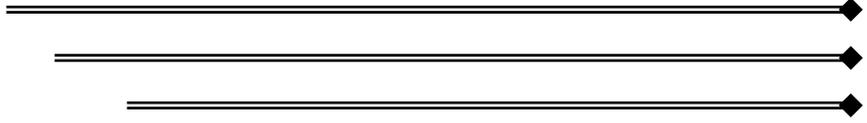




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

CREENCIAS RESPECTO AL ORIGEN DE
LA ENFERMEDAD, AUTOEFICACIA
Y CONTROL METABÓLICO EN
PERSONAS CON DIABETES TIPO 2.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

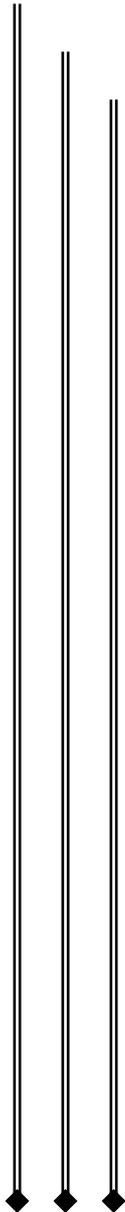
PRESENTA:

MÓNICA SÁNCHEZ ALMARAZ

DIRECTOR:

MTRO. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA

PACHUCA DE SOTO, HGO., 2010.



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

A mis abuelitos Isabel Becerra Mera y Simón Almaraz Castro.

A mis padres José Guadalupe Sánchez Hernández y Paula Almaraz Becerra.

A mis hermanas Vely, Marce y Ximena Yaramar.

A mis sobrinas Marian Anik Richel y Fernanda.

A mis tíos Jesús, Renato, Eduardo, Delfino y Siriaco Almaraz Becerra.

A Oscar Iván Cerón Pacheco

A Tere Almaraz Sierra, Oscar Hernández Ramírez.

A la Doctora Hilda María Fernández de Ortega Barcenas.

Y en especial al Maestro Arturo del Castillo Arreola.

RESUMEN

La diabetes desde la segunda mitad del siglo XX se ha convertido en un problema de salud mundial. Su atención se ha centrado principalmente en aspectos médicos y en menor medida se han abordado los factores psicosociales asociados al padecimiento. Estos factores son relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, y se sabe que su impacto es un predictor potente de mortalidad en pacientes con diabetes por encima de muchas variables fisiológicas. Factores como el conocimiento y las creencias sobre la enfermedad, su tratamiento, así como la percepción de autoeficacia para el manejo de la misma se han asociado a niveles adecuados de adherencia terapéutica y de control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. El objetivo de la presente investigación consistió en conocer las atribuciones de los pacientes respecto al origen de la enfermedad, así como la relación entre el nivel de autoeficacia y el control metabólico de estos pacientes. Participaron 124 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 de tres Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. Para evaluar las atribuciones sobre el origen de la enfermedad se realizó una pregunta abierta; el Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes se utilizó para conocer el nivel de autoeficacia; y el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada para conocer el nivel de control metabólico de los pacientes. Los resultados sitúan al susto y al coraje como las atribuciones más frecuentes del origen de la diabetes. Para conocer la relación entre las variables de estudio se realizó un análisis de correlación de Pearson, cuyos resultados indican relaciones negativas estadísticamente significativas entre los niveles de autoeficacia hacia aspectos relacionados con la alimentación, y hacia la toma de medicamentos con el nivel de hemoglobina glucosilada de los pacientes. Así, a mayor nivel de autoeficacia en las conductas señaladas se encontró un menor nivel de descontrol metabólico en los pacientes de la muestra. Estos resultados coinciden con los encontrados en la literatura internacional y a partir de ellos se podrán desarrollar intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes y a una mayor calidad de vida en estos pacientes.

Palabras Clave: diabetes tipo 2, creencias, autoeficacia, control metabólico.

ABSTRACT

Since the second middle of XX century diabetes is a worldwide health problem. Attention has been focus mainly in medical aspects, and less emphasis has been set on psychosocial factors related with the illness. Psychosocial factors are between the most relevant aspects associated with diabetes control. It is well known that their impact is higher than some of the physiological variables, and they are closely related with diabetics' mortality rate. Factors such as illness's knowledge and beliefs, as well as its treatment and self-efficacy perception have been related with treatment adherence and metabolic control in type 2 diabetic patients. The main objective of the present research was to know patient's attributions related with the disease's causes, and the relationship between self-efficacy and metabolic control of these patients. 124 persons with a confirmed diagnose of type 2 diabetes participated in the study, from three different Health Centers of the Minister of Health in Hidalgo. In order to evaluate the attributions an open ended question was included. The Self-efficacy Questionnaire was used to evaluate self-efficacy levels of the patients. Finally glycosylated hemoglobin percentage was used to measure the metabolic control for each participant. Data showed that two emotions fear and anger, were mentioned as the most frequent attributions related with illness's causes. Pearson product-moment coefficient indicated that there is a negative statistically significant relationship between self-efficacy in controlling the diet and medications, and glycosylated hemoglobin levels of the patients. Showing that an increase in self-efficacy is related with a lower glycosylated hemoglobin levels. These findings are similar to the ones reported by international studies. All together the results suggest that it is possible to create effective psychological interventions in order to improve diabetes' control and as consequence, to proportionate a better life quality to these patients.

Key Words: type 2 diabetes, beliefs, self-efficacy, metabolic control.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas (ADA, 2009). Esta enfermedad se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y a la prevención de las complicaciones (Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda y Villalpando, 2007). Actualmente existen 246 millones de personas en el mundo viviendo con diabetes, de los cuales, más del 80 por ciento habitan en países de ingresos bajos y medios en donde los recursos sanitarios son limitados (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2006).

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos continuos, así como educación. El tratamiento es complejo y requiere la consideración de muchos factores que van más allá del mero control de la glucemia, entre ellos: 1) plan alimenticio, 2) actividad física, 3) uso de fármacos, y 4) asesoría psicológica (ADA, 2009). El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar los niveles de glucosa para poder eliminar los síntomas, a largo plazo, el objetivo es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida y prevenir las complicaciones cardiovasculares y sensoriales, además de las numerosas implicaciones psicológicas (Ventura, 2001).

Un adecuado automanejo de la enfermedad no es una tarea sencilla para los pacientes con diabetes, sino que, conlleva importantes cambios en distintos aspectos de su vida (Froján y Rubio, 2004). El control de la enfermedad dependerá en gran medida de la conducta del paciente que, a su vez, se verá influenciada por los pensamientos, ideas o creencias acerca de la enfermedad y la percepción de autoeficacia respecto al tratamiento que éste tenga (Sánchez-Sosa, 2002). Las creencias también influirán en las emociones, pues de ellas surgen los argumentos que una persona elabora, a fin de mantener un estado de congruencia entre lo que valora y sus razones de hacerlo (Barrera, 2002). Sin embargo, existen pocas investigaciones en México que hayan evaluado estas variables.

El objetivo de la presente investigación, fue conocer las atribuciones que tienen las personas con diabetes respecto al origen de su enfermedad, así como conocer la relación que existe entre el nivel de autoeficacia y el control metabólico de las mismas.

Este documento se divide en seis apartados, el primer capítulo aborda el tema de la evolución del concepto de salud y la de psicología de la salud; incluyendo el concepto de salud, el modelo biopsicosocial, antecedentes y definición de la psicología de la salud, así como definición y epidemiología de los padecimientos crónicos. El capítulo dos contiene el padecimiento de la diabetes, incluyendo epidemiología, definición, etiología, clasificación, diagnóstico, factores de riesgo y tratamiento, temas que permiten tener la información pertinente respecto al padecimiento.

El capítulo tres aborda las variables de la investigación, las creencias, atribuciones y autoeficacia, en él se incluyen factores psicosociales, las creencias y su definición como tal, el Modelo de Creencias en Salud, la teoría de la atribución, el constructo de autoeficacia, definición y relación con las conductas de salud y con el padecimiento de la diabetes. En el siguiente apartado se aborda la metodología utilizada incluyendo el procedimiento que se realizó para evaluar a los pacientes. En la siguiente sección aparecen los resultados de la investigación y para finalizar el último apartado se presenta la discusión y conclusiones.

CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SALUD Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, definió a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, sin embargo, a esta definición se le han hecho muchas críticas, especialmente porque ese supuesto estado de completo bienestar aparece descontextualizado, y porque describe a la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción (Morales, 1997).

Evolución del concepto de salud

Para llegar a este concepto tan ampliamente utilizado en la actualidad, se plantearon una serie de definiciones que han servido para integrar el concepto actual. Existen reportes desde las primeras civilizaciones sobre los curanderos o brujos, quienes poseían el poder y lo utilizaban para alejar a los malos espíritus mediante el uso de distintas herramientas sustentando a la enfermedad en un modelo demoniaco, en donde, si los malos espíritus salían del cuerpo enfermo, éste recuperaría su salud (Reynoso y Seligson, 2002).

