamente pocos síntomas. No tienen tendencia a la cetoacidosis, excepto durante periodos de estrés, y si bien no dependen del tratamiento con insulina para sobrevivir, pueden requerirla en algunos casos para el control de la hiperglucemia (Lerman, 1998; Rodríguez y García, 2011). Para Kilo y Williamson (1991) hay dos factores que parecen influir en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2: la susceptibilidad genética y la ingestión excesiva de alimentos.

En conclusión las personas con diabetes mellitus tipo 2 suelen ser mayores de 40 años, obesas o con sobrepeso. El exceso de peso empeora el estado de la diabetes, y

su disminución suele tener un efecto favorable. En ellas, las células beta producen insulina (aunque en ocasiones pueden tener una modesta disminución de esta hormona), pero existe un defecto en las células que impide que la glucosa entre en ellas (resistencia a la insulina). La persona que tiene este tipo de diabetes puede tomar pastillas hipoglucemiantes para controlar la glucemia (Martínez y Torres, 2007).

1.3.3 Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque la persona refiera síntomas (OMS, 2014).

La diabetes durante el embarazo suele ser una variedad de la diabetes mellitus tipo 1. Por lo regular desaparece después del nacimiento del bebé. Durante el embarazo, la placenta produce hormonas que actúan en contra de la acción de la insulina, provocando que los niveles de azúcar en la sangre se eleven más allá de lo normal (arriba de 126 mg/dl en ayunas). La paciente debe sujetarse a una dieta que mantenga la glucemia en cifras normales durante las 24 horas del día, eliminando los azúcares refinados e ingiriendo un aporte de proteínas adecuado para el embarazo. Asimismo, el parto debe ser espontáneo, puesto que un buen control durante el embarazo de la paciente de diabetes aleja el riesgo para la madre y para el niño. El tener diabetes durante el embarazo no implica que el producto nazca con diabetes, además, la insulina que se inyecta no afectará al bebé, pues sólo tiene el efecto de bajar el azúcar en la sangre para evitar complicaciones (Lisci, 1996; Moncada, 2005 citados en Martínez y Torres, 2007).

Esta forma de diabetes se restringe a mujeres en quienes el inicio o el diagnóstico de diabetes ocurren durante el embarazo; no incluye a quienes se les diagnosticó diabetes antes del embarazo. Al término del embarazo es posible que la paciente regrese a un estado de tolerancia normal a la glucosa o bien permanezca con intolerancia a la glucosa o con diabetes (Lerman, 1998).

1.4 Síntomas y complicaciones de la diabetes mellitus

Básicamente hay dos tipos de diabetes: tipo 1 y tipo 2, sus síntomas son similares, pero sus causas muy distintas. En la tipo 1 se han destruido casi todas las células beta por lo que se hacen esenciales para la vida las inyecciones diarias de insulina. En muchos diabéticos tipo 2 dichas células permanecen intactas, por lo que el problema no es una deficiencia sino la incapacidad para responder de las células corporales que la necesitan. Lo que se conoce como resistencia a la insulina. En otros diabéticos tipo 2 las células beta producen cantidades suficientes de insulina y la almacenan, pero no la pueden liberar (Kilo y Williamson, 1991).

Con frecuencia, las personas con diabetes mellitus tipo 2 no presentan síntomas; en caso de presentarse síntomas, éstos pueden ser: la aparición gradual de sed (polidipsia), aumento de la micción (poliuria y nicturia), fatiga o cansancio, infecciones en la piel frecuentes o de curación lenta, disfunción eréctil y aumento del apetito (polifagia). Una persona se puede dar cuenta de que está orinando con más frecuencia que antes, que tiene que levantarse por la noche para ir al baño y tomar agua.; puede

sentirse tan débil que no tiene energía para completar una tarea; y otros pueden presentar visión borrosa o doble (síntoma presente más a menudo en personas de edad avanzada) (Alpízar, 2001; Rivas y cols., 2011; Kilo y Williamson, 1991).

En ocasiones se comete el error de dar un énfasis de mayor gravedad a la diabetes tipo 1 que a la tipo 2 por su insulino-dependencia, pero la diabetes es una enfermedad con gran capacidad evolutiva que puede cambiar al cabo de un tiempo de manera sustancial. La distinta gravedad de la diabetes va a depender de las complicaciones o problemas asociados, en ningún modo del tipo de tratamiento que recibe. Calificar de leve a la diabetes en la que no se requiere la administración de insulina y de grave a la que requiere insulina cuatro veces al día es completamente absurdo (Figueroa, 2003).

Las complicaciones que pueden surgir como consecuencia de padecer diabetes pueden ser agudas y crónicas a largo plazo. Las complicaciones agudas son hiperglucemia, hipoglucemia y cetoacidosis diabética. Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en el pulso, palpitaciones cardíacas, sudoración y hasta convulsiones en los casos severos; algunos síntomas asociados a la respuesta del cerebro a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo (Rivas y cols., 2011).

Islas y Lifshitz (1999), también mencionan que las complicaciones agudas que pueden presentarse en las personas que padecen diabetes mellitus son:

Cetoacidosis.- Es un trastorno metabólico grave provocado por la deficiencia absoluta o relativa de insulina junto con hiperproducción de glucagón, catecolaminas, cortisol y hormona del crecimiento, lo cual condiciona alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. El tratamiento debe iniciarse al mismo tiempo que se establece el diagnóstico y debe enfocarse a: revertir las manifestaciones por ausencia de insulina, corregir las alteraciones hidroelectrolíticas y tratar la causa desencadenante.

Desequilibrio hiperosmolar no cetósico.- En este síndrome existe una grave deshidratación como resultado de la diuresis osmótica por elevación importante o sostenida de los niveles séricos de glucosa.

Hipoglucemia.- Asociación del descenso de la concentración plasmática de glucosa y determinada sintomatología.

Además, la diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. En las personas con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes (OMS, 2014).

Dentro de las complicaciones crónicas serias, se incluyen daño en el cerebro, al corazón y los riñones, también puede provocar ceguera, problemas por falta de sensibilidad al dolor y mala circulación e infecciones, que en muchos casos llegan a las amputaciones de los miembros inferiores y afectan la calidad de vida de las personas que la padecen y de sus familias (Figuroa y Moreno, 2007).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la diabetes es la causa más frecuente de polineuropatía, y alrededor de 50% de las personas con diabetes mellitus presentan alteraciones neuropáticas en los 25 años siguientes al diagnóstico. La diabetes es responsable de poco más de 90% de todas las amputaciones no traumáticas, mientras la nefropatía diabética se ha convertido en la primera causa de insuficiencia renal terminal y de ceguera en el adulto (Alpízar, 2001).

La diabetes mellitus, por lo tanto, es contemplada como un problema de salud pública, sus complicaciones ocupan el segundo lugar entre los principales motivos de demanda de consulta en Medicina Familiar y el primero en la consulta de especialidades, además, establece un alto impacto económico y social, que conlleva la disminución en la calidad de vida de las personas que la padecen y de su familia, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial, perdidos a consecuencia de complicaciones crónicas o de la mortalidad (González, García y Ramírez, 2009; López y Ocampo, 2007).

1.5 Factores de riesgo en el desarrollo de la diabetes

mellitus

Los factores de riesgo son la probabilidad de un individuo o una población de enfermarse si se expone a dicho factor. En el caso particular de la diabetes mellitus algunos factores participan en la génesis de la enfermedad. Por supuesto existen factores no modificables: ascendencia hispánica, edad igual o mayor a los 45 años, antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos) o antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 kg. Y modificables: obesidad, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, manejo inadecuado del estrés, hábitos inadecuados de alimentación, estilo de vida contrario a su salud (Islas y Lifshitz, 1999; Alpizar, 2001; Rivera, 2007).

Para que haya diabetes es necesario que existan dos factores, el factor hereditario y el factor desencadenante. El factor hereditario es menos intenso si sólo uno de los padres padece diabetes y el otro no, ni tiene antecedentes familiares de diabetes, pero cuando aumentan los antecedentes de ambas partes (paterna y materna), es más probable la aparición de esta enfermedad en los hijos. Por su parte el factor desencadenante no es uno solo, habitualmente están representados por algo que significa un sobreesfuerzo para el organismo, es decir, un factor físico agotador o un agente de tensión fisiológica que sea capaz de sacar al organismo de su ritmo acostumbrado de vida y altere la estructura y funcionamiento del cuerpo o su equilibrio emocional (obesidad, tensión emocional aguda, alcoholismo y/o farmacodependencia, una intervención quirúrgica o un tratamiento que requiera de alto esfuerzo) (Aguilar, 1990).

Una de las principales variables asociadas con esta enfermedad es la edad, la mayor incidencia de la diabetes mellitus tipo 1 ocurre en los niños de 10-14 años, mientras la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 incrementa progresivamente con la edad, siendo más frecuente en poblaciones mayores de 60 años, y la diabetes gestacional también aumenta conforme aumenta la edad materna (Islas y Lifshitz, 1999; Rodríguez y García, 2011).

También se ha observado que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 aumenta en varios grupos étnicos, y que la característica más significativa en estos grupos es la ganancia de peso y la disminución de la actividad física (Rodríguez y García, 2011). Existen grupos étnicos con mayor incidencia de diabetes, la incidencia de la tipo 1 es un poco mayor en población de blancos, mientras que la diabetes mellitus tipo 2 es mayor en la población negra o de ascendencia hispana (Islas y Lifshitz, 1999).

Para Alpízar (2001) la frecuencia de diabetes tipo 2 en ciertas familias y poblaciones étnicas sugiere un fuerte antecedente genético para la enfermedad. Sin embargo, generalmente son necesarios factores del medio ambiente como obesidad y estilo de vida sedentario para liberar los genes.

La obesidad es tal vez uno de los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2. Aunque no se relaciona con la tipo 1 cerca de dos terceras partes de las personas con diabetes mellitus tipo 2 son obesos al momento del diagnóstico (Islas y Lifshitz, 1999). Y es la causa principal de muchas de sus

complicaciones. Geoffrey, Pickup y William (2002 Citado en Rodríguez y García, 2011), afirman que la obesidad es el mayor reto en el tratamiento de la diabetes, ya que muchas de las complicaciones y de las condiciones asociadas, incluyendo la dislipemia, la hipertensión, la cardiopatía coronaria, y los accidentes vasculares; pueden considerarse complicaciones asociadas tanto a la obesidad como a la propia diabetes, incluso problemas como las úlceras del pie tienen menor probabilidad de solución, si el paciente es obeso.

Otro factor de riesgo es la dieta, una dieta rica en grasa saturada es probablemente el principal determinante dietético en la diabetes mellitus tipo 2. También alimentos con índice glucémico alto son capaces de causar aumento de la glucosa plasmática importante, una mayor demanda de insulina y mayor riesgo de desarrollar diabetes (Rodríguez y García, 2011; Islas y Lifshitz, 1999).

1.6 Criterios de detección y diagnóstico de la diabetes mellitus

Para diagnosticar una enfermedad es preciso conocer la anatomía (estructura), la fisiología (funcionamiento), la fisiopatología (alteraciones de la fisiología que conducen

a la enfermedad) y la patología (naturaleza íntima de la enfermedad) del órgano, aparato o sistema que se trate. En lo que corresponde a la diabetes mellitus conviene estar enterado de que la glucosa o azúcar penetra en el cuerpo por medio de los alimentos y son transformados por el organismo. La glucosa pasa a la circulación y llega al páncreas, el cual al ser estimulado por la glucosa responde lanzando insulina a la circulación. La insulina es entonces la sustancia que sirve para controlar el azúcar en la sangre, evitando que suba de sus límites normales y es producida por las células beta del páncreas. La herencia de diabetes transmite cierta debilidad biológica a estas células, debido a lo cual, en presencia de un factor desencadenante disminuye la producción de insulina o cambia su constitución química. De este modo origina que suba el nivel de azúcar en la sangre y, por tanto, la diabetes (Aguilar, 1990).

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2 se desarrolla de manera gradual, y aproximadamente la mitad de los casos son asintomáticos, lo que hace posible que sus víctimas no se den cuenta que algo malo les sucede. Pueden presentar síntomas mínimos durante muchos años antes de que se haga el diagnóstico. Una vez que se controla el nivel de azúcar en la sangre de estas personas, lo que significa reducirlo a un valor razonablemente normal (70 a 120 mg/dl) o menor a 150 mg/dl, se dan cuenta que se sienten mucho mejor (Alpízar, 2001; Kilo y Williamson, 1991).

Con base en Figueroa (2003) en sentido estricto, el diagnóstico de la diabetes es exclusivamente bioquímico y se hace mediante una adecuada determinación de la glucemia o, excepcionalmente, una sobrecarga oral de glucosa realizada de forma correcta. Las formas de presentación de la diabetes son muy variadas y pueden oscilar

desde un coma cetoacidótico de comienzo brusco a una glucosuria asintomática descubierta en un examen de rutina.

La diabetes se detecta cuando se hacen análisis de glucosa en sangre y ocasionalmente en orina. El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente baratos. Son candidatos para realizar un escrutinio a través de glucosa capilar y posteriormente una glucosa plasmática en ayuno, aquellos que tengan uno o más factores de riesgo señalados anteriormente (Alpizar, 2001).

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para diabetes mellitus	
Categoría diagnosticada	Criterio
Glucosa plasmática normal (ayuno)	< De 110 mg/dl.
Alteración de la glucemia en ayuno (AGA)	Glucosa en ayuno > 110 < 126 mg/dl.
Intolerancia a la glucosa (IG)	Glucosa a las dos horas de curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) \geq 140 < 200 mg/dl.
Diagnóstico provisional de diabetes mellitus	Glucosa en ayuno \geq 126 mg/dl una sola vez.
Diabetes mellitus	Síntomas de diabetes mellitus más glucosa en plasma casual (a cualquier hora del día) > 200 mg/dl o glucosa en ayuno \geq 126 mg/dl en más de una ocasión o glucosa a las dos horas en la CTGO \geq 200 mg/dl.

(Tomado de Alpízar, 2001 Pág. 43)

Cuando se diagnóstica la diabetes mellitus tipo 2 es frecuente que existan otras alteraciones metabólicas y clínicas, algunas de ellas a menudo más relevantes que la propia diabetes. En consecuencia, el objetivo no será sólo controlar las cifras de la glucemia sino también las demás alteraciones metabólicas que la acompañan. El diagnóstico precoz de la diabetes es fundamental para modificar la historia natural de la enfermedad y desarrollar una prevención secundaria eficaz. En los últimos años, se ha asistido a la progresiva universalización de los criterios diagnósticos, lo que ha permitido superar antiguas situaciones confusas (Figueroa, 2003).

Es importante tener en cuenta los factores de riesgo en el desarrollo de la diabetes al momento de realizar el diagnóstico, ya que será un gran apoyo para establecer el tratamiento para el control del padecimiento.

1.7 Tratamiento implementado para el control de la diabetes mellitus tipo 2

El objetivo del tratamiento es aliviar y prevenir tanto los síntomas como las complicaciones de la diabetes por medio de la modificación del estilo de vida de los

pacientes y mejorar su calidad de vida, así como disminuir la mortalidad (Alpízar, 2001; Figueroa, 2003; Brito, Aguilar, Rull y Gómez, 2004).

La meta es mantener el nivel de glucosa en una muestra en la sangre tan normal como sea posible y reducir otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Las variaciones extremas en cualquier dirección (nivel alto o bajo) causan problemas, además también es importante que los niveles de colesterol y triglicéridos sean adecuados y que la presión arterial se mantenga dentro de los límites normales (Brito y cols., 2004; OMS, 2014).

El azúcar que circula en la sangre, también denominada glucosa es la principal fuente de energía y el cuerpo dispone de ella rápidamente cuando la necesita para mantener sus funciones. La fuente principal del azúcar en la sangre son los alimentos, son tres los tipos de alimentos que aportan energía: las proteínas, los carbohidratos y las grasas. El azúcar que tenemos en la sangre se llama “glucemia”. Cuando se padece diabetes el azúcar se acumula en la sangre en lugar de entrar en las células donde, normalmente, con ayuda de la insulina es almacenada o transformada en energía (Brito y cols., 2004; Martínez y Torres, 2007).

La glucosa no puede entrar a las células por sí misma, sino que necesita de la insulina para hacerlo. Esta se produce en el páncreas, en unas células especiales llamadas células “beta”. Cuando la glucosa de la sangre se eleva, la insulina excretada por el páncreas pasa a la sangre para “abrir” las células y permitir que entre la glucosa, la cual se transforma en energía y hace que estas trabajen. La insulina también permite

que la glucosa se almacene en el hígado para cuando las células lo necesitan (ayuno) e impide que utilicen grasas (lípidos) para obtener la energía necesaria. Cuando no hay suficiente insulina (como ocurre en el caso de la diabetes), la glucosa de la sangre aumenta, ya que no puede entrar a las células, y comienza a pasar a la orina a través del riñón, por lo que hay necesidad de orinar mucho, lo que hace que se pierda agua y se produzca sed. También hay pérdida de peso, pues las células, al no poder utilizar la glucosa para producir energía, recurren a las grasas (lípidos) (Martínez y Torres, 2007; Holmes y cols., 2007).

Por lo anterior, el tratamiento para una persona con diabetes debe iniciarse con el tratamiento dietético, con el que normalmente se controla al 80% de los diabéticos, aunado al ejercicio físico moderado y cotidiano. Si la respuesta es insatisfactoria, como ocurre frecuentemente, no porque el tratamiento sea inadecuado sino porque a menudo los pacientes transgreden el régimen alimentario, entonces si se justifica el uso de hipoglucemiantes orales, sin olvidar la dieta, el ejercicio físico y una vida sana, libre de excesos. Pero si la dieta, el ejercicio y los hipoglucemiantes orales unidos fracasan, y con ellos el intento de controlar la diabetes el siguiente paso es la insulina, pero está acompañada con dieta y ejercicio. Hay que recordar que la insulina debe administrarse según un horario estricto y en las dosis exactas, ya que esta sustancia que tantas vidas salva también es capaz de provocar la muerte sin las precauciones necesarias (Aguilar, 1990).

Al respecto Alpízar (2001) propone estrategias de manejo dentro del tratamiento de la diabetes mellitus:

Cuadro 3. Estrategias de manejo

Tratamiento no farmacológico	Tratamiento farmacológico
Educación para la salud	Agentes hipoglucemiantes orales
Plan alimentario y control de peso	(secretagogos de insulina)
Actividad física	Antihiperoglucemiantes
Tratamiento combinado	Sensibilizadores de la insulina
	Insulina
	Terapia combinada

El tratamiento no farmacológico se complementa con la Guía nutricional y la Guía de ejercicios.

(Tomado de Alpízar, 2001 Pág. 165)

La diabetes debe ser entendida como una enfermedad profundamente dinámica y su tratamiento desde una perspectiva global o integral, es decir biomédica, social y psicológica al mismo tiempo. Desde la época de Joslin, hace 80 años, se describe el esquema terapéutico de la diabetes como formado por tres elementos que son: la alimentación, el ejercicio físico y los fármacos antidiabéticos (Figuroa, 2003). Martínez y Torres (2007) coinciden al considerar como los cuatro componentes básicos para el tratamiento los siguientes: insulina, dieta, ejercicio y automonitoreo (por sus iniciales, IDEA).

En el año 2001 la Secretaría de Salud de México en su Programa de Acción Diabetes Mellitus indica que “una alimentación adecuada y la actividad física muchas veces son suficientes para mantener al padeciente bajo control bioquímico” (Pascual, Cardoso y Serrano, 2009). Por otro lado Reyes, Morales y Madrigal (2009) coinciden diciendo que

el tratamiento médico nutricional es decisivo para los pacientes con diabetes y que en la diabetes tipo 2, ésta puede ser la única forma de tratamiento.

Al respecto, en un estudio realizado en cuatro clínicas hospital de la Cd. de México se encontró una frecuencia de incumplimiento de la dieta del 62% en las personas con diabetes. Y es que, el tratamiento es complicado e involucra diversas circunstancias que, en el mayor de los casos, contribuyen al abandono del tratamiento, por lo que se requiere que el paciente realice modificaciones en su comportamiento (González, 2011).

En cualquiera de los casos la dieta sigue siendo un pilar importante para el tratamiento y control de la diabetes. Independientemente del sistema que un paciente de diabetes siga para controlar la enfermedad, es muy importante que su familia o las personas con las que convive cotidianamente participen. Sobre todo si se trata de cambiar los hábitos alimentarios, ya que sus buenos hábitos no serán algo pasajero, sino que deberá conservarlos de por vida. La familia puede brindar motivación y compartir con el paciente buenos propósitos de mejorar la calidad de su alimentación (Brito y cols., 2004).