En Grecia, Hipócrates (460-377 a.C.) y Platón (428-374 a.C.) representaron dos corrientes: la corriente hipocrática que consideró a la enfermedad como una manifestación de la vida del organismo, resultado de cambios en su sustrato material y no una expresión de la voluntad o de un espíritu maligno. Estableció que cada enfermedad tiene su causa natural y que sin esa causa natural nada puede tener lugar y consideró a la enfermedad como un proceso que afecta al individuo integralmente, señalando que la existencia del organismo está determinada por cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Por otra parte, Platón encabezó la segunda corriente con su filosofía idealista, propuso que los procesos patológicos en los organismos se producen por las modificaciones e influencia en los órganos de un principio no material al que nombró pneuma o alma divina. La causa de la enfermedad consiste en un castigo enviado por el cielo, y por consiguiente, no tienen ningún efecto sobre ella los medicamentos, sino sólo los ritos, los himnos y la música (Morales, 1997).

Durante la Edad Media se adoptó un enfoque espiritualista. La práctica médica estaba bajo el control de la iglesia Católica, a tal punto que en el siglo XII ésta dictó una norma en la que se prohibía a los sacerdotes el ejercicio de la medicina para que, únicamente, se dedicaran a las tareas religiosas propias de su ministerio. En esta época, a la enfermedad se le percibía como la consecuencia del pecado, de la violación de la ley divina; y a la curación, como obra de la fe y el arrepentimiento del pecado (Labiano, 2004).

Sin embargo, los árabes durante esta etapa practicaban libremente la disección, observación y experimentos con cadáveres, lo que les permitió un gran crecimiento, sustentando enfoques materialistas para la explicación de la salud y enfermedad, señalando que, de acuerdo con el equilibrio o el desequilibrio de seis principios (aire puro, moderación en el comer y el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales) se mantenía la salud o se producía la enfermedad (Morales, 1997).

Durante la época del Renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturalistas. Se produjo un desarrollo importante de prácticas y estudios científicos. Fue en esta época cuando surgió la base filosófica del modelo biomédico, el cual se impondría durante trescientos años, hasta nuestros días (Labiano, 2004).

En el siglo XVI la medicina comenzó, con cierta formalidad, su etapa precientífica gracias a los trabajos de William Harvey en la descripción de la circulación sanguínea. En este momento el saber médico se transmitía bajo los criterios hipocráticos, pero se contaba con textos descriptivos; la medicina clínica se aprendía al lado de los enfermos, observando, realizando maniobras diagnósticas y siguiendo el proceso terapéutico hasta la curación o la muerte (Reynoso y Seligson, 2002).

Los siglos XVII y XVIII destacan por la presencia del médico Franz Antón Mesmer, quien habla de aspectos psicológicos, al presentar la tesis titulada “La influencia de las estrellas y los planetas como fuerzas curativas” (fuerza a la que llamó magnetismo animal), en la que planteó que en todos los seres animados existe esa fuerza magnética que propiciaba la curación de los

diferentes padecimientos psicológicos y somáticos; y de René Descartes, quien estableció la dicotomía mente (alma) versus cuerpo (materia) (Zepeda, 2003).

En el siglo XIX hubo expresiones de médicos, economistas, filósofos y políticos que llamaron la atención en el sentido de que la representación de las enfermedades podía tener una relación con las condiciones materiales de vida y trabajo, sin embargo, al finalizar este siglo estos conceptos resultaron opacados por el auge de la unicausalidad y el biologicismo, ya que se produjeron notables avances en el estudio del cuerpo, de su anatomía y fisiología, debido a que se pudo contar con el microscopio (Morales, 1997).

Durante el siglo XX, el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad, y fueron expuestos una variedad de procesos íntimos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano o enfermo, además fueron encontrados nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos. El biologicismo inicial del siglo XIX pasó a ser ultratecnológico, por decirlo de alguna manera, y todo esto tuvo tal impacto en la medicina y en la sociedad, que en algunos sectores se entronizó un pensamiento aun más reduccionista en relación con las causas biológicas últimas de la enfermedad. A su vez, una tendencia más racionalista que progresivamente se impuso, apuntó hacia una comprensión que se orientó a la multicausalidad, en donde, “multi” se refiere a que diversas causas actúan por agregación o adición para producir la enfermedad, y al parecer, lo que ocurre es que diversas causas interactúan siguiendo un patrón de potencialización recíproca en el que no puede obviarse la variable temporal (Morales, 1997).

Para San Martín (1984, en Morales, 1997) hay dos momentos en el transcurso del siglo pasado que han marcado las definiciones del concepto de salud. El primero ocurrió en la primera mitad del siglo, cuando la subordinación de la medicina a la biología es evidente, y también se hace evidente la dependencia de la salud de las condiciones de vida y de la ecología humana. Al final de este periodo es cuando surge la conocida definición de la OMS en 1946, quien al parecer tuvo como antecedente el trabajo de Sigerist (1941) en

su libro titulado "*Medicine and Human Welfare*" donde se propone el reconocimiento e importancia de los aspectos sociales implicados en los problemas de salud. El segundo momento corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia notable de las relaciones humanas, económicas y sociales, por lo tanto se habla del proceso salud-enfermedad, y la medicina asume un papel más protagónico, como recurso para combatir la enfermedad y devolver la salud a las personas.

Al revisar la historia encontramos que la salud y la enfermedad no tienen una raíz exclusivamente orgánica y los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados con numerosos factores como la edad, estilos de vida, condición económica, entre otros. Dada la condición social del ser humano y el funcionamiento intersistémico de nuestro organismo, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todos y cada uno de los sistemas de los que forma parte. La estrecha dependencia de unos y otros genera mecanismos de policausalidad en el que cada uno tiene alguna responsabilidad en los fenómenos o procesos que se desencadenan, aparentemente aislados, en cualquiera de los restantes subsistemas. Recordemos que la condición humana no puede comprenderse mediante al análisis aislado de los elementos que la integran, sino que tienen que contemplarse en su totalidad (Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2004).

Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial es precisamente el que admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas; es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, entre otros), y a su vez elementos microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.). Los diferentes subsistemas como el biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico, están interrelacionados y los cambios en uno de ellos afecta al resto. Los procesos

de causalidad son múltiples y más circulares que lineares, de acuerdo a este modelo se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico, enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social. Estimular la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social (Labiano, 2004).

Antecedentes de la psicología de la salud

Gracias al análisis histórico del concepto de salud logramos distinguir cómo ha evolucionado, y ahora, ya no sólo se considera el aspecto biológico como sinónimo de salud sino que se han integrado a ella aspectos psicológicos y sociales. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se extienda hacia áreas del conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora se reconoce su función y aporte y por lo tanto se le demandan a ellas soluciones para problemas que escapan del alcance del modelo biomédico tradicional (Flórez, 2001).

La psicología de la salud precisamente constituye en los últimos años un campo especializado en la promoción, asistencia, enseñanza e investigación en salud para el nuevo milenio, buscando la interdisciplinaridad (Werner, Pelicioni y Chiattonne, 2003). Sus antecedentes teóricos más importantes provienen de la psicología clínica, la psicología médica y la psicología comunitaria (Morales, 2002), además de la medicina psicosomática y la medicina conductual (Flórez, 2001).

La psicología clínica es claramente el tronco central de donde ha surgido posteriormente, la psicología de la salud (Becoña y Oblitas, 2004), podría definirse como un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos, se centra, casi de manera exclusiva al modelo conductual, se restringió a aplicar técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación,

tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos (Buela-Casal y Carrobles, 1996).

La psicología médica al interesarse del estudio de los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica se propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la situación psicológica de la persona enferma (Bustamante, 1969), plantea problemas tales como el cumplimiento del tratamiento, el de la preparación para intervenciones médicas, el de los aspectos psicológicos de la hospitalización, el de las repercusiones de la relación terapeuta-paciente (Flórez, 2001).

La medicina psicosomática por su parte surgió para dar respuesta a las afecciones que no tuvieron cabida dentro del modelo médico tradicional, pues se desarrolló con base en la creencia de que los factores psicológicos y sociales eran importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad. El psicoanálisis jugó un papel importante en el reconocimiento de los factores psicológicos en la enfermedad, pues elaboró un enfoque psicobiológico más integrativo. A finales de los cincuenta sufrió una crisis debido a su debilidad metodológica, a las limitaciones de los datos clínicos sobre los cuales se desarrolló y a sus razonamientos teóricos circulares, así como a sus sobregeneralizaciones para explicar las alteraciones clínicas (Labiano, 2004).

La psicología comunitaria se apoyó en el modelo de competencia, el cual parte de la idea de que la incidencia de los problemas de salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad de ciudadanos es una razón variable que depende, por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, y por otra parte, de los sistemas de autoestima y apoyo social (Morales, 1997), pero se enfocó a planificar los servicios sólo para aquellos que requieren ayuda, evalúan de manera proactiva las necesidades y riesgos para la comunidad, definen a los problemas en varios niveles, pero se coloca un énfasis particular en el análisis del nivel de la organización y de la comunidad o vecindario (Jerry y Timothy, 1999).

La medicina conductual se limitó por su parte a aplicar técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas, tratándose de una disciplina entre la psicología conductual y la medicina en la que se sigue el modelo conductual y se trabaja predominantemente con sujetos individuales, haciendo mayor énfasis en el tratamiento, es decir, en el nivel terciario (Buela-Casal y Carrobles, 1996). Sus aportaciones fueron relevantes en el ámbito de las aplicaciones clínicas del *biofeedback*, así como los intentos de extender los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples disfunciones, no obstante se limitó casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de estos enfoques, lo cual resulta limitado (Flórez, 2001).

A finales del año de 1960 con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba, y el desarrollo peculiar de servicios de psicología en una extensa red institucional en salud surge la psicología de la salud (Flórez, 2001). Y hasta finales de la década de los setenta un número de disciplinas de la psicología clínica, social, experimental, fisiológica, entre otras, con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la *American Psychological Association (APA)*, naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Becoña y Oblitas, 2004).

Definición de psicología de la salud

Suele atribuirse a Joseph Matarazzo (1980) el uso original del término, con su tradicional definición de psicología de la salud como: la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (Labiano, 2004).

Precisamente la psicología de la salud al considerarse como un área de especialización de la psicología nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. Los psicólogos de la salud procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en la cual, además de la rehabilitación, también es necesaria la prevención y promoción de la salud. Y a pesar de que los psicólogos de la salud siguen el modelo conductual en cuanto a contenidos y posición teórica también utilizan el modelo psicométrico puesto que ya no sólo trabajan a nivel individual sino a nivel comunitario (Buela-Casal y Carroble, 1996).

Áreas de aplicación del psicólogo de la salud

La psicología de la salud por tanto debe de verse de manera muy amplia; por un lado, como práctica profesional de los psicólogos en cualquier tipo de servicio de salud, ya sea de nivel clínico individual o poblacional y, por otro, como sistema de conocimientos y tecnologías con posibilidades de ser compartido con otros, de manera que lo incorporen con el desarrollo de sus respectivas prácticas, tanto en las profesiones centrales y tradicionales de los servicios de salud como en el público en general (Morales, 2002).

Becoña y Oblitas (2004) sugieren que los espacios de actuación de los psicólogos de la salud pueden ser muy diversos:

- ❖ En cuanto a la investigación, está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, para que de manera posterior, los conocimientos aportados por la investigación sean el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación. Uno de los temas más en boga en este momento, al que se le está prestando una gran atención, es el referente a las prácticas sexuales y sus implicaciones para las enfermedades transmitidas sexualmente; la prevención de fumar y la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, prácticas dietéticas saludables, etc.

- ❖ Respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor, así como nuevas técnicas para tratar distintas enfermedades: por ejemplo, para el asma; trastornos gastrointestinales, entre otros padecimientos. Igualmente, dichos profesionales se han interesado por la evaluación de la efectividad de diferentes estrategias de tratamiento.
- ❖ Una línea de investigación importante, dentro de la psicología de la salud, ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad; los asuntos más estudiados han sido el modo en como los sujetos afrontan el estrés y cómo las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud.
- ❖ Otras facetas, en las que se han implicado los psicólogos de la salud, se basan en ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y en asesorar sobre cuestiones psicológicas a los distintos profesionales del cuidado de la salud.
- ❖ También han utilizado una gama amplia de técnicas (métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta, biofeedback, etcétera) para tratar con numerosos y variados trastornos, que van desde la obesidad a enfermedades cardiovasculares. Muchos han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud.

Momento actual de la psicología de la salud

El momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica y de sus extensiones al ámbito de la salud; la meta más importante es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para promover la salud y para prevenir las enfermedades (Flórez, 2001).

La importancia creciente de esta área surge ante los datos epidemiológicos objetivos que indican claramente que en las causas principales de enfermedad y muerte está implicado el comportamiento del ser humano (Labiano, 2004). Ya que hoy en día nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de conductas y condiciones ambientales inadecuadas, pues antes del siglo XX y de los avances espectaculares de la medicina la gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo o infeccioso como la neumonía, gripe, tuberculosis y difteria; pero gracias al descubrimiento de fármacos efectivos, como los antibióticos y vacunas, y a la mejora en la tecnología médica se ha logrado erradicar la cantidad de víctimas inherentes a estos malestares, por ello la reducción en la incidencia de dichos padecimientos y el incremento en la longevidad han dejado paso a las enfermedades crónicas (Becoña y Oblitas, 2004).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) las condiciones crónicas describen todos los problemas de salud que persisten a través del tiempo y requieren algún grado de atención. Comparten asuntos fundamentales entre los cuales destaca la persistencia y el requerimiento a través del tiempo de algún nivel de manejo de atención de salud.

Los padecimientos crónicos se han incrementado de una forma significativa y constituyen las principales causas de mortalidad y padecimientos en la población de todo el mundo. El 50 por ciento de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales relacionados con el aprendizaje y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estrés y la depresión, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y enfermedad (Oblitas, 2006).

Entre las principales enfermedades crónicas de acuerdo a los datos epidemiológicos se encuentra la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y neoplasias; como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento en los riesgos asociados a la industrialización y urbanización, a las mejoras en las

condiciones de salud en México en los últimos 50 años, caracterizada básicamente por la disminución marcada en la mortalidad, el incremento en la esperanza de vida al nacer y a la reducción en la tasa de fecundidad (Pool, 2007).

Dentro de estos padecimientos, la diabetes se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones (Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda y Villalpando, 2007). Ante esto la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 2006 aprobó la resolución histórica 61/225 donde admite que una enfermedad no infecciosa como la diabetes mellitus es considerada una grave amenaza para la salud mundial, al igual que epidemias infecciosas como el VIH/SIDA, por primera vez se reconoce a la diabetes como una enfermedad crónica, debilitadora y costosa asociada a complicaciones importantes que suponen un grave riesgo para las familias, los países y el mundo entero, debido a que los gobiernos manifiestan que está aumentando a un ritmo epidémico, que afecta a todos los países (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2006).

El diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes supone sufrimiento en mayor o menor grado. A pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la vida de los pacientes, y en cierto modo, el curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro. Si el afrontamiento de tales eventos privados/cognitivos supone respuestas literales de lo que esos miedos y preocupaciones "dicen o aconsejan hacer", se puede llegar a producir un empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal (Oblitas, 2006).

En el siguiente capítulo se abordará de manera detallada los factores epidemiológicos y biológicos que se relacionan con este padecimiento, y posteriormente en el tercer capítulo se describirá el papel de las creencias en el manejo de la enfermedad y en el impacto psicológico que genera la misma.

CAPÍTULO 2. DIABETES

Epidemiología

La diabetes desde la segunda mitad del siglo XX se ha convertido en un problema de salud mundial (Silva y Guzmán, 2008). De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2006) actualmente existen 246 millones de personas en el mundo viviendo con esta enfermedad, de los cuales más del 80 por ciento habitan en países de ingresos bajos y medios en donde los recursos sanitarios son limitados. El aumento de la prevalencia de diabetes se acentúa debido a la migración progresiva de la población del campo a la ciudad y a la incorporación de hábitos que favorecen la aparición de la obesidad, factores que han provocado un cambio rápido al estilo de vida occidentalizado que se caracteriza, entre otras cosas, por una mala dieta y falta de ejercicio (FID, 2006; Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda y Villalpando, 2007; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

Este fenómeno se ha presentado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, donde es más frecuente en las áreas urbanas. México no ha sido la excepción, pues el perfil demográfico está siendo causa y consecuencia del perfil epidemiológico del país. La estructura por edad muestra una población que envejece paulatinamente, con el desplazamiento ascendente de la edad mediana, una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el incremento acelerado de la población mayor de 65 años (Fundación Mexicana para la Salud [FUNSALUD], 2006). La vida sedentaria junto a los factores anteriores y una probable susceptibilidad genética propia de poblaciones de origen amerindio han impactado de forma importante en el incremento de diabetes sobre todo de tipo 2 (Rodríguez, Lazcano, Hernández y Oropeza, 2006). De acuerdo a Olaiz-Fernández, et al., 2006) la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, en mujeres fue mayor (7.3%) que en los hombres (6.5%).