Es necesario que el paciente tenga la idea que se trata de una enfermedad de toda la vida, que deberá tratarse dirigido a toda la familia, debido al fuerte componente de herencia y a que el ambiente familiar puede influir en la etiopatogenia y persistencia de la misma (Vázquez, 2004).

En los siguientes apartados se abordara únicamente el tratamiento no farmacológico, es decir la dieta, el ejercicio físico y la educación terapéutica ya que son pilares en el tratamiento de la diabetes, además, de entrañar una mayor dificultad y complejidad para su abordaje y su adherencia, pues se involucran aspectos culturales y afectivos individuales y sociales, los cuales determinan la adopción de estilos de vida óptimos o nocivos para la salud (López y Ocampo, 2007).

1.7.1 Tratamiento no farmacológico

1.7.1.1 Dieta: la piedra angular del tratamiento

Un desencadenante de la diabetes es la forma de alimentación, las sociedades industrializadas han favorecido grandes cantidades de consumo, principalmente de productos “no nutritivos” o “chatarra”, lo que favorece la generación de alteraciones metabólicas que se relacionan con la presencia de la diabetes y provocan un desequilibrio entre la energía que ingerimos y la que gastamos (Figuroa y Moreno, 2007).La alimentación de una persona afecta a su salud y a las enfermedades que contrae. Es frecuente que la recuperación tras una enfermedad de las personas con una mala nutrición sea prolongada o tenga complicaciones (Holmes y cols., 2007).

Pero así como la alimentación puede ser un factor para desarrollar diabetes, también es parte fundamental para el control de la misma, y en muchos casos la única intervención necesaria. La dieta es la piedra angular del tratamiento, ya que a través de ella se puede lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, disminuir el número de medicamentos y reducir los niveles de sobrepeso que frecuentemente

presentan las personas con diabetes y que son causa de muchas de sus complicaciones, al mismo tiempo que se incrementa notablemente la calidad de vida de los pacientes, lo anterior está respaldado por el hecho de que se han encontrado resultados efectivos en el control de la diabetes utilizando dieta sola, comparada con tratamiento en el que se utilizan las sulfonilureas, la metformina o la insulina como tratamiento primario de los pacientes obesos con diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, se ha encontrado que un gran número de personas con diabetes no se adhiere de forma efectiva a la dieta prescrita (Figueroa, 2003; Gomis y cols., 2007; Rodríguez y García, 2011).

La palabra dieta hace referencia a los alimentos que cada persona consume día con día durante largas temporadas, alimentos que son escogidos en base a la condición económica y gusto, de entre aquellos que están disponibles en la comunidad. No es un plan alimentario restrictivo con comida y bebida desagradable para bajar de peso (Cardoso, 2006).

Como se mencionó anteriormente la dieta es uno de los pilares, si no es que el más importante dentro del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Algunos médicos cometen el error de proporcionar dietas impresas en papel sin tomar en cuenta las preferencias y hábitos de alimentación del paciente. La dieta debe elaborarse con base en las preferencias del paciente (es decir, programas de trabajo, hábitos étnicos de alimentación, o bien ya sea que simplemente prefiere un desayuno ligero, un almuerzo ligero y una comida más grande al anochecer o las calorías distribuidas uniformemente). Cualquiera que sea su gusto, la dieta debe ser una con la que el

individuo pueda vivir y manejar siete días a la semana. Una vez que el paciente entiende los objetivos y las razones, es más fácil lograr la modificación de las conductas (Kilo y Williamson, 1991).

Los hábitos alimentarios no son estáticos, pueden cambiar con nuevos enfoques y significados que adquiere el alimento, especialmente con las nuevas técnicas de elaboración que facilitan la labor culinaria (Rivera, 2007). Sin embargo uno de los factores más importantes para el éxito del tratamiento de la diabetes es la planeación de las comidas y dentro de ésta, uno de los recursos auxiliares más útiles para planear una dieta sana es la lista de cambio. Estas listas, en número de seis (pan, carne, grasas, leche, frutas y hortalizas), incluyen casi todos los tipos de alimentos y una vez que se entiende el principio de cómo trabajan, el obstáculo mental que evoca la palabra *dieta* disminuye considerablemente. Así el paciente es libre de intercambiar un alimento por otro que prefiera de la misma categoría para satisfacer los requerimientos de comidas y refrigerios, ya que no hay razón por la que una persona con diabetes deba comer un alimento que le desagrada (Kilo y Williamson, 1991).

México tiene numerosos y muy variados patrones dietéticos. Ahora se sabe que, contrariamente a lo que se pensaba, la dieta promedio mexicana es equilibrada y valiosa y es más recomendable que la de los países altamente industrializados, siempre y cuando se dé en condiciones de suficiencia y diversidad. Es decir, el predominio de cereales y leguminosas, el consumo abundante y variado de frutas, verduras y la adición de pequeñas cantidades de alimentos de origen animal, como ocurre en la dieta tradicional del país, es más recomendable que las dietas basadas en productos de

origen animal, ricos en grasas saturadas y colesterol, donde los cereales son muy refinados y por ende pobres en fibra, y el consumo de azúcar (como tal o en refrescos, pasteles, entre otros) es excesivo (Rivera, 2007).

Cabe mencionar la diferencia entre alimentación y nutrición, la alimentación consiste en obtener del entorno los alimentos y, a través de ellos, los nutrientes. La nutrición engloba todos aquellos procesos mediante los cuales el organismo utiliza unos elementos llamados nutrientes o principios inmediatos (hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales y vitaminas), los cuales forman parte de los alimentos. Los nutrientes se clasifican en dos grupos: 1.- Los que tienen valor calórico y liberan energía como los hidratos de carbono, grasas y proteínas y 2.- Los que no tienen valor calórico y no liberan energía como el agua, las sales minerales y vitaminas (Figuerola, 2003).

Para mantener el equilibrio nutricional y el metabolismo de las proteínas debe conseguirse una situación de homeostasis que dependerá del balance entre la síntesis y la degradación de las proteínas. Este efecto se ha comprobado que es dependiente de la ingesta proteica y de la secreción de insulina (Gomis y cols., 2007).

Una nutrición satisfactoria es una necesidad vital que cambia a lo largo del ciclo de la vida y que es esencial para el bienestar de la persona. Sin embargo, la alimentación es una parte integral de nuestros hábitos de vida: para muchas personas, es la esencia de la socialización y a su alrededor se centran importantes acontecimientos de la vida, tradiciones y pasatiempos (Holmes y cols., 2007). La alimentación depende de distintos

factores: religiosos, socioeconómicos, geográficos, y psicológicos. A diferencia de la nutrición la alimentación es un proceso voluntario y educable (Figuroa, 2003).

Cada sociedad cuenta con maneras peculiares de preparar los alimentos, en relación con el medio ambiente eligen lo que consumen cotidianamente, conformando un patrimonio cultural que los diferencia de otros grupos sociales. Por ser hábitos que se aprenden desde tierna edad se vuelven difíciles de modificar, como menciona Walkerman "... comer y beber se vuelven actos sociales donde se vuelcan las emociones y los afectos permitiendo la comunicación trascendente" (1993: 208; Vargas, Riego y López 1997 citados en Figuroa y Moreno, 2007).

La dieta implica para algunas personas modificar la alimentación que ya se tenía por una mejor balanceada. Suena sencillo de hacer, sin embargo, la mayoría de las personas con diabetes no están dispuestas a modificar su dieta. Esto es debido a que la comida tiene un significado que va más allá de sólo obtener nutrientes para el cuerpo, significa convivir, pertenecer, y en algunos casos es una forma de demostrar cariño; por ejemplo, las familias mexicanas se unen para compartir alimentos, esto es, compartir su propia vida (Cardoso, 2006).

Entonces qué pasa con la persona que se ve limitada a compartir los alimentos, se puede sentir excluida. Pero y qué sucede con la familia, de poco sirve que la persona con diabetes modifique su alimentación si todos a su alrededor siguen comiendo lo que a él le "prohibieron", ¿qué es lo que tiene que hacer la familia?, ¿también tiene que

modificar su dieta?, y otra pregunta que surge es: ¿la familia estará dispuesta a cambiar, no sólo su dieta, sino su estilo de vida?

Diversos estudios mencionan que la alimentación de las personas con diabetes tipo 2 no debe ser distinta en calorías totales ni en proporción de los principios inmediatos (hidratos de carbono, grasas y proteínas) a la de una alimentación equilibrada apropiada para la población no diabética (Figuroa, 2003; Martínez y Torres, 2007; Gomis y cols., 2007).

Una persona con diabetes debe comer alimentos bien balanceados, es decir, que contengan una cantidad adecuada de carbohidratos o azúcares, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, a través de un plan de alimentación que incluya alimentos iguales a los que come el resto de la familia, por lo que no es necesario que se le prepare comida especial, pero sí debe tener cada alimento su propia medida, distribuyéndose las calorías así: 55% de carbohidratos, 30% de grasas, 15% de proteínas y 40 gramos de fibra como máximo (Martínez y Torres, 2007).

Gomis y cols. (2007), aceptan que la dieta de las personas con diabetes no debe ser discriminativa respecto a los patrones alimentarios que de forma cultural o social se desarrollan en un medio determinado, sino que debe partir de los hábitos locales y redirigirse sólo si es necesario a lograr patrones más saludables.

1.7.1.2 Ejercicio físico

Otro pilar en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 es hacer ejercicio. El músculo entrenado aumenta su sensibilidad a la insulina y las contracciones musculares repetidas facilitan el transporte de glucosa, de modo que el ejercicio tiene un doble efecto beneficioso en la diabetes: favorece la disminución de glucosa (cuando hay suficiente insulina circulante) y contrarresta la resistencia a la insulina, alteración característica de la diabetes mellitus tipo 2. El tipo de ejercicio recomendado dependerá de la edad, la preparación física y las preferencias del individuo. Se recomienda que sea de tipo aeróbico y de intensidad moderada. Una forma de iniciarlo consiste en caminar, subir escaleras u otras actividades sencillas (Figuroa, 2003).

Durante las primeras fases del ejercicio, el glucógeno muscular constituye la principal fuente energética para la contracción muscular. El ejercicio físico mediante el trabajo muscular produce un incremento de la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina, mejorando el transporte a la glucosa al interior celular gracias en parte al incremento del GLUT-4, principal transportador de glucosa en el músculo estriado. Este aumento de la utilización de glucosa en el músculo es uno de los factores que contribuyen de forma más importante al descenso de las cifras de glucemia (Gomis y cols., 2007).

Desempeña una importante función para la regulación de la glucemia al consumir la glucosa disponible; además, si se realiza regularmente, se incrementa la sensibilidad celular a la insulina, y por ende esta trabaja mejor aún con la misma dosis; sin embargo, se debe programar el tipo de ejercicio, la cantidad y el momento de la actividad para

cada paciente con el fin de evitar una descompensación (Amigo y cols., 1998 citados en Martínez y Torres, 2007).

La práctica de ejercicio, además de los beneficios físicos bien establecidos que aporta, se asocia a una mejoría de los índices funcionales psicológicos. En los sujetos que incrementan sus niveles de actividad física no se aprecia un mayor riesgo de depresión en relación a individuos que ya eran activos. Sin embargo, en los sujetos que eran normalmente activos y pasaron a ser sedentario, el riesgo de padecer depresión aumento. El ejercicio reduce la depresión en hombres sanos de edad avanzada y en sujetos con enfermedad cardíaca y depresión mayor. El ejercicio también mejora la autoconfianza y autoestima, atenúa las respuestas cardiovasculares y neurohumorales al estrés mental y reduce algunos tipos de comportamiento agresivo (Gomis y cols., 2007).

1.7.1.3 Educación terapéutica

Las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia. La conversación se vuelve un elemento importante en la práctica diaria. No es sólo prescribir un medicamento y esperar que éste haga efecto sobre la enfermedad. Más aún, se trata que el paciente acepte como base un programa de alimentación como tratamiento (Vázquez, 2004).

La educación de pacientes de diabetes mellitus constituye un recurso terapéutico al mismo nivel que la insulina, la metformina o una dieta controlada. La educación diabetológica no debe ser un lujo al que acceden algunos diabéticos afortunados, ni

tampoco un “cordializante” de la relación entre profesionales y pacientes, sino que constituye un elemento clave en la consecución de los objetivos del tratamiento (Figuroa, 2003).

El mejor aprendizaje se logra cuando se puede establecer una asociación entre lo ya conocido, la experiencia diaria y lo nuevo por aprender. Determinadas conductas o exigencias de salud se aceptan cuando la persona es capaz de percibir los riesgos que implica no asumirlos y los beneficios que conlleva asumirlos (García y Suárez, 2007).

La necesidad de desarrollar actividades de enseñanza o prácticas educativas de la salud dirigidas al paciente de diabetes y su familia, está relacionada a la prevención de complicaciones a través del auto manejo de la enfermedad, que posibilita al paciente convivir mejor con ella (Otero, Zanetti y Ogrizio, 2008).

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general. Los objetivos de la educación terapéutica de acuerdo con García y Suárez (2007) de manera general deben asegurar que el paciente y su familiar allegado reciban una adecuada educación como parte de su tratamiento, los autores dividen los objetivos a corto y largo plazo como se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4. Objetivos de la educación terapéutica	
Parcial a corto plazo	Parcial a largo plazo

<p>Aumentar los conocimientos y desarrollar las destrezas necesarias para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de patrones alimentarios adecuados a las necesidades individuales. • La práctica de ejercicios físicos. • La correcta realización de las técnicas de autocontrol de glucosa en orina. • La correcta realización de las técnicas de autocontrol de glucosa en sangre (si las tiene indicadas). • El cuidado diario de miembros inferiores. 	<p>Contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del sobrepeso corporal o la obesidad. • Buen control metabólico. • Práctica sistemática de actividad física. • Disminución de las complicaciones agudas y crónicas. • Disminución de los sentimientos de minusvalía.
---	--

Se puede considerar que, en estos últimos años, las bases del tratamiento de la diabetes están dejando de ser la alimentación, el ejercicio y los fármacos es la educación la que engloba estos tres conceptos. Y si no se es capaz de motivar, entusiasmar y mantener el interés constante del paciente para que sea protagonista y tome parte activa en su tratamiento no se conseguirán resultados satisfactorios (Figuroa, 2003).

La educación de los pacientes en el campo de la diabetes, como en cualquier otra enfermedad crónica, es un medio terapéutico con su propia sintomatología. Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y, sobre todo, modificar el comportamiento. Este último objetivo es el más importante: la información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran en los hábitos personales (Gomis y cols., 2007).

El punto de partida del proceso educativo se debe centrar en las percepciones, criterios, sentimientos y conductas de los pacientes de diabetes. Antes que informar hay que observar y escuchar con respeto máximo a las apreciaciones y criterios de la persona, y garantizarle plena libertad para expresarse, en una atmósfera familiar y sencilla, en la que cada cual exponga sus inquietudes y experiencias, sus dificultades objetivas y las barreras que percibe para vivir con la enfermedad. Y a partir de dichas situaciones se desarrollarán métodos de análisis y discusión para identificar las diferentes alternativas de solución (García y Suárez, 2007).

Actualmente se usa el término educación terapéutica como un proceso de pactos y negociación que conforma el conjunto de procesos educativos dirigidos a una población que padece una enfermedad con el objetivo de que la persona realice un manejo efectivo de su plan terapéutico y mejore su calidad de vida y su bienestar social mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y modificaciones en las actitudes, aptitudes, y hábitos, de modo que sea la propia persona la que auto-gestione su plan terapéutico, previo consenso con el personal sanitario de referencia, el cual, alcanzados los objetivos individualizados y previamente pactados, a través de los programas educativos pertinentes, centrará sus intervenciones en el acompañamiento terapéutico, que consiste en dar continuidad a los cuidados y ser la memoria positiva de la persona con diabetes en un ejercicio de respeto y tolerancia ante las decisiones bien informadas que la persona adopte (Gomis y cols., 2007).

La educación para el auto-manejo de la diabetes mellitus, es el proceso de enseñar a los pacientes a administrar su enfermedad. Las metas de la educación en diabetes

consisten en mejorar el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, y mejorar la calidad de vida con costos razonables (Otero y cols., 2008).

Así pues, la psicología tiene mucho por hacer en este terreno y, la psicología de la salud ha incursionado en diversos aspectos relacionados con esta enfermedad. Peyrot y Rubin (2007 citados en Rodríguez y García, 2011), llevaron a cabo una revisión de las principales intervenciones conductuales y psicosociales vinculadas con la diabetes y comentan que se han dividido en dos principales dominios:

- a. Intervenciones de autocuidado, las cuales incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste.
- b. Intervenciones emocionales, donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión.

Se debe tener en cuenta que no hay una persona igual a otra, pero a su vez, nadie está aislado de su contexto familiar y social. Por tanto, es muy conveniente incorporar a los familiares a todas las actividades y combinar la actividad de grupo con la educación individual. Mediante la primera se garantiza el apoyo de unos a otros, mientras en la segunda se refuerzan las respuestas a necesidades particulares de cada persona (García y Suárez, 2007).

El conocer sobre diabetes mellitus tipo 2 no parece ser suficiente al ir en ascenso su desarrollo (incluso a edades más tempranas), el aumento de sus complicaciones y de la

tasa de mortalidad en relación a esta. Es importante remarcar que hay un proceso anterior de atención para las personas propensas a este padecimiento: la prevención.

La prevención debe ser la estrategia fundamental para disminuir la morbimortalidad y reducir el costo sanitario. En esencia consiste en educar a la población general en el concepto de “vida sana”, ésta estrategia debe llevarse a cabo muy especialmente en la población general sana o enferma desde los primeros años de diagnóstico (Gomis y cols., 2007).

La prevención de la diabetes mellitus implica el conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión. Realizada en tres niveles (Alpízar, 2001; Figueroa, 2003; Gomis y cols., 2007):

Cuadro 5. TIPOS DE PREVENCIÓN	
PREVENCIÓN PRIMARIA	Tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad. Toda actividad que tiene lugar antes de la manifestación de la diabetes mellitus. Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socioambientales que, unidas a factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la diabetes.
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Todos los esfuerzos van destinados a individuos ya confirmados con diabetes mellitus. Tiene como objetivo el retrasar la progresión de la enfermedad, remitir cualquier alteración en su estado metabólico y prevenir la aparición de complicaciones agudas o crónicas. Se establece mediante intervenciones muy tempranas inmediatamente después del diagnóstico, con la pretensión de evitar la progresión del trastorno.
PREVENCIÓN TERCIAIA	Está dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas. Tiene como objetivo evitar la discapacidad del paciente (por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético, etc.), y evitar la mortalidad temprana. Estas acciones requieren de la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones. Basa su estrategia en el control sanitario óptimo y en la educación de la población afectada, con visitas a prevenir el desarrollo de complicaciones o incapacidades.

Capítulo 2. EMOCIONES Y DIABETES MELLITUS

2.1 ¿Qué son las emociones?

Uno de los factores psicológicos que más se han relacionado con la enfermedad es la emoción, fenómeno que ha sido abordado desde diferentes perspectivas. La definición de emoción que se puede obtener a partir de los escritos de Freud contiene tres elementos: pulsión, idea y afecto. Los psicoanalistas suponen que la energía liberada por una emoción que es inconsciente no se expresa de la forma apropiada y por lo tanto, es orientada hacia el interior del propio organismo y daña algún sustrato físico. Sea cual fuere el trastorno, el psicoanálisis se propone hacer consciente, lo inconsciente para evitar que el individuo se afecte a sí mismo (Rodríguez y Frías, 2005).

Las emociones según Belli e Íñiguez (2008) son aquellas que se gestan en el inconsciente y no en la voluntad, en ocasiones, se les mezclan con conductas consideradas racionales y recientemente, se afirma que no son patrimonio exclusivo de la interioridad de las personas, sino que son construcciones sociales de naturaleza fundamentalmente discursiva. Para Fernández (2011), las emociones son las formas en que experimentamos al mundo y las respuestas emocionales reflejan la cultura toda vez que son moldeadas por ella.

Por otro lado Dantzer Robert (1989), designa el término emoción a sentimientos que cada persona puede reconocer en sí mismo por medio de la introspección o atribuir a los demás por medio de la extrapolación. Las emociones se caracterizan por

sensaciones más o menos precisas de placer o displacer: las emociones agradables o positivas acompañan la presencia inesperada o la anticipación de acontecimientos gratificantes; las emociones desagradables o negativas se asocian con la experiencia del dolor, el peligro o el castigo. Agradables o desagradables las emociones tienen una característica y es que no son simplemente cerebrales sino que van acompañadas de modificaciones fisiológicas y somáticas.