A pesar de las cifras anteriores esta enfermedad no se refleja en toda su magnitud en las estadísticas de mortalidad debido a que la mayoría de las

personas que padecen diabetes mellitus mueren por sus complicaciones crónicas tales como las enfermedades cardiovasculares y la neuropatía y en muchos de esos casos la diabetes no aparece entre las enfermedades listadas en el certificado de defunción (OPS, 2001).

Definición

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con lesiones a largo plazo, disfunción e insuficiencia multiorgánica, especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Asociación Americana de Diabetes [ADA], 2009).

Etiología

La ADA (2009) considera que distintos procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas, con la consiguiente deficiencia de insulina, hasta las anomalías que ocasionan la resistencia a la acción de la insulina. La acción deficiente de la insulina en los tejidos blanco es responsable del metabolismo anómalo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas en la diabetes, esta deficiencia proviene de la secreción inadecuada de la insulina o de la respuesta deficiente de los tejidos a la hormona, en uno o más puntos de la compleja vía de acción de la insulina. Con frecuencia, el deterioro de la secreción de la insulina coexiste con defectos en la acción de la hormona en un mismo paciente, y no se sabe cuál de estas anomalías es la causa primaria de la hiperglucemia, si es que lo es por sí sola.

Clasificación

Uno de los más importantes requisitos para la investigación clínica y epidemiológica, así como para el tratamiento clínico de la diabetes, es un adecuado sistema de clasificación que proporcione un marco para identificar y diferenciar sus distintos tipos y estadios, por ello se ha dividido a la diabetes en distintos tipos de a la ADA (2009):

Diabetes tipo 1

Existe una destrucción de las células β , que usualmente lleva a deficiencia absoluta de insulina. Este tipo de diabetes es causada por un proceso inmunológico. Esta forma de diabetes, anteriormente denominada DMID, diabetes de tipo 1 o diabetes juvenil, se origina por una destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas. En esta forma de diabetes, la velocidad de la destrucción de las células β puede ser sumamente variable; es muy rápida en algunos individuos (sobre todo en niños y adolescentes) y lenta en otros (principalmente en adultos). Algunos pacientes, en particular los niños y adolescentes, se pueden presentar con cetoacidosis como primera manifestación de la enfermedad. La diabetes causada por procesos inmunológicos aparece sobre todo en la infancia y adolescencia, pero puede presentarse a cualquier edad, incluso a los 80-90 años. Múltiples factores genéticos predisponen a la destrucción autoinmunitaria de las células β , que también se relaciona con factores ambientales que todavía no están bien definidos. Con este tipo de diabetes, rara vez los pacientes son obesos, pero la obesidad no es incompatible con el diagnóstico (ADA, 2009).

Diabetes tipo 2

Este tipo de diabetes, antes denominada diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID), diabetes tipo II, o diabetes del adulto, es aquella presente en individuos que tienen resistencia a la insulina y habitualmente una deficiencia relativa (en lugar de absoluta) de insulina.

En un principio, y a menudo para toda la vida, estos pacientes no necesitan tratamiento con insulina para sobrevivir. Probablemente existan muchas causas diferentes en esta forma de diabetes y es posible que la proporción de pacientes en esta categoría disminuya en el futuro, a medida que la identificación de los procesos patogénicos y de los defectos genéticos permita una mejor diferenciación y una subclasificación definitiva.

La mayoría de los pacientes con este tipo de diabetes es obesa, y la obesidad en sí causa algún grado de resistencia a la insulina. Los pacientes que no son obesos según los criterios tradicionales relativos al peso corporal

pueden tener exceso de grasa distribuida sobre todo en la región abdominal. En estos pacientes rara vez se produce cetoacidosis espontáneamente, cuando aparece, suele estar asociada con el estrés producido por otra enfermedad, como, por ejemplo, una infección. Este tipo de diabetes a menudo permanece sin diagnosticar por muchos años porque la hiperglucemia se desarrolla gradualmente y al comienzo no es lo suficiente grave como para ocasionar los típicos síntomas de la diabetes. Sin embargo, estos sujetos tienen alto riesgo elevado de complicaciones microvasculares y macrovasculares (ADA, 2009).

Diabetes Mellitus Gestacional

Se define como la intolerancia a la glucosa de cualquier grado, que aparece o se detecta por primera vez durante el embarazo. Esta definición se aplica independientemente de si el tratamiento es sólo la modificación de la dieta o se administra insulina, o de si la entidad se prolonga después del embarazo. No excluye la posibilidad de intolerancia a la glucosa no reconocida, que se hubiera iniciado antes o comenzado con el embarazo. En la mayoría de los casos la diabetes mellitus gestacional, la glucosa vuelve a niveles normales después del parto. El reconocimiento clínico de este tipo de diabetes es importante porque el tratamiento, incluido el tratamiento nutricional, la administración de insulina cuando es necesario y la vigilancia fetal antes del nacimiento, puede disminuir la morbilidad perinatal asociada (ADA, 2009).

Otros tipos específicos de diabetes

En esta clasificación se agrupan a factores que se relacionan con defectos genéticos de las células β , defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, inducida por fármacos o sustancias químicas, infecciones (rubeola, citomegalovirus, otras), a otras formas poco corrientes de diabetes de tipo inmunológico (síndrome de rigidez "stiff-man", anticuerpos antirreceptor insulínico, otros) y a otros síndromes genéticos que a veces se asocian con diabetes (síndrome de down, Klinefelter, Turner y Wolfram, ataxia de Friedreich, corea de Huntington, síndrome de Laurence-Moon-Biedl, distrofia miotónica, porfiria, síndrome de Prader-Willi, otros) (ADA, 2009).

Diagnóstico

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2009) considera que existen tres maneras posibles de diagnosticar diabetes y todas requieren confirmación, en otro momento y por cualquiera de los siguientes tres procedimientos:

1. Síntomas de diabetes más glucemia al azar ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), es decir, en cualquier momento del día, con independencia del tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos incluyen poliuria, polidipsia y adelgazamiento inexplicable.
2. Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l). En ayunas se refiere a que por lo menos en 8 horas no se hayan ingerido calorías.
3. Poscarga de glucosa a las 2 horas ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) en una prueba de tolerancia oral a la glucosa. Es necesario que se realice con una carga de glucosa equivalente a 75 g de glucosa deshidratada disuelta en agua.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados con la diabetes tipo 2, según el boletín de práctica médica efectiva del Instituto Nacional de Salud Pública (2006) incluye los siguientes criterios:

- ❖ Historia familiar de diabetes tipo 2
- ❖ Edad, sobre todo en personas mayores de 45 años
- ❖ Obesidad, sobre todo en personas con aumento de la circunferencia abdominal
- ❖ Antecedentes de diabetes mellitus gestacional o de haber tenido productos que hayan pesado más de 4 kg al nacer
- ❖ Dislipidemia
- ❖ Sedentarismo
- ❖ Síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) manifestados por irregularidades menstruales y/o exceso de vello, hirsutismo.

Consecuencias (físicas, económicas y sociales)

Según la FID (2003), durante los últimos 30 años la diabetes tipo 2 ha pasado de ser una dolencia relativamente leve asociada a la edad y a las personas ancianas a ser una de las principales causas contemporáneas de mortalidad y morbilidad prematuras en la mayoría de los países. En prácticamente todas las sociedades desarrolladas, la diabetes está clasificada entre las principales causas de ceguera, insuficiencia renal y amputación de las extremidades inferiores. Aunque la percepción cambiante de la diabetes se debe en parte a una mejor valoración de sus devastadoras complicaciones, ésta se ha producido principalmente gracias al rápido aumento de su prevalencia, que ha tenido lugar en la última parte del siglo XX. La principal relevancia de las complicaciones diabéticas desde la perspectiva de salud pública es su relación con el sufrimiento y la discapacidad humanos, y los enormes costes socioeconómicos por morbilidad y mortalidad prematuras.

Una elevación crónica de la glucemia en sangre, incluso cuando no hay síntomas presentes que alerten al individuo sobre la presencia de diabetes, conllevará tarde o temprano a lesiones en los tejidos, que desembocarán en enfermedades que a menudo son graves. Mientras que las lesiones en diversos tejidos son evidentes en muchos sistemas de órganos, en los riñones, en los ojos, en los nervios periféricos y en el árbol vascular donde se manifiestan las complicaciones diabéticas más importantes, a veces fatales. De hecho, las complicaciones diabéticas son el aspecto de la enfermedad que más se teme (como sucede con la ceguera y la amputación), ya que representan gran parte de la carga social y económica de la diabetes (FID, 2003).

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2007) en el mundo cada año más de 3.2 millones de muertes se atribuyen a la diabetes. En México, esta enfermedad se ha convertido en la primera causa de muerte, con una prevalencia de 10 por ciento de la población de entre 20 y 64 años de edad.

Hay tratamientos simples y baratos que pueden ayudar a prevenir dichas pérdidas, muchos de los cuales en realidad supondrían un ahorro económico para países ricos y pobres. Los beneficios económicos de la mejora de la prevención y el tratamiento de la diabetes son relativamente mayores en los

países de ingresos bajos y medios, en donde vive la mayoría de las personas con diabetes, pero en donde muy pocas de ellas reciben un tratamiento económicamente eficaz en la resolución (FID, 2006).

Tratamiento

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos continuos y una educación de los pacientes para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. El cuidado de la diabetes es complejo y requiere la consideración de muchos factores que van más allá del mero control de la glucemia (ADA, 2009).

Plan alimenticio

El tratamiento médico nutricional es un componente del tratamiento de la diabetes y de la educación para el cuidado de ésta. Debido a la complejidad de los temas sobre nutrición, es recomendable que uno de los integrantes del equipo que administre el tratamiento nutricional sea un nutriólogo matriculado, capacitado y experto en la implementación del tratamiento nutricional para el tratamiento y educación en diabetes. No obstante, es esencial que todos los miembros del equipo tengan conocimiento sobre el tema y en su momento sirvan de soporte para la persona con diabetes que necesite hacer cambios en sus hábitos de vida (ADA, 2009).

Dentro de las metas de este tratamiento aplicables a todos los pacientes con diabetes son los siguientes:

1. Alcanzar y mantener una evolución metabólica óptima que incluya:
 - ❖ Niveles de glucemia en el rango normal o tan próximos a lo normal como sea posible de forma segura, para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones diabéticas.
 - ❖ Un perfil de lípidos y lipoproteínas que reduzca el riesgo de enfermedad macrovascular.
 - ❖ Niveles de presión arterial (PA) que reduzcan el riesgo de enfermedad vascular.
2. Prevenir y tratar las complicaciones crónicas de la diabetes. Modificar la ingestión de nutrientes y los hábitos de vida según el caso para la

prevención y tratamiento de la obesidad, la dislipidemia, la enfermedad cardiovascular, la hipertensión y la nefropatía.

3. Mejorar la salud a través de una dieta saludable y de la actividad física.
4. Abordar las necesidades nutricionales individuales, teniendo en consideración los hábitos de vida y las preferencias personales y culturales, a la vez que se respetan los deseos y la disposición para cambiar a la persona.

Actividad física

Las revisiones técnicas de la ADA (2009) sobre el ejercicio de pacientes con diabetes indican el valor de la actividad física en el plan terapéutico de la diabetes debido a que el ejercicio de manera regular ha demostrado mejorar el control de la glucemia, reducir los factores de riesgo cardiovascular, contribuir a la pérdida de peso y aumentar el bienestar. Es más, el ejercicio regular puede prevenir la diabetes tipo 2 en individuos con alto riesgo.

Una recomendación estándar para los pacientes con diabetes es que la sesión de ejercicio debe incluir una fase inicial de calentamiento y una fase final de relajación. La fase de calentamiento inicial debe consistir en 5 a 10 minutos de actividad aeróbica de baja intensidad (caminata, bicicleta, etc.). El objetivo de la sesión de calentamiento es preparar el sistema músculo esquelético, cardiovascular y pulmonar para un incremento progresivo de la intensidad de ejercicio. Después del calentamiento los músculos deberán ser preparados con otros 5-10 minutos de estiramientos. Primeramente los músculos usados durante la sesión deberán ser estirados. Después del ejercicio activo, una fase de relajación debe ser estructurada una forma similar al calentamiento; la fase de relajación deberá tener una duración de 5 a 10 minutos y deberá llevar gradualmente la frecuencia cardíaca a su nivel basal (Oviedo, Espinosa, Reyes, Trejo y Gil, 2002).

Tratamiento farmacológico

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (2006) los fármacos orales utilizados en el tratamiento de la diabetes y sus mecanismos de acción son los siguientes:

Biguanida:

- ❖ Disminuye la producción hepática de glucosa
- ❖ Aumenta el metabolismo intracelular de glucosa
- ❖ Baja la frecuencia de producción de hipoglucemia
- ❖ Produce disminución moderada de peso

Sulfonilureas y secretagogos:

- ❖ Aumenta la secreción de insulina por las células β
- ❖ Aumenta la sensibilidad periférica por la insulina
- ❖ Incrementan la concentración plasmática de insulina
- ❖ Producen hipoglucemia
- ❖ Producen aumento de peso

Glitazonas:

- ❖ Aumentan la sensibilidad periférica a la insulina
- ❖ Reducen el hiperinsulinismo; reducen la resistencia a la insulina
- ❖ Aumentan la captación periférica de glucosa
- ❖ Reducen la gluconeogénesis hepática
- ❖ No producen hipoglucemia
- ❖ Efecto antioxidante
- ❖ Reduce las cifras de triglicéridos
- ❖ Mejoran la función endotelial

Otros inhibidores de alfa-glucosidasas:

- ❖ Disminuyen la digestión de carbohidratos
- ❖ Retardan la absorción de carbohidratos
- ❖ Reducen la glucemia posprandial
- ❖ No modifican la producción de insulina
- ❖ No producen hipoglucemia

Insulina

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (2006) en condiciones fisiológicas, la insulina se secreta en dos patrones:

1. Secreción basal continua;
2. Después de las comidas (posprandial o postabsorción de alimentos).

Se calcula que la secreción total de insulina es de 18 a 32 unidades de insulina diaria en personas sin diabetes. La secreción basal controla la producción hepática de glucosa para mantenerla en equilibrio con el consumo de glucosa del sistema nervioso y otros tejidos. La secreción posprandial de insulina estimula el consumo y almacenamiento de glucosa, e inhibe la producción hepática de glucosa. En personas con diabetes tipo 1, la dosis de insulina debe cubrir la secreción basal y las necesidades de insulina posprandial; esto se puede lograr con dosis bajas de insulina NPH al acostarse o antes del desayuno. Las necesidades posprandiales se atienden con insulina de acción rápida 30 minutos antes de cada comida. Cuando se aplican 2 o más dosis de insulina, debe repetirse en tercios (2/3 antes del desayuno; 1/3 antes de la cena).

Las dosis de insulina en personas con diabetes tipo 2, se basa en las cifras de glucemia en ayunas y se considera que los pacientes que requieren dosis menores de 0.3 U/kg/día, pueden ser controlados con sulfonilureas, secretagogos no sulfonilureas, biguanidas o inhibidores de alfa-glucosidasas. En pacientes con glucemia preprandial de 140-200 mg/dl se recomienda iniciar la aplicación de insulina al acostarse, para controlar la hiperglucemia en ayunas, mientras que en los pacientes con glucemia preprandial persistente mayor a 200 mg/dl es necesario cubrir las necesidades de insulina durante las 24 horas del día. En este caso, se ha demostrado la eficacia del uso de dos dosis de insulina N o de mezclas de insulina 30/70 (30% de insulina de acción rápida, 70% de insulina N).

Tiempo de acción:

- ❖ Insulinas de acción rápida (inicio: 15-60 minutos; efecto máximo: 2-3 h; duración: 4-6 h).
- ❖ Insulinas de acción intermedia (inicio: 2-4 h; efecto máximo: 4-10 h; duración: 14-18 h).
- ❖ Insulinas de acción lenta: (inicio: 3-4 h; efecto máximo: 4-12 h; duración: 16-20 h).

A pesar de que el objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar los niveles de glucosa para poder eliminar los síntomas, a largo plazo el objetivo es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida y prevenir las complicaciones cardiovasculares y sensoriales, además de las numerosas implicaciones psicológicas (Ventura, 2001).

Los pacientes viven en promedio 20 años con la enfermedad, la cual con el transcurso del tiempo y el bajo control metabólico, ocasiona estragos en la salud física y con ello disminuye notablemente la calidad de vida del paciente. No obstante la diabetes, ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar de forma sistemática factores psicosociales (Salazar, Colunga, Pando, Aranda y Torres, 2007).

Uno de esos factores son las creencias, actitudes y otras variables motivadores importantes del comportamiento humano, una vez que se las ha adquirido. Con el paso del tiempo las personas presentan diferentes comportamientos, creencias y actitudes que permanecen iguales durante años y, a la postre, proporcionan coherencia y predictibilidad a muchas de esas conductas (Becoña y Oblitas, 2004). En el siguiente capítulo se ahondará en los factores psicológicos y sociales relacionados con la diabetes.