Dentro de las teorías de la sensación y la fisiología, una teoría de la emoción se centra en las sensaciones que la gente experimenta; otra teoría busca identificar los diversos cambios y alteraciones fisiológicos detrás de una emoción. Las dos consideran la emoción como un sentimiento que ocurre en la persona, que dura un periodo de tiempo determinado y que puede tener una ubicación definida en el cuerpo. Algunos partidarios de estas creencias han llegado a suponer que sentir la emoción sólo es percibir los trastornos fisiológicos inherentes (Calhoun y Solomon, 1989 citado en Rodríguez y Frías, 2005).

Para Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) las emociones son reacciones psico-fisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva).

Sánchez (2009) define emoción, como una tendencia o un impulso a actuar de una determinada manera. Dirigida por nuestro cerebro y, a veces, mediatizada por pensamientos, lo que provoca un determinado estado fisiológico en el cuerpo de la persona que la padece. Conlleva sentimientos y pensamientos asociados que producen condiciones biológicas y psicológicas, y se manifiesta a través de una conducta específica.

Las terapias cognoscitivas suponen que los conocimientos o pensamientos de la persona son una de las fuentes principales de trastornos psicológicos. Dentro de este enfoque, las emociones se consideran total o parcialmente como cogniciones o como algo que depende de la lógica o causalmente de las cogniciones, esto es, de las creencias o interpretaciones que las personas hacen de una cosa o una situación. Uno de los rasgos distintivos de dicha teoría es que realiza un análisis de la racionalidad de las emociones. El supuesto básico es que lo racional de una emoción está vinculado con la creencia de la que proviene. La emoción puede ser irracional para una situación particular, pero sólo lo es porque se tienen creencias erróneas o injustificadas sobre la situación (Calhoun y Solomon, 1989 citado en Rodríguez y Frías, 2005).

Por último las emociones según Reeve (2010) son fenómenos subjetivos, fisiológicos, funcionales y expresivos de corta duración que nos preparan a reaccionar en forma adaptativa a los sucesos importantes en nuestras vidas. Es decir, las emociones organizan y dirigen cuatro aspectos interrelacionados de la experiencia:

- Sentimientos: descripciones subjetivas, verbales, de la experiencia emocional. El componente sentimental proporciona a la emoción su experiencia

subjetiva, que tiene tanto un significado como importancia personal. Tanto en intensidad como en calidad la emoción se siente y experimenta a nivel subjetivo (o fenomenológico). El aspecto sentimental está enraizado en procesos cognitivos o mentales.

- Disposición fisiológica: manera en que nuestro cuerpo se moviliza en sentido físico para cumplir con las demandas de una situación.
- Función: qué es específicamente lo que queremos lograr en ese momento.
- Expresión: cómo comunicamos públicamente nuestra experiencia emocional a los demás.

Entre las funciones más importantes de la emoción está la de preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. La correspondencia entre la emoción y su función son las siguientes: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo; anticipación-exploración; sorpresa-exploración. También cumplen una función importante en la comunicación social. Existen varias funciones sociales de las emociones, como son: a) facilitar la interacción social, b) controlar la conducta de los demás, c) permitir la comunicación de los estados afectivos y d) promover la conducta pro-social. Y por último tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia ya que la relación entre emoción y motivación es estrecha, al tratarse de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad, que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta

motivada, y una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa (Piqueras y cols., 2009).

Algunas emociones están presentes desde el nacimiento otras aparecen más tardíamente. En ambos casos aprendemos a reconocer cada una de las emociones que podemos sentir a un tiempo en nosotros mismos y en los demás. Para hablar de las emociones y compartirlas con aquellos que nos rodean, aprendemos a designarlas con términos como alegría, exaltación, felicidad, pena, tristeza, culpabilidad, miedo, ansiedad, rabia, etcétera (Dantzer, 1989).

Cuando sentimos ira, ansiedad, tristeza, preocupación, etc., fisiológicamente nos encontramos de una manera específica con cada una de ellas, nuestros pensamientos y nuestro razonamiento se ven afectados por ello, y todo esto dirige nuestro comportamiento (Sánchez, 2009).

Desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano y Miguel, 2001 citados en Piqueras y cols., 2009)

En gran medida las emociones son fenómenos cognitivos que están gobernados por pensamientos, creencias y formas de pensar, lo que tendría sentido es que una buena

parte de la experiencia emocional se pueda controlar en forma voluntaria, al menos al grado en que se pueden controlar voluntariamente nuestras creencias y formas de pensar (Palmero, Fernández, Martínez y Chóliz, 2002).

2.2 Clasificación de emociones

Tradicionalmente se suelen diferenciar dos grupos de emociones con base en la dimensión de agrado-desagrado. Por una parte, nos encontramos con las emociones positivas, que se caracterizan porque generan una experiencia agradable, ejemplos de este tipo de emociones son la alegría, la felicidad o el amor. Por otra parte, existe una serie de emociones cuya experiencia emocional es desagradable y que han sido investigadas en su relación con la salud mental y física, como el miedo y la tristeza (Piqueras y cols., 2009).

La clasificación de las emociones dependerá del autor que se consulte, algunos las clasifican de manera general en positivas y negativas. A continuación se presenta la clasificación que desarrollan Palmero y cols. (2002) para quienes las emociones surgen a partir de procesos biológicos pero también a partir del procesamiento de la información, la socialización y los contextos culturales. Con base en lo anterior lo dividen en cuatro grupos.

2.2.1 EMOCIONES BÁSICAS I (miedo, alegría y sorpresa)

Las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada una asociada a un patrón específico de activación fisiológica, a una experiencia

cognitiva-subjetiva o sentimiento específico y con un substrato neuro-anatómico específico (Piqueras y cols., 2009).

La emoción de miedo es una de las que más atención ha recibido por parte de los investigadores y teóricos. En general, se produce la emoción del miedo cuando existe un estímulo, evento o situación que, tras la valoración realizada por un individuo (sea valoración consciente o no consciente), resulta significativamente relacionada con la amenaza física, psíquica o social al organismo, así como a cualquiera de las metas valiosas que éste persigue. De hecho el miedo es de las emociones más primitivas, encontrándose asociada a la principal característica o finalidad de cualquier ser vivo: la supervivencia (Palmero y cols., 2002).

El miedo y la ansiedad son las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se ha desarrollado un arsenal de técnicas de intervención mayor desde todas las orientaciones teóricas psicológicas. La expresión patológica del miedo son los trastornos por ansiedad, que están relacionados con una respuesta de ansiedad desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos (Piqueras y cols., 2009).

Eysenck (1991) considera que la ansiedad es un caso concreto de miedo aprendido; es la acepción tradicional de la ansiedad. En cambio Gray (1982) considera que la ansiedad puede ser entendida, bien como un estado de miedo elicitado por ciertos estímulos condicionados asociados con el castigo, bien como la anticipación de la

frustración producida por otros estímulos. En el CIE se considera que la ansiedad hace referencia al miedo, el pánico y la preocupación, llegándose a proponer que “la ansiedad se refiere a la aprensión, tensión o dificultad derivada de la anticipación de un peligro, que puede ser interno o externo” (American Psychiatric Association, 1994, p.392 citados en Palmero y cols., 2002).

La alegría, como cualquier otra emoción, se corresponde con una respuesta multidimensional, con connotaciones adaptativas, que suele ser muy breve y muy intensa. Es una emoción básica que se caracteriza, por tanto, por poseer una importante dimensión innata; no obstante, al igual que en prácticamente todas las emociones, los desencadenantes que pueden evocar dicha emoción presentan una mayor influencia cultural. Y por último, siguiendo con el autor la sorpresa es una emoción singular que se caracteriza por su reacción ante algo imprevisto o extraño (Palmero y cols., 2002).

2.2.2 EMOCIONES BÁSICAS II (ira, tristeza y asco)

Aristóteles consideró que la ira puede ser definida como la creencia que tenemos de haber sido indignamente ofendidos, lo que produce en nosotros un gran sentimiento de dolor, así como un deseo o impulso de venganza. La emoción de ira también se encuentra presente en casi todas las especies. Sus funciones están relacionadas con la protección y defensa de la integridad propia, de la descendencia y de los bienes o posesiones, en el ser humano también se encuentra relacionada con la defensa de las creencias, juicios y los valores (Palmero y cols., 2002).

Es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional (Lazarus, 1991), es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas con base en: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Así, en primer lugar, la ira puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos. En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira (citado en Piqueras y cols., 2009).

Cuando se trata de definir la tristeza más que en el estímulo en sí, es conveniente la consideración del proceso de valoración que origina la propia emoción. Así, el proceso de valoración de la emoción de tristeza se encuentra relacionada con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida ésta, como un objeto o una persona. Además la tristeza puede ser experimentada también cuando la pérdida es sufrida por alguien próximo a la persona que experimenta tristeza. La estructura temporal de la emoción de tristeza puede ubicarse en el pasado, presente y en el futuro. Una función personal importante de la tristeza es que al ser la emoción más reflexiva permite que una persona haga introspección, realice un análisis personal acerca de su situación, su futuro y su vida en general (Palmero y cols., 2002). Sobre ella

existe gran variabilidad cultural, e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal y McKinney, 1984 citados en Piqueras y cols., 2009).

La emoción de asco, aversión o repugnancia. Se considera como una emoción básica porque tiene un sustrato neural innato, una expresión universal también innata, un único estado motivacional-afectivo y un patrón de respuesta asociado que es relativamente estable a lo largo de distintas especies y culturas. Incluso una emoción tan desagradable como lo es el asco cumple sus funciones adaptativas, sociales y motivacionales, de ellas la adaptativa es la más importante ya que prepara al organismo para que ejecute eficazmente un rechazo a las condiciones ambientales potencialmente dañinas (Palmero y cols., 2002).

El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes. La mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo. Está relacionado con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y la bulimia, pero puede ser el componente terapéutico principal de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo, tales como la técnica de dejar de fumar rápido, así como en el tratamiento para reducir las náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia. La actividad fisiológica típica de esta emoción suele ser el aumento en la reactividad gastrointestinal y la tensión muscular. No obstante, las

dos reacciones fisiológicas más características y distintivas de esta emoción son las sensaciones de náusea y el aumento de la salivación (Piqueras y cols., 2009).

2.2.3 EMOCIONES SOCIALES I (culpa, vergüenza y orgullo)

Estas emociones autoconscientes son también designadas por algunos autores entre ellos Barrett (1995), como emociones sociales, en efecto estas emociones tienen importantes aspectos interpersonales y su desarrollo se halla presente en el desarrollo del niño sobre criterios de lo correcto y lo incorrecto, lo deseable y lo rechazable en la forma de comportarse, es básicamente fruto de la interiorización de los valores y las normas de su cultura (citado en Palmero y cols., 2002).

Siguiendo con Palmero y cols. (2002), ellos agregan en este grupo la culpa, la vergüenza y el orgullo. Emociones que en los últimos tiempos los psicólogos tienden a agrupar bajo la denominación de *emociones autoconscientes*, dado que en todas ellas subyace como rasgo fundamental, algún tipo de evaluación relativa al propio yo. Estas emociones surgen cuando se produce una valoración positiva o negativa del propio yo en relación con criterios de lo que es una actuación adecuada en diversos ámbitos. Consiguientemente, van a jugar un papel muy importante en la orientación de la conducta del sujeto en relación con dichos criterios, en su desarrollo personal y en su vida social.

Vergüenza y culpa son dos términos que a menudo se mencionan en relación con un mismo evento o situación pero la vergüenza es una emoción más pública, una emoción

que surge de la desaprobación de los demás y requiere de la presencia (real o imaginada) de los otros, mientras que la culpa es una emoción más privada, que surge de la propia desaprobación y no requiere de observadores externos. El orgullo favorece no solo la conducta futura acorde con los criterios de valor o mérito de la persona, sino también su autoestima. Cumple de este modo una función muy importante tanto en la orientación de una conducta como en el desarrollo psicológico de la persona y en su bienestar subjetivo (Palmero y cols., 2002).

2.2.4 EMOCIONES SOCIALES II (enamoramamiento, celos, envidia y empatía)

Una de las características de las emociones sociales es que se trata de experiencias que tienen sentido en su relación con los demás. Surgen en un contexto social determinado, que es el que les confiere significación y necesitan del análisis de los otros para poder entenderse apropiadamente. Se trata de experiencias emocionales complejas. En este sentido cuando se habla de emociones sociales como emociones secundarias, son secundarias, en tanto se trata de experiencias emocionales que están conformadas por otras más elementales, que podemos considerar primarias. La envidia concurre con la tristeza o ira, el enamoramamiento con alegría, o miedo, al tiempo que la empatía puede evocar el complejo de emociones que sufra quien se encuentra cercano (Palmero y cols., 2002).

Las emociones sociales son el segundo tipo de emociones que podemos encontrar sólo en los seres humanos, se originan en la relación social sin una existencia

funcionalmente necesaria y que pueden variar de una cultura a otra. Nacen de relaciones basadas en el lenguaje, que es la base de lo humano. Ambos, la emoción y el lenguaje, están estrechamente vinculados. Si el primero son disposiciones funcionales para generar acciones conductuales y el segundo son acciones conductuales recursivas coherentes en la experiencia generada en la relación con otros, queda claro que la emoción determina al lenguaje (Maureira y Sánchez, 2011).

Entre las emociones sociales se encuentran: el enamoramiento, los celos, la envidia y la empatía.

El ser humano tiene la capacidad de amar y lo hace de muy distinta manera, según la relación que se establezca con el ser querido. Y en cada una de las posibles relaciones que definen las distintas formas de querer, éste puede ser más o menos intenso y comprometido. Y desde luego, la relación evoluciona y se modifica como cualquier otro proceso que perdure en el tiempo. El enamoramiento que, aun siendo una de las emociones más intensas, no deja de ser una fase (la primera en el tiempo) de un tipo de amor, el romántico, en nuestro contexto sociocultural, se trata de una explosión emocional que va acompañada de obnubilación mental, euforia y ansia por unirse a otra persona (Palmero y cols., 2002).

El amor es como la sed, acaba siempre por saciarse. Las emociones son variables y traviesas, pierden ímpetu con gran rapidez, tienden a ser desviadas del objetivo inicial a la más mínima distracción y pueden cambiar por completo en un momento (Belli, Harré, e Íñiguez, 2010).

La palabra celos proviene de *zealous*. Una de sus acepciones es el recelo que alguien siente porque cualquier afecto o bien que disfrute o pretenda, llegue a ser alcanzado por otro. La otra acepción es sospecha, inquietud y recelo de que la persona amada mude su cariño, poniéndolo en otra. En ambos casos se alude al temor, creencia, o sospecha que algo preciado está en peligro de perderse (Palmero y cols., 2002).

Los celos, como emoción compleja que es, están influidos por múltiples variables, en las que se puede destacar, además de los factores culturales, tanto aquellas que tienen que ver con las características psicológicas de la persona que siente celos como aquellas otras que son propias de la situación (Canto, García, Gómez, 2009).

Por otra parte la envidia se deriva de la palabra latina *invidia* que significa la consideración de algo con malicia. Una ferviente aspiración de poseer algo de lo que se carece, pero que la disfrutaban otros. Se trata entonces de una emoción eminentemente social, ya que las reacciones afectivas inducidas se producen por comparación con los demás (Palmero y cols., 2002).

En el caso de la envidia, se está ante un afecto de particular complejidad, de carácter displacentero, vinculado a nuestras autoevaluaciones en atributos que se consideran relevantes que determinan una sensación de falta o de limitación y, por tanto, deviene sentimiento de inferioridad. La envidia surge en la interacción humana y se expresa en ella. Su valoración social es sumamente negativa, pues se le considera causa de

agresiones verbales y físicas, y opuesta de modo radical a afectos pro-sociales (León, 2002).

A veces la situación en la que se encuentran los demás genera reacciones emocionales congruentes, incluso similares, en nosotros mismos. Somos capaces de entender cómo se encuentran y actuar en consecuencia. Es lo que se denomina empatía. Se pueden definir tres cualidades notorias que la identifican y que es preciso tener en cuenta a la hora de entender este fenómeno: la capacidad para comprender a los demás, ser capaz de reproducir un estado afectivo que sintonice con el que sienten y ejecutar las conductas apropiadas que es preciso llevar a cabo para solucionar el problema de la otra persona (Palmero y cols., 2002).

Si analizamos estas emociones nos damos cuenta que cada una nace de una característica social, o sea, su origen no se da en la necesidad de la homeostasis funcional de un sistema viviente ni tampoco de la reproducción del mismo, sino más bien surge de una condición del ser humano en algún aspecto definido por él mismo en relación a otro u otros. Por lo tanto, las emociones sociales no poseen ninguna finalidad funcional orgánica, aunque sí genera cambios en el sistema nervioso ya que si no fuese así no podríamos experimentarlas (Maureira y Sánchez, 2011).

2.3 Sentimientos y emociones

Tradicionalmente se ha distinguido entre sentimientos y emociones. La *emoción* se define como estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o

recuerdos. La palabra *sentimiento* es definida como la acción y efecto de sentir, en su forma sustantiva, como sentimiento del ánimo y como verbo, se define como experimentar sensaciones producidas por causas externas (Salmurri, 2004).

Puede ser un sentimiento temporal o un sentimiento de fondo cuando se instala y permanece cierto tiempo en nuestras vidas. El sentimiento requiere además de la parte corporal, emocional y perceptiva, de experiencias vividas o imaginadas o introyectadas, en su caso, así como del contexto socio-cultural-espacio-temporal (Fernández, 2011).

De acuerdo con Salmurri (2004), las reacciones emocionales son los mecanismos que ponemos en marcha para mantenernos vivos, aparecen de forma automática en cualquier animal y los seres humanos podemos ser conscientes de éstas. La sensación consciente de la reacción emocional es el sentimiento. Como se mencionó anteriormente las sensaciones y los estados de ánimo placenteros son los considerados positivos, y aquellos asociados al sufrimiento y al dolor emocional negativos. Algunos ejemplos de sentimientos y emociones siguiendo con el autor son:

Ira: rabia, agresividad, enojo, resentimiento, cólera, furia, exasperación, indignación, acritud, animosidad, irritabilidad, hostilidad, rencor, tirria y, en caso extremo odio.

Tristeza: pena, desconsuelo, melancolía, autocompasión, desesperación, pesimismo, desaliento, soledad, desánimo, aflicción y, en caso patológico depresión.

Miedo: temor, ansiedad, tensión, preocupación, inseguridad, angustia, terror, inquietud, nerviosismo, incertidumbre, desasosiego, consternación, pavor y, en casos patológicos, fobia y pánico.

Alegría: satisfacción, felicidad, tranquilidad, contento, diversión, euforia, deleite, dignidad, placer sensual, capricho, gozo, éxtasis y, en caso extremo manía.

Amor: enamoramiento, aceptación, afinidad, adoración, devoción, confianza, cordialidad, afecto, ternura, cariño, pasión.

Sorpresa: susto, desconcierto, admiración.

Aversión: menosprecio, desdén, asco, repugnancia, disgusto, antipatía, desagrado, dolor.

Vergüenza: culpa, remordimiento, humillación, perplejidad, aflicción, pesar, rubor, turbación, bochorno.

Se ha señalado la existencia de pautas universales para la expresión de ciertas emociones básicas como la ira, el enojo, la alegría, el disgusto, la ansiedad y la tristeza, aunque igualmente se ha reiterado que la expresión de las emociones puede variar en función de las costumbres, normas y creencias sociales, por lo tanto variará la forma de reaccionar y de entender una emoción o sentimiento dependiendo la cultura de que se trate, dado que los afectos, junto con sus emociones y sentimientos están ligadas al orden social (deber ser/deber hacer) de una comunidad particular. Algunos estados cognoscitivos son centrales o necesarios para las emociones y que existen distintas maneras en que éstos pueden relacionarse; plantea que las emociones están relacionadas con las creencias o las presuponen, o que al menos una creencia específica es necesaria para la generación de una emoción determinada, incluso que las emociones son en parte creencias o juicios (Rodríguez, Juárez y Ponce, 2011).

2.3.1 Diferencia entre emoción y sentimiento

Según Fernández y Palmero (1999 citados en Rondón, 2011), las emociones son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su homeostasis. Son procesos adaptativos que ejecutan programas de acción genéticamente determinados, que se activan instantáneamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos.

Las emociones son básicamente procesos físicos y mentales, neurofisiológicos y bioquímicos, psicológicos y culturales, básicos y complejos. Sentimientos breves de aparición abrupta y con manifestaciones físicas, tales como, rubor, palpitaciones, temblor, palidez, entre otras. Duran poco tiempo. Se acompañan con agitación física a través del sistema nervioso central. Mueven, dan o quitan ánimo. Y los sentimientos son las emociones culturalmente codificadas, personalmente nombradas y que duran en el tiempo. Secuelas profundas de placer o dolor que dejan las emociones en la mente y todo el organismo (Fernández, 2011).

Para Ponce (1987 citado en Rodríguez y cols., 2011), los sentimientos son emociones complejas y las emociones son lo más básico, pues cuando una tendencia se manifiesta bruscamente, aparece una emoción; cuando ha sido sometida por la sociedad y elaborada por la educación se transforma en sentimiento.