CAPÍTULO 3. CREENCIAS, AUTOEFICACIA Y DIABETES

Atribuciones hacia el origen de la diabetes

La diabetes ha mostrado ser una enfermedad no sólo físicamente dañina, sino que sus consecuencias inciden en las áreas cognitivas, afectivas y sociales de quienes la padecen (Ventura, 2001). Estas consecuencias propician problemas en el automanejo del paciente incrementando la aparición de secuelas físicas y elevando los costos de tratamiento para el paciente y las instituciones de salud, en rubros como la rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad (Ortiz y Ortiz, 2005).

Debido a que los pacientes continúan siendo atendidos principalmente en aspectos biológicos y muy superficialmente en aspectos psicosociales, y a que un buen control glucémico requiere, no solamente de la ingesta de medicamentos, sino ajustes importantes en la alimentación habitual, control de peso y una adecuada actividad física (Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008), la adaptación a estos cambios es complicada para el paciente y su familia (Froján y Rubio, 2004).

Los factores psicosociales serán relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad (Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008), y, se convertirán en un predictor potente de mortalidad en pacientes con diabetes por encima de muchas variables fisiológicas (Delameter, et al., 2001).

Los factores psicosociales relacionados con el automanejo de la diabetes se clasifican en tres componentes: emociones, pensamientos y conductas; actúan juntos y se afectan unos a otros durante todo el tiempo a lo largo de la vida del paciente. A continuación se describen cada uno de ellos (Sánchez-Sosa, 2002):

1. Las emociones involucran cambios y reacciones psicológicas que juegan un papel muy importante en la recuperación de la salud. Por un lado, las emociones frecuentes e intensas interactúan con nuestra fisiología y pueden generar estados de debilidad, y por otro, las emociones pueden influir en nuestra conducta al impedir que

llevemos a cabo las acciones necesarias para el cuidado de nuestra salud.

2. La conducta instrumental se refiere a toda actividad que sirve como instrumento al individuo para modificar su ambiente tanto interno como externo, y que trae consigo consecuencias relativamente específicas. Los pacientes con diabetes frecuentemente carecen de las habilidades y conductas específicas para manejar su enfermedad como monitorear su nivel de glucosa, tomar medicamentos o realizar alguna actividad física. Si no aprenden estas habilidades los pacientes, el tener pensamientos apropiados y control emocional no será suficiente para que el paciente realice rutinas y actividades adecuadas para su tratamiento.
3. Los pensamientos, ideas o creencias también pueden influir en nuestra conducta y en nuestras emociones generando problemas en el automanejo de la enfermedad. Factores como el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento, la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, de severidad de la enfermedad, la autoeficacia y el control percibido sobre las conductas de salud, están ligados a la adherencia al tratamiento.

De los tres factores antes señalados, las creencias tienen un gran impacto en la vida del individuo, ya que permiten, por un lado, interpretar la realidad y, por otro, guiar su comportamiento (Barrera, 2002).

Green, Marshall, Sigrid y Kay (1980) definen una creencia como una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia. Una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad lo es ó no, en términos objetivos.

Las creencias tienen al menos tres características que las definen como tales (Greene y Simons-Morton, 1988). Primero, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que le otorga el que las posee. Segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo, es decir, lo que la persona sabe o cree saber al respecto.

Tercero, tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que posee una determinada creencia para un individuo en una situación dada (grado de importancia de la creencia particular a lo apropiada que le parezca a un individuo –la intensidad de una creencia-).

De las creencias surgen los argumentos que una persona elabora a fin de mantener un estado de congruencia entre lo que valora y sus razones de hacerlo. En la teoría de la disonancia cognoscitiva Festinger (1957), señala la necesidad de tener conocimientos congruentes, ya que, cuando surgen incongruencias se manifiesta un estado de disonancia y, con ella, presiones para reducirla; lo cual puede ser logrado con cambios en el comportamiento, en el conocimiento o en la selección de información a la que se expone el individuo. Además, esta teoría sostiene que es más fácil cambiar las propias creencias sobre lo que uno está por hacer, que las referentes a una realidad concreta. Estos argumentos teóricos, proveen sustento a la idea de que a la valoración de un cambio le anteceden una mayor cantidad de creencias a favor del cambio y menor en contra, cuando la persona considera que ese cambio va influir sobre los acontecimientos a los que la creencia se refiere.

Precisamente, el modelo conceptual de inspiración cognitiva que considera que los comportamientos de las personas son el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto desarrolla en una situación determinada es el Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008), debido a que es un modelo personal de creencias que ayuda a explicar las representaciones cognitivas o esquemas de la enfermedad, que se forman a partir del conocimiento e interpretación de la misma (Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2006).

El MCS fue originalmente desarrollado en los años cincuenta por cuatro especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock, con la finalidad de encontrar una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997). Desde su origen este modelo, se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usado y citado para explicar acciones de prevención de

enfermedades, respuestas a síntomas y a enfermedades, así como otros diversos patrones comportamentales con efectos en salud (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001). Los componentes básicos de este modelo son: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas (Moreno y Roales-Nieto, 2003):

La susceptibilidad percibida consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001).

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por una lado las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado, las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.) (Moreno y Roales-Nieto, 2003).

Los beneficios percibidos radican en como el individuo debe creer que es capaz también de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores en su salud que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997). En el caso de las personas enfermas lo esperado es que enfrenten su enfermedad en términos de adhesión a los tratamientos e indicaciones médicas, una vez que los pacientes han aceptado su susceptibilidad y reconocido la severidad de su enfermedad (Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008).

Las barreras percibidas se refieren a como un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de

salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones (Moreno y Roales-Nieto, 2003).

El MCS en resumen, permite explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerando éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Se extiende a las personas, a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a la enfermedad diagnosticada con énfasis en la adhesión al tratamiento, la educación y desempeño en el autocuidado (Silva y Guzmán, 2008).

Entre los estudios que han explorado las creencias del MCS en diabetes, se encuentra un estudio realizado en España con adolescentes de educación secundaria que no tenían diabetes, los resultados indicaron que los jóvenes tienen creencias positivas respecto a la diabetes, creen que no se contagia, que los pacientes deben cuidar su alimentación, que un joven con diabetes puede tener tantos amigos y actividades sociales como otros jóvenes que no presentan la enfermedad, que puede tener relaciones sexuales como el resto de la gente, que puede llevar una vida normal, y puede ser feliz aunque sea considerada una enfermedad crónica e incurable (Vázquez, Cruz, Laynez, Pérez y Godoy, 2008).

En otro estudio, que también se realizó en España y que evaluó las creencias, actitudes y conocimientos pero en personas con diabetes tipo 2, se encontraron resultados que indican que la diabetes es una enfermedad socialmente aceptada, que los pacientes se sienten más o menos diabéticos según sean tratados o no con insulina. Los aspectos positivos que los pacientes encontraron son pocos y se relacionan con los aspectos positivos de la vida sana, la dieta, el ejercicio, la disminución del hábito tabáquico, la mejora en su calidad de vida. Las repercusiones negativas de la enfermedad se relacionan con el no poder comer ciertas cosas. Los pacientes están motivados para adquirir conocimientos en el momento que la enfermedad les afecta y cuando estos les son necesarios para manejar la enfermedad. El principal apoyo de la persona con diabetes es la familia, seguido del de los profesionales sanitarios (Moreno, et al., 2004).

En el continente americano, específicamente en Argentina, con una muestra de adolescentes con diabetes tipo 1, se exploraron el tipo de creencias que informan los pacientes sobre salud y enfermedad. En cuanto a la evaluación del patrón de creencias relacionadas con la salud, los resultados indican creencias relativas a la alimentación y el ejercicio. En los resultados sobre lo que creen los sujetos que deben hacer para cuidar la salud y lo que dicen hacer realmente para mantenerse sanos, se observan respuestas como “cuidarse” como lo que deben hacer para no padecer enfermedades, y lo que dicen hacer para cuidar su salud es llevar a cabo formas específicas de mantenimiento de la salud como alimentarse bien, hacer deporte, no comer dulces, etc.). Los resultados sobre la percepción del riesgo y las expectativas de salud, indican más un patrón de duda al respecto (Greco y Roales-Nieto, 2007).

Reynals, et al., (2007) también, en Argentina evaluaron las creencias respecto a la diabetes pero en personas con diabetes tipo 2, y los principales resultados de esta muestra fueron: todos creen en Dios y que los profesionales de la salud ayudan, el veinte por ciento cree que sólo Dios controla la diabetes, el noventa por ciento cree que la familia ayuda, el cincuenta y tres por ciento cree que los líderes religiosos ayudan y el diez por ciento cree que las complicaciones crónicas son inevitables.