Hay quien considera que “La emoción y las reacciones emocionales están alineadas con el cuerpo, los sentimientos con la mente”. Las primeras con necesidades

fisiológicas y los segundos con psicológicas y de trascendencia. En todo caso parece importante distinguir emoción y sentimiento aunque es algo poco claro en algunos autores y también puede llegar a resultar polémico y estéril (Fernández, 2011).

Estado afectivo; reacción sub-jetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo (Consuegra, 2010).

La emoción es la reacción emocional breve, relacionada con la conciencia inmediata, la expresión primera espontánea, intensa e instantánea y el sentimiento dura más tiempo, puede resultar aparentemente menos intenso, llega del cuerpo por la emoción o de la mente con una idea y es cuando ya permanece con nosotros el suficiente tiempo como para sentirlo y nombrarlo a la vez, esto es, se interpreta. Ambos, emociones y sentimientos “desempeñan un papel esencial en el comportamiento social y, por extensión, en el comportamiento ético. Además “los sentimientos son necesarios porque son la expresión a nivel mental de las emociones y de lo que subyace bajo éstas”. En el mismo sentido: “Emociones y sentimientos mantienen estrechas relaciones. Las emociones son biológicas, pulsionales. Los sentimientos son elaboraciones llamadas secundarias porque se las somete a un proceso de mentalización” (Fernández. 2011).

Para Rodríguez y cols. (2011), las emociones no surgen y no son expresadas en el vacío. Son fenómenos socialmente contruidos dentro de un contexto cultural y socialmente definido que influye en la forma de expresarlas, en cómo serán nombradas

y de qué manera pueden ser aprendidas; la emoción es refinada por la lengua y el proceso de afinación de la competencia emocional es propio de una cultura en particular. Cada cultura enseña a manejar los actos de habla básicos tocados por la emoción y enseña a interpretar en su lengua los tonos de voz de la furia, el deseo, el desinterés, etcétera. La cultura afecta en cómo se experimentan las emociones, al dotarlas de valoraciones positivas o negativas en el sentido de que los comportamientos pueden ser vistos como apropiados o no en función de las normas sociales bajo las que se rigen las personas, pues los sistemas simbólicos que los individuos utilizan al construir el significado son sistemas que ya están allí, profundamente arraigados en el lenguaje, sus tradiciones e historia, por la participación en la cultura es que el significado es público y compartido.

Siguiendo con los autores la afectividad es un aspecto substancial para identificar la importancia que tienen determinadas ideas o creencias en la vida práctica. Sin embargo, para que las emociones y sentimientos nos digan realmente algo, se tienen que ubicar en un contexto cultural que las explica y les otorga una ocasión de ocurrencia (Rodríguez y cols., 2011).

Una vez revisado lo que son las emociones, sus funciones e implicaciones anudemos estas al padecer diabetes iniciando desde el estado emocional al momento de recibir el diagnóstico médico.

2.4 Impacto o respuesta emocional al diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus

El diagnóstico de la diabetes, al igual que el de cualquier enfermedad crónica provoca fuertes reacciones emocionales. Una vez que se diagnostica la enfermedad se produce una diferencia subjetiva entre esta y la forma que la percibe el paciente, además del significado que le confiere. El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento. Así, este puede percibirse como un fenómeno altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o un beneficio o alivio a responsabilidades, situaciones personales, etc. En función de esto el paciente adopta su rol de enfermo. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de este, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento (Martín, 2003).

El diagnóstico tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. Su comunicación genera retos en la relación médico-paciente relacionados con aspectos como la información o conocimiento de las personas sobre la enfermedad y el vínculo que se da entre usuarios y proveedores de salud. En la primera dimensión (información y conocimiento) las referencias de los pacientes de diabetes mellitus parecerían contradictorias. Aunque suelen expresar que “conocen” la enfermedad (al reconocer el término diabetes como una enfermedad para toda la vida, relacionada con el funcionamiento del páncreas y el aumento de azúcar en sangre), la exploración sucesiva muestra que en realidad dominan información muy elemental, aislada,

estereotipada y a veces errónea, que tiende a sobredimensionar ciertos aspectos de la enfermedad y que difícilmente alcanza para comprender sus causas, manifestaciones y tratamiento. La información sobre las formas más saludables de convivir con la diabetes y de lograr el control metabólico sistemático comúnmente está ausente (Ledón, 2012).

Según Figueroa (2003) con base en las características del individuo y su momento vital, la respuesta emocional variará considerablemente. Y en el caso de la diabetes la edad condiciona buena parte de la respuesta emocional: en la adolescencia supone, normalmente, un estado de rebeldía a las pautas del control de tratamiento. En el caso de los chicos diagnosticados años atrás y que hasta ese momento habían llevado excelentes controles no es infrecuente en esta etapa que abandonen las pautas de autocontrol y trasgredan con frecuencia las normas dietéticas, o de insulina, que hasta entonces habían sido aceptadas. En la edad adulta el diagnóstico suele ser vivido, por una parte, como pérdida del equilibrio fisiológico y por otra, como una limitación en el estilo de vida que llevaba anteriormente, por lo que se deberá tener muy en cuenta la adecuación del tratamiento a las pautas de vida del individuo. Por último el anciano puede concebir la diabetes como el principio del fin considerándola como una limitación importante.

Lazarus y Folkman (1986 citados en Vinaccia y Orozco, 2005) hablan de la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de

adaptación posterior a la enfermedad. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad, así, cada recaída, visita médica y análisis frecuentes pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad.

De acuerdo con Ledón (2012) los pacientes refieren que el momento de la comunicación del diagnóstico es uno de los más impactantes dentro sus procesos de enfermedad, porque marca el inicio de una nueva etapa, dentro de la cual se comienzan a reestructurar las diversas áreas de vida y se construyen nuevos sentidos. Usualmente, a este momento le precede un proceso de exploración de la salud o una etapa de manifestaciones de la enfermedad, que pueden haber sido asociadas durante algún tiempo con causas como la presencia de estrés, conflictos, preocupaciones, o incluso, otras enfermedades. Como resultado, la persona llega al momento del diagnóstico agotada desde el punto de vista físico y mental, lo cual complejiza sus procesos de salud.

Los sentimientos que afloran en los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad pueden ser muy distintos y a menudo difíciles de comprender por las personas del entorno. Es muy importante en esos momentos la comprensión y el apoyo por parte de su familia, amigos y equipo de salud. Además la forma en que el paciente afronte el trastorno depende de otros acontecimientos que puedan producirse en esta época en otras áreas como la laboral, social o afectiva (Figuroa, 2003).

Cuando una persona recibe la noticia que padece diabetes se desencadena en ella una serie de reacciones, en ocasiones contradictorias, que varían según la edad, el sexo, las referencias que tenga de la enfermedad, el tipo de diabetes y la forma de presentación. Pueden manifestarse estados emocionales dominados por la aprehensión, la preocupación sobre la salud y su pronóstico, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión, por lo que dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa al momento de la comunicación del diagnóstico, las representaciones del sujeto y de sus redes de apoyo acerca de su salud, así como la información que manejan sobre la enfermedad, desarrollará la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico (Ledón, 2012).

Después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica. Claro que estas reacciones emocionales no se presentan en todos los pacientes con enfermedades crónicas, y su orden de aparición no es el mismo en todos los casos; incluso hay casos en los cuales no se presentan (Vinaccia y Orozco, 2005).

La asistencia médica convencional está centrada en la enfermedad y, por tanto, pretende realizar un diagnóstico concreto y ajustar sus variables de tratamiento. Este enfoque no es el apropiado en la enfermedad crónica, en la que la eficacia del tratamiento exige centrar la atención en la persona y su entorno. Las motivaciones y necesidades personales, el ambiente familiar y las condiciones socio laborales deben ser analizadas antes de diseñar cualquier estrategia terapéutica que tenga posibilidades

de éxito. Esta forma de enfocar el tratamiento según las necesidades del paciente como persona es fundamental para reiniciar su establecimiento y no atenderlo con la perspectiva exclusiva de restablecer el equilibrio fisiológico (Figuroa, 2003).

La teoría de la acción razonada supone que las personas hacen un uso racional de la información que poseen y que llevar a cabo un comportamiento depende de las creencias comportamentales y normativas que posee el individuo que le permiten hacer una evaluación positiva o negativa de la conveniencia de la conducta, subraya el papel de los guiones sociales y de los aprendidos en la familia, la relación con los amigos y otros sistemas de relaciones (Martín, 2003).

Junto con otros factores, parece existir un componente psicógeno que influye en la evolución de la enfermedad al condicionar la forma de adaptarse a los estresores sociales (el primero de los cuales es el propio diagnóstico de la diabetes) (Piqueras y cols., 2009).

Entre las reacciones más comunes que se deben conocer después del diagnóstico Figuroa (2003) las destaca por áreas, de las que se resaltan el área familiar y el área personal:

Área Familiar.

Es importante conocer dentro de esta área cuál es el papel que el paciente desempeña en el entorno familiar. Lo ideal es que la enfermedad no cree relaciones de dependencia extrema con respecto a la pareja u otros miembros de la familia, y debe intentarse que el individuo desarrolle autonomía.

Área personal.

Dentro de esta área es importante el tipo de significado que el paciente da a la enfermedad, atribución que suele desarrollarse en algunos meses y que es importante que los profesionales de la salud la conozcan (peligro, pérdida, reto o ganancia). La apreciación del significado que el individuo da a la enfermedad puede obtenerse a través de pregunta directa, de un dibujo que realice el paciente, o donde quede plasmado el significado de alguna manera.

El diagnóstico de la diabetes produce una grave distorsión en la vida de la persona y su familia por la amenaza implícita o explícita de múltiples cambios a los que deberá hacer frente desde el inicio. Los cambios afectan a tres áreas de acuerdo con Gomis y cols. (2007):

- Área personal: pérdida del estado de salud anterior, modificaciones o pérdidas en la escala de valores y filosofía de la vida, sentimientos de impotencia o desesperanza, miedo a lo desconocido, miedo a la pérdida del control propio y del medio y respuestas depresivas, de negociación o de agresividad.
- Área familiar: los problemas más relevantes están vinculados a la alteración de la homeostasis familiar con cambios en los roles de la persona que padece diabetes y el resto de los miembros de la familia.
- Área social: los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de relaciones y lazos afectivos, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales.

Para Lerman (1998) los factores que influyen en la respuesta emocional al diagnóstico de la diabetes y su tratamiento incluyen edad, personalidad básica, autoestima, creencias sobre salud, ambiente social y nivel económico, entre otros. Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento.

En efecto en la diabetes deben cumplirse unos horarios y una dieta, los alimentos hidrocarbonados deben ser medidos, la actividad física debe ser regulada, se precisan controles de la glucemia a menudo varias veces al día, la medicación debe ser ajustada con frecuencia. Pero las variables que afectan al grado de adscripción de los pacientes a las normas terapéuticas según Figueroa (2003) son: la formación y habilidades de comunicación de los profesionales de la salud que los atienden, el apoyo familiar que reciben, los aspectos sociales y medioambientales con ello las variables culturales y morales, y las variables económicas, cognitivas y emocionales.

Entre las actitudes y creencias que con más frecuencia subyacen en el rechazo o abandono de las conductas que el plan de atención personal requiere de acuerdo con Lerman (1998) se encuentran:

Actitudes de creencias del paciente:

- ✓ Expectativa de curación.
- ✓ Percepción del plan terapéutico como muy difícil.
- ✓ Falta de convicción de que el plan terapéutico mejorará o logrará el control de los problemas de salud.
- ✓ Factores psicosociales

- ✓ Situaciones de la vida del paciente que producen estrés.
- ✓ Aparición de complicaciones nuevas.
- ✓ Disponibilidad y calidad de apoyo social para el paciente.
- ✓ Problemas psiquiátricos sin relación con la diabetes.
- ✓ Conceptualización y metodología del médico para aplicar el plan terapéutico.

Wulsin y Jacobson (citados en Lerman, 1998) presentan recomendaciones para mejorar el cumplimiento del plan terapéutico de la diabetes. Los primeros seis son medidas de terapia conductual y se orientan a lograr un objetivo en particular; los últimos dos tienen por objeto establecer una relación de trabajo fuerte entre el médico y el paciente:

Orientados a modificar la conducta:

- ✓ Dar instrucciones precisas, escritas y orales, acerca de quién hará cada cosa, diseñadas de acuerdo con la situación y necesidades de cada paciente.
- ✓ Adiestrar al paciente y a su familia en las destrezas que el plan terapéutico y su vigilancia requieren.
- ✓ Vigilar y evaluar las conductas necesarias para seguir el plan terapéutico (por varias personas y en varias formas).
- ✓ Aumentar la frecuencia de conductas apropiadas por medio de recordatorios.
- ✓ Reforzar o premiar los pasos que el paciente dé para adoptar el plan terapéutico.

- ✓ Empezar con tareas pequeñas y objetivos alcanzables; desarrollar y afianzar las conductas deseables con revisiones sucesivas conforme se logran los objetivos a corto plazo.

Orientados a crear una buena relación de trabajo:

- ✓ Acordar con el paciente el grado de esfuerzo que está dispuesto a hacer.
- ✓ Evitar reprender al paciente cuando no logra un objetivo; en vez de eso, revisar el objetivo o el método.

El diagnóstico de un trastorno crónico supone, sin duda, un cambio importante en el estilo de vida y en los planes de futuro a corto, mediano y largo plazo del individuo, con las consiguientes implicaciones psicológicas emocionales. Después de comunicar el diagnóstico muchos profesionales de la salud empiezan a dar las instrucciones más inmediatas en relación con lo que el paciente debe aprender (inyectarse insulina, ajustar las dosis, tratar la hipoglucemia, medir los hidratos de carbono, hacer ejercicio, etc.) sin darle la posibilidad tan sólo de expresar su reacción emocional (Figuroa, 2003).

El diagnóstico de la diabetes mellitus y de cualquier enfermedad crónica, debe considerarse como una etapa sensible dentro de los procesos de salud, donde de acuerdo con Ledón (2012) resulta vital desplegar acciones y recursos profesionales en aras de procesar adecuadamente su impacto y crear las bases para promover la adhesión terapéutica. Para ello, es fundamental considerar la comunicación del diagnóstico como un proceso que en base a la autora debe:

- Estimar y procesar las representaciones que manejan la persona con diabetes y su familia sobre la enfermedad y su carácter crónico.

- Explorar y procesar los vacíos de información acerca de los aspectos básicos en el tratamiento de la diabetes mellitus

- Potenciar los recursos de comunicación y empatía del profesional de la salud, desde un enfoque ético.

- Brindar información básica, comprensible, práctica y procesal sobre los aspectos medulares para comenzar a aproximarse al control de la enfermedad.

Es fundamental conocer las respuestas que está desarrollando esa persona y su familia ante el diagnóstico de la enfermedad, que son distintas en cada individuo y nos van a condicionar en gran medida los objetivos y las intervenciones que se programarán (Gomis y cols., 2007).

Los profesionales de la salud no nos damos cuenta a menudo de que tendemos a tratar de motivar desde lo que es prioritario para nosotros mismos y no desde lo que es para los demás. El médico está obligado a conocer si hay alguna variable psicológica de una intensidad tal que pueda actuar como obstáculo para el aprendizaje del tratamiento (Figuroa, 2003).

No basta con conocer sobre los intereses, conflictos personales, emocionales o el impacto del diagnóstico médico, sino en todos los efectos que pueden traer ciertas emociones cuando se padece una enfermedad crónica como la diabetes.

2.5 Efectos emocionales en la diabetes mellitus

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las que requiere de un alto esfuerzo físico, psicológico y emocional. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y emociones tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y emociones pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia (Rivas y cols., 2011)

Las tensiones crónicas emocionales pueden dar lugar a alteraciones físicas que pueden condicionar finalmente enfermedades orgánicas crónicas (Rodríguez y Frías, 2005).

Para Cano y Miguel (citados en Piqueras y cols., 2009), las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso salud-enfermedad, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas saludables (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y no saludables (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo).

Según Siqueira, Joel y Dos Santos (2008 citados en Rondón, 2011) las personas que poseen algún padecimiento físico sufren la influencia de los aspectos emocionales, pues la enfermedad genera una cierta fragilidad.

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen. Uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad) (Vinaccia y Orozco, 2005).

Los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido. Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa. Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente (Piqueras y cols., 2009).

Las creencias positivas producen emociones “positivas” ya que en el otro extremo se ubican las emociones “negativas”. Se dice que los efectos de las segundas son devastadores para el funcionamiento orgánico, o que la ausencia de una emoción

positiva deteriora el resultado de un tratamiento médico. Las emociones positivas están asociadas con cierta inmunidad a la enfermedad física y con las recuperaciones rápidas y sin complicaciones. En el lado opuesto se halla el efecto de las emociones negativas sobre la aparición y desenlace de una enfermedad (Coleman, Butchuer y Carson, 1988 citado en Rodríguez y Frías, 2005).

Investigaciones recientes apoyan la existencia de una relación entre eventos vitales estresantes y el comienzo diabético. El estrés crónico en una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y edad avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante para desarrollar esta enfermedad (Surwit y cols., 2002). Así, los factores estresantes pueden precipitar su inicio quitando valor a la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono en el paciente, tanto asintóticamente como produciendo hiperglucemias en la fase de estado. Otros estudios han señalado que la presencia de síntomas depresivos incrementa el riesgo de desarrollar diabetes en un 22% (Arroyo y cols., 2004), mientras que otros más, como el de Kessing, Nilsson, Siersma y Andersen, no hallan esta relación, con lo cual tampoco se puede concluir categóricamente al respecto (Kessing, Nilsson, Siersma y Andersen, 2004). Por último, algunos autores han señalado que los diabéticos presentan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en contraste con la población no diabética (Peyrot y Rubin, 1997) (citados en Piqueras y cols., 2009).

A pesar de muchos criterios escépticos, las pruebas de la importancia clínica de las emociones han ido aumentando considerablemente. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo,

tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacia incesante, tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas el asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esta magnitud hace pensar que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como el hábito de fumar o el colesterol elevado, en otras palabras, una importante amenaza a la salud (Martín, 2003).

Algunos estudios mencionan la existencia de depresión, ansiedad, sentimientos de rechazo, enojo y tristeza en las personas con diabetes mellitus tipo 2; lo cual tiene efectos adversos en el funcionamiento y tratamiento de los pacientes, así como en el manejo de la enfermedad y en la calidad de vida de la persona con diabetes. También han determinado que existe una relación entre eventos estresantes de la vida y el control de la glucemia. Es así como eventos estresantes severos están asociados con un peor control de la glucemia; mientras que eventos positivos en la vida se asocian con un mejor control (Pineda y cols., 2004; Martín y cols., 2007; Rivas y cols., 2011).

La ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. Cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación importante, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad, una vez que esta ha comenzado (Martín, 2003).

Los aspectos psicológicos, pueden aumentar la intensidad de la diabetes, estando asociados a un incremento en el riesgo de síntomas de ansiedad y depresión (Rondón, 2011). En otros estudios sobre los factores psicosociales involucrados en la diabetes, Rodríguez (2003) comenta que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica aumenta al doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad.

Por otro lado, Pineda y cols. (2004 citado en Heredia y Pinto, 2008), confirman la comorbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo 2 y sugiere la necesidad de atención psicológica a poblaciones con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de estos pacientes.

Diversos estudios han demostrado que existen factores psicológicos y sociales relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus, tales como estrés y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social. En pacientes con diabetes mellitus, el estrés tiende a estar más presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, ya que se considera estresante el sólo hecho de padecer una enfermedad metabólica crónica e incapacitante. Además el estrés está relacionado significativamente con un pobre control glucémico en pacientes diabéticos. El apoyo social es otra variable que estaría asociada con la adherencia a los tratamientos, ya que entregaría al paciente mayores recursos para afrontar el evento estresante y de este modo conducir a un mejor control de la glucemia, aumentando la adherencia al tratamiento y reduciendo el estrés. Además de

la relación entre apoyo social y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Ortiz y cols., 2011).

En otra investigación sobre la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), aumenta la evidencia de que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la CVRS. Por tanto, se hace necesario recordar que el impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no puede ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos (como la morbi-mortalidad). Asimismo, hay que destacar que en el seguimiento de la población paciente de diabetes, se debe tener en cuenta aspectos psicosociales, para mejorar el autocontrol, y la adherencia al tratamiento (Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain y Díez, 2007).

En relación a las emociones y la salud, se plantea que las respuestas emocionales des-adaptativas pueden ser las desencadenantes de crisis, responsables de las recaídas. También de forma inversa, las emociones negativas pueden ser consecuencia de la pérdida de salud. Pero las emociones positivas deshacen los efectos negativos que originan las emociones negativas, lo que iría asociado a un menor desgaste del sistema cardiovascular y con ellos a un mejor estado de salud (Rondón, 2011).