Un estudio realizado en Chile mostro asociaciones significativas entre las creencias que los pacientes con diabetes tienen sobre los beneficios y barreras percibidas respecto del plan de cuidado y el control metabólico de los mismos (Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008).

Teorías como la de la disonancia cognitiva de Festinger (1957) y el Modelo de Creencias en Salud han tratado de explicar el vínculo entre creencias y conductas dirigidas al padecimiento, pero también es importante considerar las atribuciones que se tienen hacia este, ya que sirven como guía de futuras conductas y permiten llevar a cabo acciones para mantener la salud después del diagnóstico, además que motiva a realizar acciones preventivas en el mismo rubro (Silva y Guzmán, 2008). Las tres principales teorías de la

atribución son la Heider (1958), la de Jones y Davis (1965) y la de Kelley (1967) [Hirt y McCreA, 2002].

La teoría de la atribución se encarga de dar respuesta a una pregunta: ¿Cómo llegamos a hacer suposiciones estables de causalidad acerca de eventos en nuestro mundo de fenómenos? (Peñaranda y Quiñones, 2005). Sus orígenes se remontan a los escritos y observaciones de Fritz Heider (1958), quien buscó estudiar las inferencias causales que hace el individuo sobre los motivadores de la conducta y los orígenes de la enfermedad, mencionó que las personas tratan de desarrollar una concepción ordenada y coherente con su medio al buscar relaciones que les puedan ayudar a comprender los acontecimientos dentro de su campo de observación (Barrera, 2002).

Las atribuciones han sido consideradas una respuesta a los acontecimientos cotidianos de las personas y son una explicación empírica de los sucesos individuales, es decir, constituyen una explicación causal externa (del ambiente) o interna (de la persona) (Meyer, 1994; Roesch y Weiner, 2001; Stewart, 1989). Las causas externas indican las causas presentes en la situación o en el ambiente donde se realizó la conducta, las segundas designan las causas en nuestro interior, como los rasgos de personalidad o las inclinaciones (Hirt y McCreA, 2002).

La explicación causal se plantea en este contexto como un proceso fundamental en la percepción y comprensión de la acción humana, la atribución de un hecho concreto a la capacidad o habilidad de una persona depende de factores personales, bien estables (confianza en sí mismo, por ejemplo), bien temporales (fatiga, estado de ánimo), así como actitudes y creencias, este proceso está mediado por múltiples factores personales y sociales. Si la atribución no es personal, se supone que el hecho se debe a las circunstancias. Sin embargo, las ideas de Heider no tuvieron en un primer momento un recibimiento entusiasta; pero, el interés por los procesos de atribución ha ido creciendo paulatinamente y con él, la producción de estudios sobre el tema. Una de las razones de este interés se ha probablemente a la aplicabilidad que la teoría tiene a temas prácticos, como en el ámbito de la salud (Crespo, 1982).

El primer desarrollo de las ideas de Heider sobre la atribución lo constituye los trabajos de Jones y Davis (1965) sobre la inferencia de disposiciones personales como responsable de los actos, el terreno que interesa a estos dos autores es el de la atribución personal, y más en concreto, las atribuciones de intenciones y, a partir de éstas, la atribución de disposiciones personales estables (Crespo, 1982). Estos dos autores propusieron a los sujetos experimentales que fuesen observadores de la conducta de un actor, intentando inferir la conciencia que dicho actor tiene de una acción, es decir, la disposición subyacente de la conducta manifestada. Cuando el observador deduce que la conducta del actor está en su carácter, y forma parte de su personalidad, se denomina inferencia correspondiente. La probabilidad de que esto ocurra es menor si el actor se comporta con deseabilidad social, y son más probables si se desvía de la norma social o sus consecuencias provocan efectos no comunes, por lo cual recibe el nombre de teoría de la inferencia correspondiente. Este modelo presentó serias dificultades (Peñaranda y Quiñones, 2005).

Si para Jones y Davis el individuo es básicamente racional procesador de información para Kelley (1967), el proceso de atribución es una especie de computación mental en base a un análisis lógico, similar al de análisis de varianza, en virtud del cual el observador establece las causas de un suceso, dando mayor importancia al conocimiento del perceptor sobre la historia del actor y de la acción (Crespo, 1982). Así pues, la teoría de covariación propuesta por Kelley (1967) trata específicamente de las situaciones donde el observador tiene acceso a muchos fragmentos de información referente al agente (Hirt y McCrea, 2002).

Establece que hacemos tres clases de atribuciones: atribución a la persona, atribución al estímulo y atribución a las circunstancias según los patrones de la información recibida. El proceso por el cual se hace la atribución de la conducta es la búsqueda de la covariación, es decir, los observadores operan como “científicos principiantes” que tratan de determinar a lo largo de cuál dimensión o dimensiones (consenso[como otras personas reaccionan frente al mismo blanco], distintividad [indica si la conducta siempre ocurre en presencia del blanco de este comportamiento en particular, o sea el estímulo],

consistencia[determinar la dimensión de congruencia de la conducta en diversas situaciones y momentos]) está variando la conducta. La atribución a una persona se realizará cuando se comporte de modo distinto a otra persona (bajo consenso), en respuesta a muchos estímulos diferentes (baja distintividad) en circunstancias diversas (alta consistencia), es decir, si la conducta ocurre sólo cuando alguien está presente. La atribución al estímulo se efectuará cuando la información indique que el acto es común (alto consenso), muy distintivo y congruente. La atribución a las circunstancias tendrá lugar cuando la información indique que el acto tenía alto consenso, distintividad y congruencia, esta teoría aparece como muy razonable y posible de aplicar a un amplio rango de situaciones sociales (Hirt y McCrea, 2002).

En general, la teoría de Kelley (1967), al igual que las de Heider, (1958) y Jones y Davis (1965), se fundamenta en la idea del procesamiento activo de la información, en virtud del cual, y de una forma progresiva, el individuo va acumulando información relacionada con las causas de las distintas conductas (Palmero, Carpi, Gómez, Guerrero y Muñoz, 1997). Sin embargo, el tipo de análisis causal descrito puede requerir considerable esfuerzo, ya que, a menudo las personas están prontas a sacar conclusiones rápidas y simples acerca de las causas de las acciones de otros, en gran medida porque han aprendido que ciertas clases de conducta generalmente surgen de factores internos, mientras otras usualmente derivan de factores externos (Peñaranda y Quiñones, 2005).

Una suposición básica de estas teorías de la atribución establece que el ser humano es un procesador sensato y lógico de la información, pero la investigación más reciente detectó varios errores y sesgos constantes que pueden contaminar este proceso, estos hallazgos hacen que muchos nos preguntemos si en realidad el hombre toma decisiones racionales; por lo cual, el estudio de errores y sesgos ha permitido a los investigadores construir modelos de cómo realmente emitimos juicios de causalidad y no de cómo deberíamos hacerlos, las teorías que se expusieron con anterioridad eran normativas y describían como deberíamos hacerlos, a continuación exponemos los modelos de la manera en como realizamos esos juicios y de porqué pueden estar equivocados (Hirt y McCrea, 2002).

El proceso de efectuar atribuciones internas o externas es una forma de determinar la importancia relativa de los factores disposicionales y situacionales en la realización de una conducta. Pero, un hecho constante en la investigación es que tendemos a darle demasiada importancia al primer tipo de factores y muy poca a los segundos cuando emitimos juicios causales. El carácter generalizado de este fenómeno llevó a Ross (1977) a caracterizarlo como error fundamental de la atribución.

Se han propuesto varias explicaciones del error de la atribución. La primera es la de Heider (1958) al considerar en términos generales que se debe a una concentración perceptual en la conducta del individuo y no en la situación. La segunda explicación no se basa en que ignoremos la información relacionada con la situación, sino en el tipo de proceso necesario para la atribución, este proceso se basa en tres momentos de acuerdo a Gilbert, Pelham y Krull (1988 en Hirt y McCrea, 2002). Primero, identificamos la conducta. Segundo, realizamos de manera automática una inferencia correspondiente prescindiendo de las presiones de la situación, por tratarse de un proceso automático, completamos esta etapa de manera rápida e inconscientemente. Y tercero, ajustamos una carga la inferencia de la disposición a los factores situacionales que pueden haber causado la conducta. Si el modelo es correcto, quizá no corriamos los factores situacionales cuando nos hallamos ante una carga cognoscitiva. Por tanto, podemos cometer errores fundamentales de atribución porque estamos muy ocupados y no porque no sepamos que debemos utilizar la información.

De acuerdo a Bem (1972), tendemos a cometer el error fundamental de la atribución cuando observamos a otros, en su teoría de autopercepción el proceso en que los agentes realizan atribuciones a su conducta es el mismo proceso con el cual hacen las atribuciones de otros.