Para Fernández y Palmero (1999 citados en Piqueras y cols., 2009), las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla.

Los psicólogos cognoscitivistas reconocen algunos constructos que promueven buenos niveles de salud. El principal de estos constructos, que se concibe como una importante característica de la personalidad, es el optimismo, que implica expectativas generalizadas de que en el futuro ocurrirán generalmente cosas positivas. Se ha observado que las personas optimistas mantienen niveles más elevados de bienestar subjetivo; de igual modo, se ha constatado que los optimistas se adaptan mejor a los cambios de vida. Además, se ha vinculado el optimismo con mejores estrategias de afrontamiento (un concepto perteneciente a la teoría del estrés con el que se identifica a las respuestas y cogniciones destinadas a minimizar los efectos de situaciones estresantes) en comparación con las personas cuyo estilo es ser pesimistas (Pervin, 1998 citado en Rodríguez y Frías, 2005).

La Psiconeuroinmunología ha demostrado en el transcurso de su evolución, la posibilidad de que el sistema inmune esté mediado por factores psicológicos. Estudiar y explicar la creencia común de que la personalidad y las emociones ejercen alguna influencia sobre la salud, posee además el potencial para desarrollar intervenciones psicológicas que puedan mejorar la inmunidad y por consiguiente modificar la predisposición al inicio y el progreso de las enfermedades tanto infecciosas como de tipo crónico degenerativas (Martín, 2003).

En la etapa crítica de la enfermedad crónica se identifican una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En

esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar (Vinaccia y Orozco, 2005).

Ledón (2011), menciona que el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana, por lo que está obligado a trascender dicha individualidad en aras del mantenimiento de las relaciones interpersonales, espejo fundamental desde el cual los sujetos reconstruyen su imagen social y personal. Es aquí donde entra la familia, quien es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.

Capítulo 3. LA FAMILIA Y EL PADECER

DIABETES

3.1 Definición y función de la familia

Las concepciones que tienen algunos de los autores acerca de la familia son diferentes. Para Valdés (2007) existen algunas dificultades al momento de tratar de definir familia por lo que se pueden utilizar diferentes criterios para intentar una conceptualización precisa del término. Dentro de dichos criterios destacan:

1. Consanguinidad o parentesco, en el cual se define como familia a todas las personas que tengan lazos consanguíneos, ya sea que vivan o no en la misma casa.

2. Cohabitación, sostiene que la familia está compuesta por todos los integrantes que viven bajo un mismo techo independientemente de que tengan vínculos consanguíneos o no.

3. Lazos afectivos, donde se considera como familia a todos aquellos individuos con los cuales el individuo guarda una relación afectiva estrecha, sin necesidad de que tengan con él relaciones de consanguinidad, parentesco o cohabiten bajo un mismo techo.

La familia para Medina y cols. (2009), es definida como un sistema de miembros que se interrelacionan afectivamente. Concebida como institución social y como unidad básica, tiene un efecto marcado en sus miembros e influye tan fuertemente en su desarrollo que puede determinar el éxito o su falta en la vida de la persona.

También hay la idea de que la familia funciona como un sistema abierto, es decir, un sistema que intercambia de manera continua información con su entorno y que es modificada por éste. Un sistema es un conjunto de elementos en interacción recíproca en el que el comportamiento de cada subsistema es determinado por la situación y la conducta de los demás que lo configuran (Valdés, 2007).

Para Vázquez (2004) es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo. Entonces, la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas por ejemplo los hábitos alimenticios, higiénicos y de cuidado.

La familia, como núcleo de la sociedad, es esencial para el individuo, pues es la unidad sociológica donde ocurren las interacciones más importantes que generan estabilidad psicosocial al ser humano. La familia constituye una sólida fuerza de apoyo y crea vínculos entre sus integrantes; abastece de manera constante las necesidades básicas y otras que tienen que ver con el crecimiento y los ciclos de vida (Villafaña, Robles, Zarza, Van y Mercado, 2011).

La familia parece ser el grupo que más contribuye a la formación del individuo. Precisamente por eso es el lugar favorable para conseguir el bienestar individual e

interpersonal. El bienestar familiar es, pues, una continua y creativa adaptación a un mundo en constante transformación en el que las personas viven su ser. Un estado que se puede alcanzar, perder y reconquistar, que resulta positivo y deseable (Cusinato, 1992).

Según Rodríguez (2005), la familia núcleo básico de la sociedad, cuya importancia es fundamental para el individuo. Es una unidad sociológica donde ocurren las interacciones más importantes que dan estabilidad psicosocial al ser humano. Hace énfasis en el entorno, en las influencias psicosociales, ambientales, biológicas, así como del sistema nacional de salud y de modos o estilos de vida, los cuales son cada vez más amplios en relación con el desarrollo acelerado de la sociedad.

La sociedad y la familia se influyen mutuamente; la sociedad aporta un conjunto de premisas socioculturales, condiciones económicas, normas y valores, que indiscutiblemente, acotan la manera en que la familia puede narrar su propia historia así como su comportamiento. De esta manera la familia es el núcleo básico de los procesos tanto de mantenimiento como de cambio cultural de los patrones sociales; en ella se concretiza un sistema de creencias y valores que se va transmitiendo de una generación a otra. Es en la familia donde se produce el cambio intergeneracional en el cual se origina una dinámica de negociaciones (Valdés, 2007).

Es el primer grupo al que se pertenece y del cual se adquieren los valores básicos. Dicho conglomerado psicosocial debe satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros, y en este es necesario lograr un progreso armónico e integral; la respuesta

afectiva de uno a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. Se precisa, por tanto, de la construcción de bases firmes para que la familia pueda funcionar eficazmente (Pi y Cobián, 2010).

La amplia diversidad de definiciones de familia, reafirma el hecho de que no existe una única y correcta forma de definir familia, por el contrario lo que existe es definiciones formuladas desde diferentes perspectivas teóricas e historias de vida particulares con las que cada sujeto define a su familia utilizando criterios propios. “La familia como concepto abstracto no existe, sino que existen tantos tipos de familias como sujetos que las definan en su discurso” (Andersen, 1997 citado en Valdés, 2007).

La función cultural incluye el conjunto de actividades educativas y culturales, de superación, las recreativas y de tiempo libre de la familia, las cuales contribuyen a la formación de intereses, valores y al desarrollo de la personalidad de cada uno de los miembros de la familia. En ella tienen un importante papel las relaciones de comunicación e interacción entre padres, madres e hijos y todo el conjunto de relaciones intrafamiliares (Reca y cols., 1991 citados en Álvarez, 1997).

Por lo anterior la familia juega un papel clave en la conservación de la cultura, pues constituye en sí misma un microescenario sociocultural y un filtro a través del cual llegan a sus integrantes muchas de las tradiciones, costumbres y valores que son típicos de su contexto histórico. A través de su influencia, la mente de sus integrantes se apropia de contenidos y procedimientos que llevan en su interior la impronta cultura en la que han surgido (Valdés, 2007).

Para Cusinato (1992) las funciones de la familia son dos: primero reproductor y transmisor de la cultura de una generación a otra, segundo la socialización de los individuos con lo que se asegura a las personas la oportunidad de encontrar seguridad emocional y social mediante relaciones de proximidad y reciprocidad.

De lo anterior se deduce que el papel de la familia va mucho más allá de asegurar la supervivencia física de sus miembros, ya que garantiza la integración sociocultural de éstos a los escenarios y hábitats donde les toca desenvolverse como personas (Valdés, 2007).

El grupo familiar se constituye como agregado de ocio y consumo, de plataforma de ubicación social, de núcleo de relación social, de palanca para la constitución del patrimonio, de cauce para hallar empleo, de punto de apoyo y de recurso de amparo en caso de crisis y de unidad de prestación de cuidados asistenciales y de salud. Para la mayoría de la población, la cualidad esencial de la vida familiar es un acuerdo o compromiso emocional. Las “buenas familias” se supone que proporcionan intimidad (proximidad, relaciones satisfactorias), promueven la educación de los hijos y la escolarización, potencian el bienestar material de sus miembros, su salud física y mental, y su autoestima (Gracia y Musitu, 2000).

Dentro del grupo familiar es donde el individuo obtiene su mayor fuente de afectos y donde puede desarrollar relaciones verdaderamente íntimas. Dentro de su contexto se originan situaciones e interacciones que influyen decisivamente en el desarrollo de la

autoestima y la identidad personal de todos sus integrantes. Además de generar condiciones que permiten al individuo aprender tanto a asumir responsabilidades como a solucionar problemas (Valdés, 2007).

Al respecto, la familia ha sido la institución social más estable en la historia de la humanidad. Todas las personas tienen una familia de origen y generalmente cuando se es adulto, se crea la propia, en la cual los hijos serán educados. Sin un verdadero vínculo de amor, los ejemplos y patrones que se brindan en el hogar carecen de un sentido educativo, pues no llegan a comprometer emocionalmente a los hijos (Pi y Cobián, 2010).

La familia se constituye para la mayor parte de las personas, en la más importante red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que han de realizar durante su vida: búsqueda de pareja, trabajo, vivienda, nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc.; así como para las crisis impredecibles que se presentan a lo largo de la vida: divorcio, muerte de algún familiar y desempleo solo por mencionar algunas. Una de las funciones esenciales de la familia es permitir la aparición de cambios que permitan la expansión y el desarrollo vital de sus integrantes, en general estos cambios abarcan a cambios que se realizan entre los límites, reglas, alianzas, normas y los integrantes de la familia, y cambios determinados por factores sociales que facilitan el ajuste de la familia en el contexto (Valdés, 2007).

La familia es el sistema social que más influencia el desarrollo de los seres humanos. Si bien los padres no pueden influir en el desarrollo socioemocional de los hijos,

estructuran tipos de interacciones, es decir, transiciones sociales que se producen de forma continua entre los miembros de la familia y de éstos con otros contextos que favorecen o no el desarrollo (Valdés, 2007).

Al notar que la familia es el núcleo social de desarrollo en todo individuo, en qué medida podría afectar un cambio permanente dentro de este grupo social, como la aparición de una enfermedad crónica.

3.2 Impacto psicosocial de la diabetes mellitus

Algunos aspectos involucrados en impactos psicológicos y sociales son: su carácter crónico, las modificaciones que suscita en áreas significativas de la vida (trabajo, familia, pareja, sexualidad, relaciones interpersonales y con la comunidad), los cambios corporales y funcionales que puede producir, y la significación (estigmatizante) de estos cambios. Un aspecto relacionado con el impacto psicológico de la diabetes y con la perspectiva de la persona sobre la enfermedad y sus comportamientos de salud, se relaciona con la construcción de su causalidad, que se expresa, sobre todo (aunque no únicamente), en los momentos iniciales de la enfermedad (Ledón, 2012).

La diabetes mellitus es una influencia significativa entre la modificación de la personalidad y de la vida; entre la estabilidad emocional y las relaciones familiares. La dinámica psicológica de la familia queda envuelta en la adherencia del miembro diabético al tratamiento que incluye: dieta, ejercicio adecuado y en ocasiones

medicación; y esto se refleja en la habilidad de la familia para crear una atmósfera sana o patológica para sus miembros (Rojas, Bonilla y Trejo, 2005).

Desde el momento en que la persona conoce su enfermedad pueden aparecer también creencias que subestiman y desacreditan la diabetes mellitus y su impacto ("la diabetes no es nada"), o la asocian con sus "complicaciones" (ceguera, amputación e insuficiencia renal). El primer enfoque aparece muy relacionado con el desconocimiento de las formas de expresión de la enfermedad y con el hecho de que sus manifestaciones más visibles aparecen a largo plazo, lo cual conlleva a subvalorar los cuidados de salud. La segunda alternativa sobredimensiona los aspectos más negativos de la enfermedad, y desconoce o minimiza el valor de los cuidados de salud, la adhesión al tratamiento y la educación en diabetes como pilares fundamentales para el control metabólico (Ledón, 2012).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez; es también una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario (Alpízar, 2001).

El propósito fundamental en el paciente es el control de la hiperglucemia a través de la terapéutica, dieta y ejercicio. Si se reconoce a la diabetes mellitus como una enfermedad multifactorial (herencia/ambiente), el problema debe abordarse a partir de la información y comprensión de los sujetos que tienen la enfermedad. Toda enfermedad requiere para su estudio el método clínico conocido y aceptado; sin

embargo, sensaciones y percepciones del paciente no se registran dentro de las observaciones y mediciones que contiene el expediente clínico. La suma de los valores biológicos y psicológicos permitiría conformar un perfil social de impacto de la diabetes mellitus que es indispensable para la promoción de su salud (Islas y Lifshitz, 1999).

El desconocimiento sobre la diabetes mellitus conduce a los pacientes a respuestas de temor, sensación de falta de control y vulnerabilidad, que pueden expresarse en la "paralización" del uso de recursos de afrontamiento activo de la enfermedad (Ledón, 2012).

El impacto psicosocial se vincula con el momento en que el paciente conozca el riesgo, su diagnóstico, las secuelas y la gravedad de éstas. La autoafirmación y la autoestima son trascendentes para llevar a cabo el control de la enfermedad, y para que sepa, quiera y pueda prolongar su vida con el mayor bienestar posible (Islas y Lifshitz, 1999).

Otro punto importante para conocer el impacto social del padecer diabetes es la percepción de la enfermedad, que incluye mucho más que la discapacidad física. La connotación amenazante y de interferencia en la vida cotidiana motiva la producción de interpretaciones y prácticas en torno a ella. La enfermedad, especialmente cuando es crónica, se asocia mayormente a significados relativos a muerte y dolor, en oposición a conceptos como salud y vida. En este contexto, es de gran importancia reconocer el rol que ejerce el profesional de la salud, especialmente el médico o especialista. Ya que puede otorgar un proceso de aproximaciones sucesivas al tema según las necesidades

expresadas, que permita hacer emerger e intervenir sobre sus representaciones y significados sobre el carácter crónico de la enfermedad, sus causas y las vías fundamentales para lograr su control sistemático (Ledón, 2012).

Si se asume el desarrollo de la sociedad en relación con la suma de esfuerzos grupales y sus efectos, es forzoso pensar en los beneficios que se consiguen como resultado de la aplicación programática a la terapéutica, la dieta y el ejercicio para el control de la glucemia, ya que si el paciente practicará la auto detección doméstica posibilitaría reducir los gastos por complicaciones hasta en 50% (Islas y Lifshitz, 1999).

Desgraciadamente los profesionales de la salud, especialmente los médicos han recibido una formación orientada hacia el tratamiento de enfermedades agudas en las cuales el “paciente” hace honor a su nombre y acepta de forma pasiva lo que el profesional recomienda. En las enfermedades crónicas donde la capacidad del profesional para persuadir al enfermo es imprescindible para que este colabore de forma activa, la falta de entrenamiento para analizar y comprender aspectos psicosociales o antropológicos es la responsable de que la comunicación falle, la rentabilidad de su labor sea baja y los resultados sean decepcionantes con mucha frecuencia (Figuroa, 2003).

Los pacientes de diabetes, entonces, son habitualmente entes pasivos y la necesidad de que éstos colaboren suele estar limitada a situaciones muy concretas. Para los profesionales que se dedican a las enfermedades crónicas las frustraciones se centran mayoritariamente en el incumplimiento de sus “pacientes”, en este caso

también mal denominados “pacientes” porque en realidad son agentes activos de su enfermedad y (junto con la capacidad profesional del médico) los responsables de que el tratamiento sea más o menos efectivo. Es evidente que mientras la formación de pregrado de médicos y enfermeros no modifique sustancialmente sus programas, los profesionales de la salud deberán seguir buscando en formaciones de postgrado los conocimientos, técnicas y habilidades que precisan para desarrollar su labor (Gomis y cols., 2007). Sobre todo para poder comprender el trasfondo de padecer una enfermedad crónica como la diabetes y así poder lograr dirigirse junto con los padecientes a un mejor control del padecimiento.

Las atribuciones de grupos poblacionales e individuales con respecto a la salud y a formas específicas de enfermedad, constituyen las llamadas representaciones sociales de las enfermedades. Estas variables psicosociales mediatizan el proceso de búsqueda de ayuda médica. Por ejemplo, las atribuciones acerca del lugar del control (interno o externo) favorecen o no este proceso. En resumen, todas las enfermedades poseen un conjunto de atributos formados a partir de las interacciones sociales que contienen juicios acerca de la relevancia de los síntomas, la frecuencia de aparición, la visibilidad, el carácter amenazante, y la reversibilidad. Algunos de ellos profundamente desacreditantes, los llamados estigmas que fomentan determinadas actitudes hacia los pacientes e imprimen particularidades a las relaciones interpersonales y roles sociales de éstos (Martín, 2003).

En general, vivir con una enfermedad crónica implica la posibilidad de convivir con sus significados estigmatizantes, asociados a ineficacia, fracaso, debilidad, limitación y a sentimientos de no "normalidad" (Ledón, 2012).

Las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad (Vázquez, 2004).

El anclaje social de los significados de la diabetes mellitus que construyen los sujetos, tanto en su vertiente de estigma como de causalidad, es un aspecto de gran importancia a considerar, porque expresa la determinación social de los procesos de salud y enfermedad, y en este sentido, su susceptibilidad para ser modificados. Su conocimiento constituye un buen punto de arranque para desarrollar intervenciones educativas y de orientación dirigidas a incidir positivamente en comportamientos de salud, desde un enfoque individual, grupal o comunitario (Ledón, 2012).

El objetivo actual de las enfermedades crónicas se centra no sólo en disminuir la mortalidad, sino también y de forma prioritaria, en aumentar o mantener la calidad de vida asociada a la salud. Desde un punto de vista poco academicista puede definirse la calidad de vida asociada a la salud como un medio formalizado de hablar desde el punto de vista personal sobre diabetes mellitus, la carga sentida de vivir con la enfermedad y cómo ésta puede integrarse en una vida rica y plena. Es un fenómeno multidimensional que incluye bienestar físico, psicológico y social. Se trata de un valor

individual que depende de la percepción subjetiva de cada individuo y de su entorno político, social y económico (Gomis y cols., 2007).

Desde los medios institucionales se exploran escasamente aspectos psicosociales que rodean al individuo, y resultan vitales en el proceso mismo de enfermar y en la manera de afrontar la enfermedad: el medio familiar, el trabajo, los roles de género y la sexualidad, entre otros. Cuando estos aspectos emergen desde las narrativas de los pacientes, las respuestas de los profesionales de la salud tienden a ser normativas, de control social y corporal, desde una visión poco crítica, y cargadas de mensajes ideológicos acerca de lo que constituye un estilo de vida saludable. Otras posturas tienden a excluir las raíces sociales de los problemas personales, interrumpiendo y cuestionando los relatos discursivos, retrotrayendo al individuo a los aspectos técnicos del cuerpo y sus malestares, y realizando pronunciamientos acerca de lo que el individuo "debe" o no hacer para mejorar su salud (Ledón, 2012).

Esta forma de interacción puede volverse muy contraproducente para las metas de salud, porque niega el saber del sujeto, no considera sus valores y creencias, corta su participación, y por ello, puede dar pie con lo que predica (que el sujeto se haga responsable de los cuidados de su salud). La mayoría de los factores relacionados con un pobre bienestar psicológico y calidad de vida en personas con diabetes, son modificables, y las estrategias para mejorarlos y garantizar una atención efectiva deben incluir mejorar en los profesionales de la salud su comprensión, promover la toma de decisiones colaborativas, y el apoyo sostenido y efectivo para estimular el auto-manejo de los pacientes (Ledón, 2012).

Por último, con base en lo revisado se concluye que la persona con diabetes mellitus va más allá de un organismo que requiere corrección de los factores o funcionamiento biológico. Es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta y además es miembro de una comunidad que puede cambiar hacia él precisamente porque padece una enfermedad crónica como la diabetes mellitus. Se debe promover la mejor calidad de vida posible, la comprensión y atención de los aspectos psicosociales que tiene importancia desde dos puntos: en primer lugar, para eliminar las barreras que dificultan un control metabólico adecuado y en segundo para favorecer el bienestar mental y social del paciente (Lerman, 1998).

La diabetes mellitus exige de una atención esmerada, cotidiana, considerando varios aspectos a la misma vez; exige modificar costumbres, hábitos y creencias, que probablemente han jugado un rol importante en los procesos de identidad de los sujetos, desde el punto de vista personal, familiar y social (Ledón, 2012). Tomando en cuenta lo anterior, es fundamental el incluir a la familia al tratamiento del paciente de diabetes.

3.3 Familia y salud

Tomando en cuenta lo anterior, se puede decir que el ser humano es un ser social y que su principal fuente o grupo de socialización es la familia, si alguno de sus miembros tiene problemas estos repercuten e influyen en los demás integrantes. En este caso, si uno padece diabetes es más probable que los demás la padezcan también (al compartir un estilo de vida).

La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud (Ledón, 2011). Para Gonzáles (2011 citado en Villafaña y cols., 2011) el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso para la promoción de la salud y para la prevención de la enfermedad y sus daños. Ante la enfermedad de uno o más integrantes, la crisis recae en alguno de los miembros en caso de que los demás no deseen participar en dicho desarrollo esencial.

La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. Al contrario, si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de ésta tiende a ser negativa (Concha y Rodríguez, 2010).

Múltiples estudios reconocen la importancia del papel de la familia como sistema, no sólo en la generación de la enfermedad, sino en su rehabilitación, en la medida en que ésta cumpla sus funciones básicas, como el apoyo a sus integrantes (Herrera, González y Soler, 2002; López y Ocampo, 2007; González y cols., 2009; Medina y cols., 2009; Gonzáles, 2011; Pacheco, 2013).

El apoyo social puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, al animar al enfermo a mantener el régimen médico y ejecutar las acciones necesarias para volver a la vida normal. Este puede provenir de la familia, los amigos o grupos de autoayuda (Martín, 2003).

Es a partir de los años setenta cuando se realizan estudios cuyos resultados indican que las personas con familia, pareja estable y amigos (que proporcionan recursos materiales y psicológicos) gozan de mejor salud en comparación con quienes tienen una red social débil. La familia es considerada una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos necesarios en cualquier momento de la vida y, además, el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales, que son las más importantes ya que serán las que generen la seguridad de relacionarse y enfrentarse a las nuevas situaciones de la vida (Dreier, 1999 citado en Martínez y Torres, 2007).

Para Concha y Rodríguez (2010), los factores de riesgo (hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés y desinformación) están relacionados con la dinámica familiar; y su incidencia es mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema en el contexto familiar, puesto que las alteraciones de la vida familiar son

capaces de provocar desequilibrio emocional y descompensación en el estado de salud de las personas.

En el caso de la obesidad por ejemplo, el ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de esta condición. Ya que los estilos de vida de los padres influyen en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los pacientes para regular su selección e ingesta, logrando establecer el ambiente emocional, nutricional y de actividad física en el que puede o no desarrollarse. Los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario. Los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio. En la medida que exista congruencia entre los objetivos del paciente y de su familia, será más fácil el cambio y por consiguiente, el mantenimiento de este nuevo estilo de vida (Vázquez, 2004).

En un estudio realizado por Pacheco (2013) se encontró que el apoyo familiar negativo se encuentra en el 67%, en donde se refieren frases como: “la relación con mi familia es distante”, “no convivimos bien ni nos comunicamos”, “no creo que sea tan grave la enfermedad”. Solo el 33 % de los familiares de personas con diabetes ayudan a la adherencia al tratamiento.

En otra investigación de factores relacionados con la familia, se encontró que hay una fuerte correspondencia entre la familia disintegrada y la falta de práctica del

autocuidado. Así la probabilidad de no auto-cuidarse fue 4.6 veces mayor en los pacientes con familias desintegradas. En México, un estudio reciente indicó que los pacientes diabéticos con familias funcionales tenían mejor control metabólico y el 60% de ellos conocían y practicaban el autocuidado de la salud. La integración familiar y la ausencia de ansiedad y depresión son factores que pueden favorecer esta práctica (Amador y Cols., 2007).

Otro estudio menciona que generalmente no se considera al plan de alimentación como parte del tratamiento integral de la diabetes. El tipo de alimentación que se recomienda es descrita como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que además no es de su agrado, la consideran muy especial y de elevado costo. Debido a que este tipo de alimentación la reconocen como “extraña” las familias se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para las personas con diabetes y otro para los demás miembros de la familia o bien se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de éstos. La familia no considera que las recomendaciones dietéticas para la persona con diabetes sean recomendables para la población en general. Tienen la idea de que las personas están destinadas a que su alimentación se encuentre basada en verduras (López y Ocampo, 2007). En cuanto a esto Oviedo, Espinosa, Reyes, Trejo y Gil (2003), dicen que para tener aceptabilidad la indicación del plan alimentario no debe implicar comidas especiales ni formas de preparación diferentes a las habituales. Las personas con diabetes pueden comer con su familia, aunque tendrán que seguir algunas indicaciones.

Es importante tomar en cuenta dos puntos relevantes dentro del tratamiento de la diabetes mellitus: el reajuste de estilo de vida y los hábitos alimentarios. En la investigación de la cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. *Cultura, dieta y diabetes*, de Cardoso (2006) hace un análisis de la forma de obtención y configuración de dichos hábitos por medio de la cultura. Dice que a la persona enferma se le dificulta modificar su estilo alimentario porque no sólo implica cambiar el contenido de la comida sino los sentimientos, comportamientos y pensamientos que rodean al acto de comer ya que son los que determinan que dicha comida sea aceptada con agrado o desagrado. Por lo que mientras no se incida sobre la cultura alimenticia o culinaria esa fuerza invisible de control, la persona con diabetes seguirá actuando de manera contraria a la prescripción médica, aun cuando ella sepa que debe cambiar su estilo de vida y de alimentación.

Y como ya se mencionó, uno de los pilares del tratamiento para una persona que padece diabetes mellitus es la dieta, es decir, la alimentación. La alimentación es una de las cosas que la mayoría, si no es que todas, las familias mexicanas comparten. Lamentablemente, para una persona con diabetes esto puede ir en contra de su propia salud, ya que generalmente la comida que se acostumbra a comer es alta en grasas y azúcares. Sin embargo, en muchas ocasiones las personas optan por abandonar su tratamiento nutricional, porque consideran mucho más importante conservar su buena relación con el resto de la familia (Cardoso, 2006).

3.4 Integración de la familia al tratamiento del paciente de diabetes mellitus

Se ha hablado de apoyo, de acompañamiento o de participación de la familia en el tratamiento, sin embargo, son conceptos que no logran que la persona con diabetes, el médico, y la propia familia, se sienta como parte fundamental del tratamiento, es por eso que se ha decidido usar la palabra “integración”. Retomando la definición de estilo de vida con una noción integradora dado por Balcázar, Gurrola, Bonilla, Colín y Esquivel (2008), donde la integración es una dimensión unificadora que une diferentes partes de un conjunto; integración en este caso hablaría de una dinámica conjunta en la que todos (familia, médico, nutriólogo, y paciente) tienen la oportunidad de participar ya que forman parte de un problema y de una solución.

Razón por la que es parte clave, que la familia se integre al tratamiento para controlar la diabetes, es así como la persona con diabetes va a poder continuar con su dieta sin sentirse excluido. Y es que la palabra “integración”, permitirá cambiar la concepción que se tiene sobre el papel de la familia en el tratamiento, permitirá que la familia se apropie de la dieta y no la sienta como una carga o una responsabilidad sólo de la persona que padece diabetes sino de todos. Además, si todos comienzan a cuidar su alimentación, se podrá prevenir futuras enfermedades y por lo tanto promover la salud de la familia. Además ayudará a disminuir los efectos emocionales negativos provocados por el cambio en los estilos de vida.

Las alteraciones más importantes, desde el punto de vista sistémico de una familia que tiene un enfermo crónico de acuerdo con Rojas y cols. (2005) se presentan principalmente a nivel de estructura, en la evolución del ciclo familiar y en su respuesta emocional. Así, en cuanto a las alteraciones estructurales, se localizan principalmente en:

1. Patrones rígidos de funcionamiento: la adhesión a estos patrones se produce cuando la configuración de la familia adquiere una rigidez de la fase de crisis a la fase crónica.

2. Roles y funciones familiares: la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ese momento ha venido desempeñando el miembro enfermo, lo cual mueve todo su mapa estructural.

3. El cuidador primario familiar es la persona que asume el cuidado del enfermo, situación que parece altamente funcional: el enfermo encuentra a alguien que de forma devota y abnegada se dedica a su cuidado y con quien desarrolla una relación sumamente estrecha, mientras que la familia puede seguir funcionando más o menos en los mismos términos habiendo asegurado el cuidado de su enfermo y con un mínimo gasto de energías por su parte.

4. Aislamiento social: dejan de tener tiempo para hacer visitas a los amigos. Estos mismos no llegan muchas veces a saber cómo reaccionar ante el enfermo, les resulta incómoda la relación y disminuyen sus contactos. Algunas enfermedades resultan estigmatizantes (SIDA) o despiertan mucha ansiedad

(cáncer). Recibir ayuda puede resultar humillante para el enfermo. El enfermo sólo se siente comprendido por personas que hayan pasado por la misma enfermedad, de ahí la importancia que en términos de apoyo emocional pueden prestar las asociaciones de autoayuda compuestas por diabéticos y sus familias.

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, la parte dentro del tratamiento que más cuesta trabajo a los pacientes llevar a cabo es la modificación de la dieta, González (2011), menciona que los patrones de alimentación no deben ser individuales sino familiares y, por lo tanto, culturales. Las sugerencias individuales al paciente favorecen la exclusión familiar y el desapego al tratamiento, por lo que las recomendaciones de alimentación deben estar dirigidas a toda la familia. Los pacientes que tienen apoyo social y familiar adecuado presentan menos problemas en la aceptación de la enfermedad y en el apego al tratamiento, por lo que el apoyo social, específicamente el familiar, se constituye como un factor de protección que permite establecer mejores pronósticos en los perfiles de adhesión al tratamiento. El sujeto que padece una enfermedad crónica, tiene una historia dentro de una sociedad con sus creencias y costumbres y por tanto es necesario integrar al núcleo más cercano: la familia.

La presencia de diabetes puede requerir ciertas adecuaciones en la vida familiar. Todas las familias tienen dificultades; las que se afrontan con mayor éxito son aquellas en las que todos colaboran. El paciente de diabetes puede obtener apoyo psicológico y práctico de su cónyuge u otro familiar, quién estará mejor preparado para enfrentar cualquier dificultad que resulte de la enfermedad si también recibe instrucción sobre diabetes. Tiene especial importancia que el familiar sepa qué hacer en casos de

urgencia como hipoglucemia, enfermedades intercurrentes o comienzo de cetoacidosis (Lerman, 1998).

Garber (1995 citado en Rojas, Bonilla, y Trejo, 2005) refiere que el curso de la diabetes puede desarrollarse a lo largo de tres distintos periodos: inicio, manejo y complicaciones. Cada uno presenta distintos estresores tanto para el paciente como para la familia, de la siguiente manera:

Inicio

Durante este periodo el paciente y su familia se enfrentan a nuevos problemas, y estos son totalmente inesperados; en familias con una fuerte historia en diabetes, quizá esta etapa ya se ha anticipado. El conocer el diagnóstico puede ser un evento tan agitado y la familia puede estar tan abrumada, que la información inicial acerca de la diabetes debe estar dirigida a las capacidades del individuo de concientizarse de su nueva situación.

Manejo de la enfermedad

Una vez que se ha hecho el diagnóstico, los pacientes y sus familias entran en un nuevo estilo de vida que incluye un intercambio diario de alimentos, en ocasiones inyecciones o pastillas y realización de pruebas de sangre y orina recurrentes. Lo más recomendable es que reciban una amplia educación en relación con todo lo que implica la enfermedad. Los pacientes y sus familias aprenden, olvidan y vuelven a aprender muchas de las partes básicas de la diabetes, por esto es importante la repetición de la información necesaria. Para lograrse un manejo exitoso de la diabetes es necesario que

exista una relación congruente entre la salud mental del paciente, el tono emocional de la familia y el cuidado de los niveles de glucosa en sangre.

Complicaciones

Uno de los temas y preocupaciones del paciente con diabetes tiene que ver con la anticipación del desarrollo de complicaciones. La preocupación por el futuro es una de las mayores angustias tanto de la familia como del paciente mismo. Cuando las complicaciones aparecen, pueden ser tratadas con respuestas intensas e inesperadas que se encuentran fuera de proporción respecto de la complicación que ha sido diagnosticada. Cuando la estructura familiar es frágil, las complicaciones pueden ser tan estresantes que la familia ya no puede manejarlas por sí sola. Así, el propósito del tratamiento de la diabetes no sólo debe ser una larga vida, sino proveer una adecuada calidad de vida.

Es así como la familia y la diabetes puede influirse mutuamente. Es decir, la afección altera la vida familiar y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios, en tanto que el tipo y calidad de relación de familia que practique el paciente condicionan una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento diabetológico (Portilla, 1991 citado en Mendizábal y Pinto, 2006).

La familia, la pareja, los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuentes importantes de apoyo, tanto el ambiente social como el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud (Martínez y Torres, 2007).

El apoyo que el paciente obtiene de su familia gravita como elemento de gran importancia para que éste continúe su plan de alimentación. El apoyo se traduce en diferentes actividades; una de ellas es contribuir a planear y preparar los alimentos; otra puede consistir en no comer los alimentos prohibidos enfrente del familiar que padece diabetes. El apoyo puede manifestarse también evitando críticas innecesarias cuando el paciente de diabetes se sale de su plan de alimentación ocasionalmente. Cuando es necesario el tratamiento con insulina, la comprensión y la ayuda de los familiares es de gran importancia. Asimismo, es posible que la colaboración e incluso la participación de algún familiar sin diabetes sean determinantes para que el paciente cumpla con el ejercicio prescrito (Lerman, 1998).

Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que lo ayudarán a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica, y que en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia. A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional (Ramírez, 2005 citado en Martínez, y Torres, 2007); por ello, la influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes, y hay consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una

influencia negativa. Así pues, es necesario distinguir entre los efectos funcionales positivos de los negativos (Reyes, Garrido y Torres, 2001 citados en Martínez, y Torres, 2007).

Aunque es importante dar apoyo y comprensión al paciente de diabetes, también es de igual importancia no excederse. El familiar no debe tratar de volverse responsable de la diabetes; el control debe estar en manos de quien la padece y de ninguna manera ha de esperarse que el familiar se haga cargo de todo. Tampoco debe permitirse usar la diabetes como un recurso para obtener atención. Quizá el aspecto más importante de una relación familiar exitosa es la comunicación. Es importante que el paciente de diabetes discuta sus ideas y sentimientos con el miembro de la familia que más lo ayude y busquen soluciones juntos. La ayuda mutua para alcanzar el control de la diabetes puede lograr acercamiento y contribuir a obtener una relación familiar más sana (Lerman, 1998).

La diabetes mellitus puede afectar sólo a una persona, pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, que a su vez, repercute en el control de la diabetes. La enfermedad no sólo afecta a lo estrictamente endocrinológico, sino que repercute sobre toda la persona, en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social (Gagliardino, 1997 citado en Mendizábal y Pinto, 2006). Por lo que la familia resulta una herramienta esencial para apoyar al control de la diabetes.

Mucho se ha hablado de la importancia del apoyo de la familia o de lo que son y la función que tienen junto con estas emociones, sin embargo, pocas son las

investigaciones que nos hablan sobre el verdadero apoyo que otorga la familia, la forma en la que se debe dar la integración de esta al tratamiento del padeciente, los efectos de las emociones en un padecimiento crónico o las conductas que ayudan a lograr un control de la diabetes. Por lo que se busca conocer ¿qué puede hacer la familia para apoyar al control de la diabetes de un familiar?, ¿qué efectos emocionales hay en torno al padecimiento? y ¿cuáles son las conductas que les han ayudado a controlar su padecimiento?

PROPÓSITO

El tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 requiere un cambio en el estilo de vida lo que provoca en los padecientes efectos emocionales que pueden alterar o disminuir la adherencia al tratamiento y por lo tanto afectar el control sobre el padecimiento por lo que es importante la integración de la familia en el tratamiento como primera red de apoyo para contrarrestar esos efectos emocionales y favorecer a un mejor control del padecimiento.

OBJETIVOS

1. Conocer las emociones que experimenta el padeciente y sus efectos ante la enfermedad.
2. Identificar patrones de conducta de los padecientes para afrontar y fortalecer el control de la diabetes.
3. Explicar el papel de la familia para coadyuvar a un familiar en el control de su padecimiento.

MÉTODO

Tipo de estudio

La investigación es de corte cualitativo, el cual trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (Martínez, 2006). Los investigadores cualitativos buscan respuestas a sus preguntas en el mundo real. Recogen lo que ven, oyen y leen de personas y lugares, de acontecimientos y actividades. Su propósito es informarse acerca de algún aspecto del mundo social y generar nuevos conocimientos que puedan ser usados por ese mundo social (Rossman y Rallis, 1998, citados en Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

El estudio tiene un enfoque fenomenológico, este método es el más adecuado para entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, examina el modo en que se experimenta el mundo, en este caso cómo tanto las familias como la persona con diabetes viven la enfermedad, ya que la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante. Es decir, este método permite estudiar las realidades del padeciente de diabetes, como son en sí, permitiendo se manifiesten por sí mismas sin querer influir o modificar su estructura desde fuera, sino respetándola en su totalidad (Taylor y Bogdan, 1987).

Escenario

Las entrevistas se llevaron a cabo en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas e instalaciones de Campus 2 de la FES Zaragoza de la UNAM, de acuerdo al espacio y tiempo disponible de las participantes.

Participantes

Se seleccionaron a 2 personas mexicanas padecientes de diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa DUPAM y tienen control del padecimiento, con más de un año de diagnóstico y con tratamiento en curso. No se contempló en la inclusión de las participantes su edad, sexo o condición socioeconómica.

La muestra no se considera representativa ya que la investigación es un estudio de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, pertinente para buscar la profundización y no la generalización.

Procedimiento

Primera fase: Elección de participantes. Se solicitó la autorización en el programa DUPAM de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas de la FES Zaragoza de la UNAM, para la revisión de expedientes de los asistentes al programa. De un total de 27 personas atendidas en el DUPAM, se seleccionó a dos participantes que de acuerdo a su expediente mostraban tener control del padecimiento, basándose en sus registros de niveles de glucosa además, de su constancia en el programa y por

recomendación de los profesionales de la salud con quienes trabajaban. Se contactó a las personas que cumplían con los criterios de inclusión para Informarles sobre el objetivo de la investigación, así como el procedimiento que tendría y se les invitó a participar en ella.

Segunda fase: Confidencialidad. Una vez que los candidatos aceptaron participar en el proyecto se les informo los fines del estudio y el derecho de confidencialidad y anonimato; además de hacerles saber y afirmar que toda la información que fuera proporcionada no sería transmitida, grabada o publicada sin su autorización previa.

Tercera fase: Recogida de información. Las técnicas de recolección de datos usadas fueron la entrevista a profundidad y la observación participante. Las entrevistas se llevaron a cabo en los espacios disponibles tanto en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas e instalaciones de Campus 2 de la FES Zaragoza de la UNAM, las visitas tuvieron una duración de aproximadamente una hora por participante, con una frecuencia de una vez por semana o cada 15 días dependiendo de la disponibilidad de tiempo de la participantes, en aproximadamente tres meses. Se realizaron estas visitas hasta que se consideró que se había recolectado la información suficiente para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación. Durante las entrevistas se les solicitó que narraran sus experiencia desde que se les diagnosticó diabetes mellitus tipo 2, guiándonos de cinco preguntas base (ver anexo 1); todas las narrativas fueron grabadas en audio y video con una videocámara Sony Cybershot DSC H-400 y un teléfono inteligente Motorola XT626, se tomaron notas de campo para tener presentes las observaciones y aspectos relevantes dentro del discurso y aquellos

aspectos que alteraran el contenido o interpretación del mismo como el tono o fluidez y el lenguaje no verbal.

Cuarta fase: Análisis e interpretación. De acuerdo a la metodología cualitativa, para el análisis de los datos se llevó a cabo un análisis de contenido de las narrativas. En cuanto a la disposición de información se transcribieron todas las entrevistas realizadas a los participantes, una vez recolectada la información se leyeron y analizaron para después examinar todo el contenido y poder identificar patrones, semejanzas, diferencias y relaciones de los temas tocados durante las narrativas. Los datos se organizaron en torno a los temas o momentos decisivos de la vida del participante. Se interpretaron los significados de esos hechos y se relacionaron con el contexto en que la vida del padeciente de diabetes mellitus tipo 2 se ha desarrollado, además de los aportes teóricos de la investigación. De esta manera, se buscó comprender, a partir de la información recabada, la vida del padeciente en el mayor ámbito y situaciones posibles, con el fin de obtener una descripción lo más completa posible. Una vez organizada la información se hizo una separación de unidades con base en criterios temáticos, obtenidos de un análisis e interpretación de la información que resaltó relaciones y temáticas relevantes para los participantes en el padecer diabetes mellitus tipo 2; a partir de estas temáticas se identificó y clasificó en unidades de manera físico-manipulativa. Se codificó y formaron categorías construidas de forma inductiva lo que permitió la síntesis y agrupamiento de la información obtenida, para después llevar a cabo la disposición de la información en fragmentos de texto o citas y finalizar con la obtención y verificación de conclusiones.

Fase final: Realización del reporte. Se integraron los datos a partir de una interpretación, discusión y conclusión de los mismos para la estructuración de un escrito o reporte de la investigación.

Resultados

En la investigación participaron dos mujeres padecientes de diabetes mellitus tipo 2, quienes han logrado mantener un buen control de los niveles de su glucemia y por ende del padecimiento. Después de varias revisiones y lecturas de las entrevistas realizadas y transcritas, el proceso de análisis inductivo nos arrojó tres categorías principales en las que cada una a su vez contiene diferentes sub-categorías:

1ª Categoría. Efecto emocional en el padeciente de diabetes mellitus tipo 2

En esta categoría se tomó la definición dada por Piqueras y cols. (2009), quienes mencionan que las emociones son reacciones psico-fisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo. Dentro de esta categoría se encuentran dos aspectos importantes: el contexto del diagnóstico médico y el impacto emocional de la diabetes. Es decir, se consideró la forma en la que el médico comunicó el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y la forma en la que las padecientes recibieron y reaccionaron a la noticia.

Cualquier cambio en la forma de vida habitual genera un re-ajuste o re-planteamiento de la forma de conducir su vida hasta ese momento. El enterarse de contraer una enfermedad como una infección estomacal o gripe podría alterar las actividades

planeadas para un día específico, pero enterarse de contraer una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2 con la que debes aprender nuevas cosas y agregar o cambiar diferentes actividades a las que se estaba acostumbrado, podría resultar conflictivo y re-plantearía los planes de vida (Rojas y cols., 2005, Ledón, 2012, Gomis y cols., 2007, Figueroa, 2003).

Participante 2: "...en sí yo ya iba preparada la vez que me diagnosticaron yo ya iba preparada, ya iba yo con esa conciencia de que si iba yo a salir positiva en el diagnóstico". La participante comentó tener antecedentes familiares de diabetes en su familia además de haber salido en algunos estudios realizados anteriormente al borde o un poco arriba del parámetro normal de glucemia, razón por la que ella estaba predispuesta a recibir esta noticia.

En cuanto a la forma en que se les comunicó el diagnóstico las participantes comentaron:

Participante 1: "...no tenía síntomas, me dieron por diabética con 140 de azúcar, y ya me dice el doctor, porque ya ves cómo son los doctores en el ISSSTE - Es usted diabética, le digo no, me dice -no le estoy preguntando le estoy diciendo, le estoy confirmando, pues ya que ¿no? ...nada más así de golpe es usted diabética y punto, los doctores no te explican nada y pues uno también por no saber ni qué preguntar pues se queda uno impactado."

Participante 2: "...fue muy agresiva porque el doctor que me diagnosticó, fue muy agresivo, muy grosero, muy insultante... Porque me dijo que estaba yo muy gorda, que

estaba yo bien chaparra, que estaba yo panzona y que me iba yo a morir y que me iban a cortar las piernas y así.”

Lo anterior resalta la importancia de un abordaje más “humano” dentro de la formación de los profesionales de la salud. Ya que la forma en que se da un diagnóstico tan relevante para la persona como es el padecer una enfermedad crónica genera una serie de emociones que determinarán la forma de afrontar su padecimiento (Martín, 2003, Figueroa, 2003, Ledón, 2012).

Participante 1: “... Pues mi reacción bueno siempre o sea si le he tenido miedo ¿no?...Fue un golpe fuertísimo...yo dije me tengo que cuidar tengo que bajarle a esto bajarle a lo otro sobre todo al refresco que es lo que más consume mi pequeña familia.”

Participante 2: “... y si fue muy, muy agresivo pero como yo ya había oído el diagnóstico que le habían dado a mi papá, no me afectó porque el doctor lo diagnosticó con una naturaleza y tranquilo ni lo espantó ni nada.”

Como se mencionó anteriormente con base en algunos autores (Martín, 2003, Ledón, 2012, Figueroa, 2003, Vinaccia y Orozco, 2005, Piqueras y cols., 2009) el contraer una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2, genera en el individuo una serie de reacciones emocionales, si a esto se le suma que los profesionales de la salud (médicos principalmente) no tienen el “tacto”, cautela, cuidado o empatía al momento de comunicar el diagnóstico y de orientar a los padecientes

sobre el tratamiento, es muy probable que estas actitudes repercutan en la aceptación, afrontamiento y por tanto en el control de la enfermedad.

De acuerdo a las narraciones se puede decir que a una de las participantes el diagnóstico le generó miedo, sin embargo, la otra participante argumenta no haber sido afectada por la noticia.

En cuanto al impacto emocional que les ha causado la diabetes durante los años que llevan de padecerla, las participantes comentaron que sí hubo una reacción pero la diabetes no les ha causado ningún tipo de conflicto, estos conflictos son provocados más bien por agentes externos de la vida cotidiana, como el trabajo, tareas domésticas, economía, estrés, la pareja o la familia. Sin embargo, estos factores externos si les han afectado en su control de glucemia.

Al cuestionar a la participante 1 sobre cómo se sentía con el hecho de padecer diabetes, mencionó:

Participante 1: "Pues me siento un poco mal porque tengo que restringir más mi alimentación ya no como, como antes: pastel, chocolate, pan, no mucho pan pero ahora si ya le bajo pensando en mi enfermedad. Pues, mmm... me da un poco de pena decirle a la gente que padezco diabetes, pues como que tengan... que digan pobrecita."

Al pedir que describiera qué emociones o pensamientos ha tenido o sentido desde que la diagnosticaron hasta ese momento, o inclusive desde antes si ha cambiado su forma de pensar o de sentirse, la participante comentó:

Participante 1: “Mmm... pues no, no mucho, bueno he tenido de todo, pues por problemas familiares, con mi esposo, entonces eso me ha traído, me ha creado a mí conflictos personales, pero no es por mi enfermedad ni o sea eso es como que está fuera de mi diagnóstico de diabetes...”

Con base en su respuesta anterior se dedujo que el padecer diabetes para la participante 1 no es un detonante de conflicto, inclusive al preguntarle si la diabetes había representado en realidad un conflicto en su vida diaria respondió:

Participante 1: “No, la diabetes no. El complicado es mi esposo ¡jajá!”

Para la participante 2 la diabetes no está relacionada con sus conflictos cotidianos, sin embargo, ella tuvo en dos ocasiones su glucemia alta y al cuestionarle sobre cuáles creía que podían ser las posibles causas, comentó:

Participante 2: “Hasta esta vez que ahorita van dos veces que me sube. La primera me caí, tenía un dolor muy fuerte que me lastimé mi brazo. La última vez que me subió fue está de diciembre a febrero...en primera que dejé el ejercicio, y en segunda la preocupación del dinero y así de repente como mucho por ansiedad.

La participante 2 relaciona sus conflictos personales y emocionales a la alteración de su glucemia y es que en muchos casos las emociones y conflictos personales en una enfermedad crónica pueden alterar el proceso salud-enfermedad o el control del padecimiento (Rodríguez y Frías, 2005, Piqueras y cols., 2009, Rondón, 2011).

2ª Categoría. Manejo del padecimiento

El padecimiento en base a los autores Cardoso, Zarco, Aburto y Rodríguez (2014) es lo que el padeciente experimenta, no sólo sus síntomas, sino todos sus acompañantes, ya sean físicos, psicológicos o sociales. Dentro de esta categoría se encuentran: la concepción y percepción del padecimiento, el significado que tiene la comida para las padecientes y finalmente las actitudes y conductas óptimas para el control de su glucemia.

Un determinante en el control y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 es la percepción de la persona, de sí mismo, de la enfermedad, su tratamiento y de su entorno (García y Suárez, 2007, Vázquez, 2004, Martín, 2003).

A lo largo del tiempo que han padecido diabetes, las participantes han construido su concepción y percepción sobre su padecimiento con base en cómo se les informó el diagnóstico, cómo las ha “tratado” la diabetes y cómo han logrado mantener un buen control de su enfermedad. Al respecto, las participantes coinciden en no tener una connotación negativa del padecimiento:

Participante 2: “...pues ahora sí que, pues como te digo yo, es una persona que va a estar con nosotros es nuestra pareja que quiéramos o no va a estar con nosotros, ... somos inseparables, yo no me paso como mucha gente insultándola ... la enfermedad no tiene la culpa, la culpa la tenemos nosotros en primera por la desinformación y la otra decía mi mamá por cuscos, si es una enfermedad que poco a poco va meneando nuestra salud y todo eso, pero también dependiendo del cuidado que nos demos a sí mismos.”

La concepción anterior muestra la forma en la que la participante acepta y vive con su padecimiento, al no verlo como una amenaza sino como un acompañante con el que se puede crear una relación estable y que si se trata con respeto y cuidado además de seguir con las recomendaciones del equipo de salud este padecimiento no le generará un daño grave en su salud.

Una vez entendida la concepción que tienen las participantes sobre la diabetes, lo siguiente es hablar sobre el tratamiento que ellas han implementado a lo largo de los años para obtener un buen control de su diabetes. Dentro del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 un pilar fundamental es la alimentación, es decir la dieta recomendada dentro del tratamiento (Kilo y Williamson, 1991). Al respecto la participante 2 comentó sobre la desinformación y la idea de lo que para la gente representaba la palabra “dieta”:

Participante 2: “Dieta es lo que comes, dieta es lo que comemos, lo que debemos de comer, está mal dicho, es que estoy a dieta por eso no como esto...”

Por otra parte la participante 1 menciona no tener conocimiento sobre qué es una dieta o cuál debería ser su dieta por lo que recalca la importancia de una asesoría nutricional:

Participante 1: “...no hay como que te den algo que sea nutritivo, porque a lo mejor uno no sabe, no sabe uno comer la verdad”.

Es importante que los profesionales de la salud conozcan el significado que las personas con diabetes otorgan a la comida, ya que es a partir de ello que empezarán a

modificar sus hábitos alimentarios (Rivera, 2007). Para las participantes, en ambos casos la comida representa un plato fuerte el cual se consume únicamente una vez al día usualmente por las tardes e incluye los diferentes grupos de alimentos del “plato del buen comer”.

Participante 1: “En la comida es donde siempre sí como tortilla,...hasta cinco, es lo que casi diario... nada más en la comida, o sea una vez al día... los guisados son, bueno, por decir el bistec en chile pasilla le agregué frijoles y nopales. Ayer de comida me comí un sándwich de atún, o sea no me lo comí en la mañana, me lo comí en la tarde”.

Participante 2: ...como debe de llevar, pues se supone debe de llevar lo que son verduras, es este, proteína, que es la carne ¿no?, la verdura, sea cocida o en ensaladas, y este por ejemplo arroz que eso es los cereales o algo así ¿no?”

De acuerdo a lo que las participantes mencionaron durante las entrevistas se encontró que la participante 1 adapta su dieta con base en los gustos de su familia, pero siempre tomando en cuenta lo que ella debe de comer:

Participante 1: “...yo trato de adaptar lo que ellos comen, con lo que yo como, porque además yo no tengo tiempo de estar haciendo doble guisado, como tú dices es más gasto también y más tiempo , entonces en mi caso yo no hago doble guisado”.

Sin embargo en la participante 2 se observó que la dieta no va adaptada a ella, su padecimiento, o su familia, sino a su situación económica como comentó:

Participante 2: “Ahora si está pero si bien dura la situación, hay veces que si digo ay... y antier dije bueno tengo que hacer para mañana ojalá me dure para 2 días, pero me falló ayer el cálculo y no, hice un caldo de pollo y para que me alcance con \$20 que compro 3 patitas 2 mollejas y 1 huacal ya le eché garbanzos, arroz, su cilantro, su yerbabuena y bendito sea Dios que vamos a comer”

Es un hecho que no sólo basta con cambiar la alimentación a una equilibrada sino de adquirir hábitos que nos ayuden al control de la glucemia como el ejercicio, chequeo médico constante y en ocasiones ingesta puntual de medicamentos.

Participante 2: “... una de las psicólogas nos decía que nosotros como diabéticos, si aprendemos a cuidarnos, aprendíamos a comer y todo que íbamos a tener una calidad de vida todavía mejor, que la de una persona que no tiene diabetes.”

En el caso de la participante 1 quien no recibió orientación médica o nutricional sobre el tratamiento que debía seguir cuando fue diagnosticada, al preguntarle en qué se basó para decidir qué alimentos debía y no consumir, comentó:

Participante 1: “Si, pues por lo que dicen en la televisión, la familia cosas así, lo primero es el refresco, y de ahí le empecé a bajar un poquito a la tortilla, pan, y así, pero yo sola porque vi a mi hermana muy mal y por eso yo no les quiero decir a mi familia. De por sí yo siempre he sido así como pajarito de a poquito pero a cada ratito...”

En el caso de la participante 2 no considera haya un cambio notable en sus hábitos:

Participante 2: “Pues la verdad no eh, la dieta no es como que así que digan, yo sigo comiendo lo mismo, sigo haciendo mi vida normal y el ejercicio pues no me cayó de peso... me mandó el doctor me la cheque (glucosa) cuando menos tres veces a la semana”.

Figuroa (2003) menciona que las características del individuo y su momento vital condiciona la respuesta emocional, por lo que es importante conocer los rasgos del paciente así como su entorno para buscar ayudarles a lograr un mejor control de la enfermedad. Las actitudes y conductas que de manera personal y de su forma de ser las participantes consideran que las han ayudado a mantener el control de su glucemia son:

Primero las participantes dieron una definición de sí mismas:

Participante 1: “... mi esposo es serio, mi hijo es atento y yo alegre”.

Participante 2 “...estoy acostumbrada a estar sola... soy muy inquieta a mi casi no me ves pasiva, no soy gente pasiva, nunca he sido gente pasiva, siempre he sido muy, muy inquieta...”

Al cuestionarles a que le atribuyen el buen control su padecimiento comentaron:

Participante 1: “... yo lo que le atribuyo es a que como de todo pero poco, o sea, poca tortilla, poco pan, o sea yo, por decir, no me abstengo pero no me excedo...”

Participante 2: “Pues en primera porque nunca me he peleado con ella, es responsabilidad de nosotros ¿no?, en otra porque me gusta el ejercicio y te digo que

soy de las personas que no se está quieta. ... al no estar enojada con la enfermedad, al no satanizarla, este pues a la aceptación y otra que piensa uno más en todo lo que tienes que hacer que en la enfermedad, y yo creo que también que no se estar quieta.”

En ambas participantes se percibe una aceptación de su padecimiento, así como una adaptación para desenvolverse de manera cotidiana sin alterar sus actividades, se muestran tranquilas y optimistas ante la enfermedad además de mantenerse informadas y responsables en sus chequeos a pesar de no llevar un tratamiento como tal (riguroso, con horarios, alimentos o ejercicios específicos).

3ª Categoría. Apoyo familiar en el padecer diabetes

Apoyo se define como la existencia o cantidad de relaciones sociales en general o de un tipo particular. Las relaciones sociales con las que cuenta un determinado individuo contribuirán a su ausencia de aislamiento y, consecuentemente, a una adecuada integración social (Consuegra, 2010). Como se mencionó anteriormente la familia tiene como función brindar y favorecer el desarrollo de sus integrantes. Y la reacción de la familia ante la enfermedad es relevante, ya que es la familia quien determina un estilo de vida en conjunto, la forma de desenvolverse y las conductas que les ayudará a detonar factores determinantes de salud o enfermedad (Rojas y cols., 2005, Valdés, 2007). Dentro de esta categoría se tomaron en cuenta los patrones culturales de apoyo familiar a un miembro padeciente de diabetes mellitus tipo 2 y las formas no convencionales de apoyo que lo hacen sentir bien.

Para las participantes la familia es muy importante, aunque no consideran nada fuera de lo común dentro de su familia, al principio, al cuestionarles del apoyo familiar que recibían para con su padecimiento ambas mencionaban que no percibían o no había tal, al paso de la sesión(es) se les cuestionaba sobre características o apoyos reconocidos teóricamente en las funciones de la familia como el propiciar bienestar material, de salud física, mental y emocional, desarrollo personal y social y la transmisión de tradiciones, valores o cultura en general (Villafaña y cols., 2011, Álvarez, 1997, Cusinato, 1992, Gracia y Musitu, 2000). Al preguntarles sobre acciones relacionadas como cocinar, mostrar agrado o desagrado por la comida, ayudar en los deberes de la casa, proporcionar dinero, muestras de afecto, etc. fue entonces cuando reconocieron que si había un apoyo hacia ellas y su padecimiento.

Al preguntarles qué tan importante, o qué significado tiene la familia para ellas, comentaron:

Participante 1: “Pues muy importante, pues es la base de toda la sociedad ¿no?”

Participante 2: “Pues ahora sí que pues una familia si debe de, de apoyarse siempre, de tratar de convivir ahora sí que en paz y ayudarse mutuamente...”

En cuanto a la participación de su familia en el tratamiento de la diabetes, las participantes mencionaron:

Participante 1: “Pues yo digo que no ha tenido participación, yo soy la que hago la comida la que... uno como mujer es la que dirige la casa. Y ellos pues no.”

Participante 2: “No pues, yo no sé, yo lo veo ahora sí que yo vivo la vida normal y con ellos igual nadie que ¡ay pobrecita o que ten esto o tu no comas eso porque eso te hace daño!, no, o sea que a mí me tratan normal.”

Al realizar preguntas más específicas como con la participante 1 si le ayudan con el quehacer de la casa su hijo o esposo, comentó:

Participante 1: “Mi hijo si me ayuda, pone la lavadora, el piso, limpia los muebles, los trastes también, no todos pero si me ayuda.”

O en el caso de la participante 2 al preguntarle si su hijo nunca le ha hecho un comentario sobre cómo va con su diabetes o cómo se sentía, contestó:

Participante 2: “Sí, ahora que si ahorita si me está cuidando porque ahora que me dijo el doctor que estoy muy altísima, pos ahora sí que cómo pudo él hizo el sacrificio y me compró el glucómetro porque yo nunca había tenido glucómetro. ...te digo que luego así en la cena vente gorda vamos al pan y él mismo me compra el pan, y ahorita que estuve alta de mi glucosa pues no ¡Estás castigada, no hay coca para ti!...”

Como se nota en ésta última parte, a la participante 2 la premian cuando sale bien en la glucosa y la castigan cuando no (al condicionarle un vaso de coca o unas galletas) esto tal vez para muchos sobre todo médicos parecería poco favorable pues estaría a la vista de muchos transgrediendo las indicaciones alimentarias de un padeciente de diabetes, sin embargo, esto puede ser visto como una forma de apoyo al padecimiento, aunque poco convencional dado que no alteró su nivel de glucemia y resulta un motivador para la participante para cuidarse y normalizar su nivel de glucosa. Otra

muestra como la anterior de apoyo poco convencional que se encontró es en la participante 1 al preguntarle sobre la opinión de su familia sobre su padecimiento:

Participante 1: “No, es que no les he dicho. Porque me da pena, por lo que decía de que no quería que me compadecieran, y yo a mi familia no les he dicho inclusive a mis compañeras... nada más mi esposo y mi hijo.”

Para ella el que su hijo y esposo respeten su decisión de no comunicar su padecimiento implica un apoyo y cuando acuden a eventos sociales o con la familia ellos comen lo que la participante considera ya no debe comer por salud o por no excederse en porciones:

Participante 1: “...pues yo lo que hago cuando voy así a reuniones y eso pues si como lo que sirven y todo y yo si como uno o dos tacos pero no les digo que estoy enferma o que tengo la diabetes ni nada o sea pues yo nada mas digo pues como tanto y ya , refresco pues igual este me lo sirven en las fiestas siempre es el refresco, entonces yo trato de tomar un vasito nada más y ya ... o yo lo acepto y luego le digo a mi esposo ayúdame...”

En resumen en ambos casos su familia nunca las ha señalado, discriminado o excluido por padecer diabetes mellitus tipo 2 y las medidas que toman para mantener el control glucémico (como la preparación de la comida) han sido aceptadas por los miembros sobre todo en la parte alimentaria. En el caso de la participante 1 su hijo y ella tienen muy buena comunicación, la apoya y está pendiente de su bienestar físico y emocional, le ayuda con los deberes de la casa y su familia respeta su decisión de no comunicar su padecimiento a la demás gente.

Por otra parte, con la participante 2 su hijo, la apoya al cuidarla, preocuparse por ella, comprarle su glucómetro, preguntarle cómo anda del azúcar y si anda alta la castiga o cuando la mantiene normalizada en ocasiones le compra cosas como refresco, postres, tortas o galletas como premio por sus niveles de azúcar. Su hermana y sobrina con quienes convive están al pendiente de su salud y su hermano también se preocupa por ella, trata de marcarle para preguntarle cómo está y en ocasiones la apoya comprándole alimentos básicos o con un poco de dinero.

La integración de la familia al tratamiento de una persona que padece diabetes mellitus va a resultar fundamental al fungir como apoyo principal para el padeciente y ayudarlo a disminuir las actitudes, pensamientos, emociones y conductas negativas para su control, acompañándolo en la búsqueda de las herramientas o “recetas” que mejor les funcionen para lograr vivir una vida lo más normal posible, adquiriendo una buena aceptación, convivencia, adherencia al tratamiento y vida familiar más saludable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con base en los hallazgos, se hace evidente la necesidad de una educación más profunda sobre la manera de tratar y abordar las enfermedades crónicas por parte de los profesionales en el área de salud, un diagnóstico otorgado de manera respetuosa, empática y contemplando las dificultades del entorno del padeciente (Cardoso y cols., 2014) puede ayudarnos a obtener una respuesta más óptima y beneficiosa al tratar la enfermedad (Ledón, 2012).

A lo largo del estudio se encontró que las participantes han logrado un control de su padecimiento con ayuda de diferentes estrategias o “recetas” como las denomina la participante 1.

En contraste con la teoría donde se plantean al momento del diagnóstico la aparición de episodios de negación, emociones consideradas como “negativas” y el reajuste del estilo de vida (Vinaccia y Orozco, 2005, Figueroa, 2003), en el caso de ambas participantes, la diabetes ya estaba presente en sus vidas al tener antecedentes familiares con este padecimiento, por lo que había una probabilidad y predisposición al diagnóstico, es por esto que al momento de conocer su condición no les generó un impacto negativo y pudieron aceptarlo de manera efectiva, aunque tuvieron que realizar algunos cambios mínimos e imperceptibles buscando no alterar su estilo de vida habitual, sino una adaptación de su enfermedad a su forma de vida. Adaptación que sobresale en la alimentación, siendo ésta un pilar fundamental en su tratamiento.

Sí bien el enterarse de padecer diabetes mellitus tipo 2 puede imaginarse o verse como algo de gran impacto, las participantes mostraron que en lugar de tomarlo como algo malo, dañino o inclusive como una sentencia puede tomarse desde otra cara, desde una perspectiva de naturalidad, sin prejuicios, optimistas, de respeto hacia ellas mismas y a su cuerpo, de cuidarse y de aprender a valorar pequeños momentos cotidianos.

La posición y disposición con la que la familia y sobre todo la persona con diabetes se enfrente y conciba la enfermedad dará pie al control que tengan sobre la misma (Gomis y cols., 2007). En el caso de las participantes ellas mostraban optimismo y naturalidad con su enfermedad, ambas se caracterizan por ser personas alegres, conscientes, fuertes y activas, pareciera que para ellas no existe una condición y afirman que no es algo que las haga diferentes o les otorgue vulnerabilidad.

La familia de una persona que padece diabetes juega un papel fundamental en el proceso de salud y enfermedad al estar relacionada con la generación de las enfermedades del grupo pero también con su rehabilitación (Herrera y cols., 2002; López y Ocampo, 2007; González y cols., 2009; Medina y cols., 2009; Gonzáles, 2011; Pacheco, 2013; Vázquez, 2004), razón por la que debe integrarse al tratamiento del padeciente, ya que también pueden ayudar a contrarrestar emociones, actitudes, ideas y conductas que perjudiquen la adherencia al tratamiento, sin embargo como se comentaba con las participantes, muchas veces las formas convencionales en las que se presenta el apoyo puede no ser tan beneficioso y ocasionar en el padeciente presión y descontrol del padecimiento, lo que iría en contra de la teoría, dado que para ésta lo

ideal es que tanto la familia como el padeciente estén al tanto de lo que el padeciente de diabetes realiza, de si sigue sus actividades físicas, recomendaciones dietéticas o el horario de sus medicamentos, pero para algunas personas como las participantes creen esto sólo les genera un mayor conflicto, pues se sienten más tentados a trasgredir las normas o indicaciones médicas.

Diversas investigaciones han mencionado la importancia que tiene el apoyo de la familia en el tratamiento, sin embargo, no se encontró información con respecto al tipo de apoyo que debe dar la familia. De ahí los aportes de esta investigación, pues se hace mención de las estrategias que ha utilizado cada una de las participantes con su familia y que les han funcionado (adaptación de la dieta, no comunicar su padecimiento a los familiares, no restringirse los alimentos, la concepción positiva de la enfermedad por mencionar algunas).

Las participantes se han hecho más conscientes de su cuerpo y de sus necesidades, buscan informarse de su padecimiento y no siguen prejuicios pues para ellas es una condición que “no les resta ni les suma”, aprendieron a convivir y llevar su padecimiento a su vida cotidiana por lo que no perciben un cambio brusco o relevante en la forma de llevar sus actividades diarias. Personas para las que la palabra “dieta” no implica restricción en los tipos de alimentos y “ejercicio” no les indica horas de esfuerzo, que aprendieron a tener una vida sana, a amarse a sí mismas, a su cuerpo, a su mente y a su familia.

El contexto de una persona a quién se otorga el diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus debe ser abordado y conocido por los profesionales de la salud, ya que la forma en la que se da el diagnóstico y éste en sí mismo, puede tener un impacto emocional en el padeciente que genere reacciones o respuestas emocionales negativas como la ansiedad, depresión, enojo o miedo. Esto sin contar que la forma en la que el padeciente reaccione, conciba y perciba la enfermedad definirá la forma en la que la maneje, es decir, influirá en el desarrollo de actitudes y conductas que realice el padeciente para el control de su padecimiento. Asimismo, también señalar que el apoyo familiar es una pieza importante en el control de una enfermedad como la diabetes mellitus, sin embargo, los patrones culturales de apoyo convencionales no siempre son funcionales para los padecientes. Razón por la que para responder a nuestra pregunta de investigación ¿qué puede hacer la familia para apoyar al control de la diabetes de un familiar? Se consideró importante contemplar tres aspectos que van relacionados uno con el otro, el impacto del diagnóstico médico, el manejo que tenían las participantes de su padecimiento y el apoyo familiar que presentaban.

Consideraciones finales

Se logró dar respuesta a las preguntas de investigación y cumplir con los objetivos planteados, conociendo las emociones que experimenta el padeciente y sus efectos ante la enfermedad, identificando, como se mencionaba anteriormente, los patrones de conducta que los padecientes han utilizado para afrontar y fortalecer el control de la diabetes y por último explicando las acciones que puede ejercer la familia para coadyuvar a su familiar en el control de su diabetes.

Dentro de nuestras limitantes la mayor fue el tiempo y por ello no se pudo incluir la perspectiva de los familiares sobre el padecimiento.

Con esta investigación se está un paso más cerca de la comprensión del padecer diabetes, sin embargo, se invita a realizar investigaciones necesarias para un mejor entendimiento de este fenómeno, las cuales deberán incluir no sólo al padeciente sino a sus familias o personas cercanas a ellos. Entre las temáticas que se debe seguir investigando son: el conocer sobre los sentimientos, percepciones y acciones de cada uno de los familiares con los que convive el padeciente para poder ayudarles a la integración en el tratamiento de la diabetes de manera personalizada. La identificación de las posibles causas por las cuales se les dificulta a algunas personas con diabetes mellitus tipo 2, la modificación de hábitos que favorecen su tratamiento médico y la propuesta de estrategias cognitivo-conductuales que favorezcan dicho cambio, por último el conocimiento y manejo de un perfil del padeciente de diabetes mellitus tipo 2 para así poder atribuir estrategias, planes de educación y otorgamiento de herramientas de manera individualizada y grupal tanto a los padecientes como a sus familias.

Para finalizar sólo queda remarcar la importancia de seguir buscando a nivel nacional una atención integral de las áreas médica, psicológica, social y nutricional no sólo del padeciente de diabetes sino de su familia ya que forman parte del problema pero también de su solución.

REFERENCIAS

- Aguilar, E. (1990). *Cartas a un diabético: cómo prolongar la vida saludable*. México: Trillas.
- Alpizar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Manual Moderno.
- Álvarez, M. (1997). Familia e inserción social. *Papers*, 52, 101-113.
- Amador, M.B., Márquez, F.G. y Sabido, A.S. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 99-107.
- Amezcuca, M. (2000). Antropología de los cuidados enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los cuidados*, 4(7 y 8), 60-67.
- Arredondo, A. y De Icaza, E. (2011). Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso. *Value in Health*, 14, 85-88.
- Atlas de la Diabetes de la FID (2013). 6a Edición. Versión online del Atlas de la Diabetes de la FID. Recuperado de https://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
- Balcázar, P., Gurrola, G.M., Bonilla, M.P., Colín, H.G. y Esquivel, E.E. (2008). Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. *Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEH*, (6), 147-158. Recuperado de http://www.academia.edu/5380767/Estilos_de_Vida_en_Personas_Adultas_con_con_Diabetes_Mellitus_2

- Belli, S., Harré, R. e Íñiguez, L. (2010). La construcción de una emoción (el enamoramiento) y su relación con el lenguaje: Revisión y discusión de un área importante de las Ciencias Sociales. *Revista Brasileña de Sociología de la Emoción*, 9(25), 221-271.
- Belli, S. e Íñiguez, L. (2008). El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. *Universidad Autónoma de Barcelona Psico*, 39(2), 139-151.
- Brito, G.X., Aguilar, C.A., Rull, J.A. y Gómez, F.J. (2004). *Alimentación en la diabetes. Una guía práctica para la prevención y el tratamiento*. México: Mc Graw-Hill interamericana.
- Canto, J. M., García, P., Gómez, J. L. (2009). Celos y emociones: Factores de la relación de pareja en la reacción ante la infidelidad. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (15), 39-55.
- Cardoso, M.A. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. Cultura, dieta y diabetes. *Cuicuilco*, 13(037), 129-142.
- Cardoso, M.A. (2009). El fenómeno sociocultural y económico de la diabetes. Los contrastes urbano/rural. *3ra Reunión Internacional sobre Diabetes*. México: UNAM Facultad de Medicina.
- Cardoso, M. A., Zarco, A., Aburto, I. A. y Rodríguez, M. A. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(5), 32-42.

Concha, M.C. y Rodríguez, C.R. (2010). Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, 19(1), 41-50.

Consejo Nacional de Población (2012). Diez principales causas de muerte en hombres por grandes grupos de edad según sexos y total ambos sexos. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe.

Córdova, J. A., Barriguete, J. A., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M.,...Aguilar, C. A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública de México*, 50(5), 419-427.

Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.

Dantzer, R. (1989). *Las emociones*. España: Paidós.

Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. (1997). *El diabético optimista. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México: Trillas.

Fernández, A. M. (2011). Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. *Revista Versión Nueva Época*, (26), 1-24. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/7-552-8058osn.pdf

Figuroa, D. (2003). *Diabetes*. España: Masson.

- Figueroa, M. E. y Moreno, G. M. (2007). Rescatar la vivencia de padecer diabetes en personas de ciudad Nezahualcóyotl, para contribuir a una teoría por sus protagonistas. *Estudios de Antropología Biológica*, 13, 885-899.
- García, R. y Suárez, R. (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100005&lng=es&tlng=es.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. España: Paidós.
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2(5), 102-107.
- González, V.M., García, M. y Ramírez, F. (2009). Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 69-78.
- Gomis, R., Rovira, A., Felú, J. E. y Oyarzábal, M. (2007). *Tratado SED de diabetes mellitus: bases moleculares, clínicas y tratamiento*. Madrid: Médica Panamericana.
- Heredia, J. P. y Pinto, B. (2008). Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico. Universidad Católica Boliviana "San Pablo". *AJAYU*, 6(1), 22-41.
- Hernández, M., Gutiérrez, J. y Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55(2), 129-136.

Herrera, P.M., González, I. y Soler, S. (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 169-172. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200013

Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrain, O. y Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 45-52.

Holmes, H. N., Robinson, J. M. y Tscheschlog, B. (2007). *Diabetes mellitus: Guía para el manejo del paciente*. España: Lippincott Williams & Wilkins.

Hueso, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de Enfermería*, 15(55), 49-53. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011&lng=es.

Islas, S. y Lifshitz, A. (1999). *Diabetes mellitus*. México: McGraw-Hill/ Interamericana.

Kilo C. y Williamson J. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.

Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499.

Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97.

- León, R. (2002). Un estudio acerca de la envidia en los centros laborales en el Perú. *Revista Persona*, (5), 147-165.
- Lerman, I. (1998). *Atención integral del paciente diabético*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Lifshitz, A. (2008). ¿Padecimiento o enfermedad? *Medicina Interna de México*, 24(5), 327-328.
- López, C. y Ávalos, M. I. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 331-345.
- López, K.H. y Ocampo, P. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 80-86.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.
- Martín, E., Querol, M.T., Larsson, C., Renovell, M. y Leal, C. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Avances en diabetología*, 23(2), 88-93.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123-146.
- Martínez, B. y Torres, L. E. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*, 17(2), 229-240.

Maureira, F. y Sánchez, C. (2011). Emociones biológicas y sociales. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 7 (2), 183-189.

Medina, O.M., Rugerio, M.A., Flores, M. y Martínez, M.D. (2009). Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 17(5), 212-215.

Mendizábal, O. y Pinto, B. (2006). Estructura familiar y diabetes. *Ajayu*, 4(2), 191-211.

Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (2010). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

Olaiz, G., Rojas, R., Aguilar, C.A., Rauda, J. y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México*, 49(3), 331-337.

Organización Mundial de la Salud (2014). Diabetes: Nota descriptiva N° 312. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. y Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia psicológica*, 29(1), 5-11.

- Otero, L. M., Zanetti, M. L. y Ogrizio, M. D. (2008). El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 231-237. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200010&script=sci_abstract&tlng=es
- Oviedo, M.A., Espinosa, F., Reyes, H., Trejo, J.A. y Gil, E. (2003). Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 41(1), 27-46.
- Pacheco, B. M. (2013). Consecuencias de los vínculos familiares en el paciente crónico diabético y su relación con la adherencia al tratamiento. *Revista científica electrónica de psicología. ICSa-UAEH*, (14), 130-138. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/view/9667245/ao6w8hq>
- Palmero, F., Fernández, E. G., Martínez, F. y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y emoción*. España: Mc Graw Hill/interamericana.
- Pascual, R., Cardoso, M.A. y Serrano, C. (2009). Entre la zafra y el tratamiento de la diabetes. Cuando lo fácil se torna complicado. *Anales de Antropología*, 43, 143-163.
- Pi, A. M. y Cobián, A. (2010). Desarrollo de la función afectiva en la familia y su impacto en la salud familiar Integral. *Medisan*, 14(3), 338-345.

- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M.,... Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica versión impresa Revista Scielo AVFT*, 23(1), 13-17.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción*. México: Mc Graw Hill.
- Reyes, M.P., Morales, J.A. y Madrigal, E.O. (2009). Diabetes. Tratamiento nutricional. *Medicina Interna de México*, 25(6), 454-460.
- Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enríquez, R. M. y Román, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en tabasco*, 17(1 y 2), 30-35.
- Rivera, M. R. (2007). La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433115>
- Rodríguez, A. (2005). La familia, reto para la calidad en salud en México. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 352-354.
- Rodríguez, G., Juárez, C. S. y Ponce, M. C. (2011). La culturalización de los afectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de protesta colectiva. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 193-201.

Rodríguez, M.L. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.

Rodríguez, M.L. y García, J.C. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 210-222. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>

Rojas, M. A., Bonilla, M. P. y Trejo, L. (2005). Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(2), 63-68.

Rondón, J. E. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 126-162. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Salmurri, F. (2004). *Libertad emocional. Estrategias para educar las emociones*. España: Paidós.

Sánchez, A. (2009). *El valor de la inteligencia emocional. Ser emocionalmente inteligente para hallar la felicidad y mejorar la calidad de vida*. España: Formación Alcalá.

Sánchez, C.P., Pichardo, E. y López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 3-20.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. España: Paidós.

Ulin, P.R., Robinson, E.T. y Tolley, E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Valdés, A. A. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. México: El Manual Moderno.

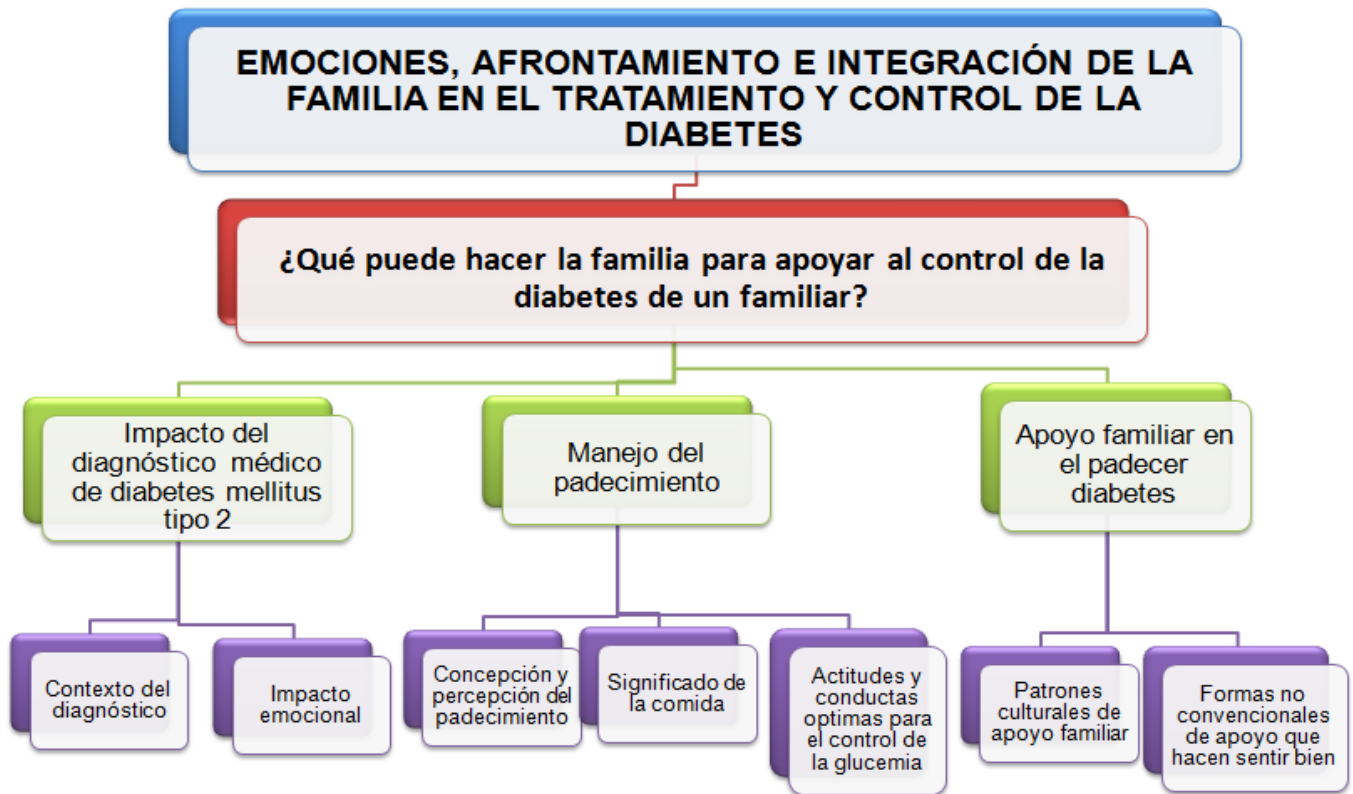
Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, considerados en el diagnóstico y tratamiento sociales y familiares que deben ser del paciente obeso? *Revista de endocrinología y Nutrición*, 12(4), 136-142.

Villafaña, L.G., Robles, E., Zarza, S.S., Van, H. O. y Mercado, A. (2011). El papel de la familia en la enfermedad. *Revista de Psicología Universidad Autónoma del Estado de México Nueva Época*, 1(4), 56-66.

Vinaccia, S. y Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.

ANEXOS

ANEXO 1 CATEGORÍAS



ANEXO 2 PREGUNTAS GUÍA

Nombre. Edad. Lugar de Nacimiento. Estado civil.
Tiene hijos. Ocupación.

1. ¿Cómo le va con su diabetes? ¿Qué me cuenta de su diabetes?
2. ¿Considera que su vida cotidiana ha cambiado? ¿En qué aspectos?
3. En su experiencia ¿Qué es lo que considera más difícil de esta enfermedad?
4. ¿Cómo se siente con su diabetes?
5. ¿Qué cree usted opinen o qué le ha dicho su familia de su padecimiento?
6. ¿Cómo ha sido la participación de su familia durante el tratamiento?
7. ¿A qué le atribuye que usted tenga un buen control en su padecimiento?

ANEXO 3 FOTOGRAFIAS