Aún así, Peñaranda y Quiñones (2005) señalan que la mayor evidencia que ha quedado por el momento, de estas teorías es que las expectativas poseen un papel central en relación con las atribuciones y con la conducta consecuente. Por lo cual Deutsch y Krauss (1997) consideran que en la interpretación de los acontecimientos es importante tomar en cuenta si el

fenómeno se atribuye a factores causales localizados en la persona o en el medio. Se sabe que atribuimos los eventos positivos a nosotros mismos y los eventos negativos a factores del entorno, incluyendo en ese entorno a las demás personas, focalizando así nuestras atribuciones en ciertas disposiciones internas y estables. Por ello, ante cada experiencia negativa o desagradable, el individuo buscará explicaciones y tenderá a atribuir las a factores externos al propio sujeto o a conductas de los demás (Fernández, 2001). Por ejemplo, algunos enfermos de cáncer atribuyen su enfermedad, entre otras causas, al tipo de personalidad o a motivos religiosos (Cook Gotay, 1985 en Silva y Guzmán, 2008).

En relación a las atribuciones que las personas con diabetes hacen respecto a su enfermedad se han realizado investigaciones principalmente en el continente americano. Por ejemplo, en adultos latinos representantes de Estados Unidos, Guatemala y México, los resultados muestran que las atribuciones más frecuentes son el susto y el enojo (Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 2003; Poos y Jezewsk, 2002; Weller, et al., 1999), además de la herencia, la mala alimentación (Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2006). La muestra de Estados Unidos asocia el origen de la enfermedad a aspectos relacionados con el modelo biomédico como una inadecuada alimentación; en Guatemala asocian el origen del padecimiento a las emociones intensas y en México los pacientes que tienen creencias en relación a las causas biomédicas (herencia, medio ambiente, edad,) como factores que originan la enfermedad son las que tienen un mayor nivel de escolaridad (Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 2003; Weller, et al., 1999), en Argentina cabe señalar que las investigaciones que se hicieron al respecto los resultados indican que hay pacientes que atribuyen el origen de su enfermedad a fuentes incontrolables como la “mala suerte” o “que Dios quiera” en pacientes con diabetes tipo 2 (Reynals, et al., 2007) y en adolescentes con diabetes tipo 1 (Greco y Roales-Nieto, 2007).

Autoeficacia y Diabetes

Otro modelo que también ha estudiado creencias relacionadas con la salud y la enfermedad es la teoría social cognitiva. De acuerdo con esta

modelo teórico, el sujeto no es gobernado únicamente por fuerzas internas, ni tampoco determinado y controlado únicamente por estímulos externos, sino que su funcionamiento se explica como un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales (cognitivos y de otro tipo), y los acontecimientos ambientales, actúan entre sí como determinantes interactivos (Bandura, 1997). La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Los tres factores no interaccionan de modo totalmente simultáneo, sino secuencialmente en el transcurso del tiempo (Bolaños, 2008).

De acuerdo con esta teoría la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento, donde se encuentran tres tipos de expectativas (Olivari y Urra, 2007):

- ❖ Expectativas de la situación: en este aspecto de la teoría las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
- ❖ Expectativas de resultado: se refieren a la creencia de que una conducta producirá determinados resultados.
- ❖ Expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida: se refieren a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

Por ello, quien se percibe como autoeficaz no siente que los acontecimientos dominarán inexorablemente su existencia, sino que tiene control sobre los acontecimientos. Las personas autoeficaces no esperan a que transcurran los hechos, sino que se anticipan a las consecuencias, con la firme creencia de que podrán cambiar aquello que lacere su salud y bienestar. Sin embargo, las personas con pobre expectativa de eficacia personal se perciben así mismas como desvalidas e incapaces de ejecutar algún tipo de control sobre los eventos que amenazan la calidad de su existencia y, en consecuencia, su postura ante estos es pasiva y de desesperanza, al pensar

que cualquier esfuerzo para cambiar la situación existente será inútil (Silva y Guzmán, 2008).

Existen diferentes factores que se combinan en esta etapa para delinear progresivamente la autoeficacia del individuo como lo cita Silva y Guzmán (2008):

1. Los logros de la actividad. En la medida que se va obteniendo éxito en las diferentes actividades que se realizan, aumenta la confianza en sí mismo y la sensación de competencia personal que caracteriza a una persona autoeficaz y viceversa: la persona que experimenta el fracaso y la decepción, le conducen a configurar expectativas de pobre autoeficacia personal.
2. El aprendizaje observacional. Todos los individuos están expuestos a diferentes modelos que tienden a imitarse en función de lo atractivo que resulte para él. Observar comportamientos deseables incentiva el deseo de ser como ellos y, en consecuencia, modelan la conducta de los individuos.
3. Las persuasiones verbales. Elogiar o decirle a una persona de manera realista que posee o puede alcanzar determinadas habilidades, incrementa su sensación de adecuación, seguridad y confianza, conduciéndole al éxito, incluso a personas que no posean la óptima calificación en determinadas actividades. Y viceversa, si a una persona calificada se le transmiten constantes mensajes que cuestionan o devalúan su valía personal, entonces sus expectativas de eficacia y su creencia en sus propias competencias pueden disminuir sensiblemente y lacerar los productos de su actividad.

En este sentido, las creencias en torno a la autoeficacia determinan el modo de sentir, pensar, motivarse y comportarse de las personas. Los niveles de autoeficacia pueden modificarse debido a varios factores, entre los que se encuentran: las experiencias de la persona; la experiencia de los demás; el efecto de la persuasión social y el estatus psicológico de la persona que se describen ampliamente a continuación (Puji, 2008):

Por lo que se refiere a la experiencia personal, el éxito se construye a partir de la fe de la persona en su propia capacidad de aportar cambios positivos, y el fracaso puede socavar dicha fe. Las personas que experimentan tan sólo éxitos fácilmente obtenidos llegan a esperar resultados rápidos y podrían verse fácilmente desanimadas ante un fracaso. Para que tenga una percepción de eficacia, es necesario que la persona adquiera experiencia en la superación de obstáculos mediante sus propios esfuerzos: cuanto más difíciles sean las situaciones, más poderosa será la experiencia.

Sin embargo, la experiencia de los demás también influye de forma determinante ya que ver a otras personas que hayan afrontado problemas similares en el control de su diabetes y que hayan conseguido superar dichos problemas aumenta la fe del observador en la posibilidad de una capacidad propia de éxito similar. El impacto de este tipo de modelos viene fuertemente influido por las similitudes: cuanto mayor sean las similitudes, más persuasivos serán los éxitos y fracasos del modelo.

La persuasión social como los comentarios o acciones persuasivos influyen sobre la autoeficacia de la persona y la pueden motivar para que luche por el éxito. Esta persuasión afecta al estado emocional o de ánimo de la persona y, a su vez, el estado de ánimo influye sobre el modo de percibir la autoeficacia.

Y el estatus psicológico, así mismo como la fe de la persona en su propia capacidad de lograr un cambio puede verse positivamente afectada si se reducen los niveles de estrés. Esto, al reparar los sentimientos emocionales negativos, puede contribuir a la estabilización del estado físico de una persona.

En relación a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas como autoestimulantes o autodesvalorizantes, en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con esas metas. Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos (Del Castillo y Martínez, 2008).

Además según afirma Olaz (2001) las creencias de autoeficacia afectan directamente nuestras elecciones de actividades, ya que las personas tienden a elegir aquellas actividades en las cuales se consideran más hábiles y tienden a rechazar aquellas en las cuales se consideran incapaces. Evitar de manera continua las actividades en las cuales los individuos se consideran incapaces impide a los mismos la adquisición de las habilidades relevantes para un dominio. Del modo opuesto, el efecto acumulativo de sus experiencias en actividades en las cuales se juzgan competentes produce un creciente nivel de competencia. Las creencias de autoeficacia afectan la conducta del individuo al influir en las elecciones que realiza, el esfuerzo que aplica, la perseverancia ante los obstáculos con que se enfrenta, los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales que experimenta. Por ello, los sentimientos de autoeficacia se generan a partir de los resultados de las acciones de meta y, también, de las expectativas de lograr los resultados deseados (Barrera, 2002).

Ante esto, el constructo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth y Carey, 1998 en Olivari y Urra, 2007).

Las expectativas de eficacia según Villamarín (2001) pueden influir en la salud a través de sus efectos motivacionales y a través de sus efectos emocionales, entendidos éstos, básicamente, como la capacidad de modulación de la reactividad biológica ante estímulos estresantes.

En cuanto variables motivacionales de carácter cognitivo que determinan la elección de comportamientos y el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos, las expectativas de eficacia (Villamarín, 2001):

- ❖ Pueden regular los intentos de abandonar los hábitos perjudiciales para la salud: conductas adictivas y ciertas pautas alimentarias;

- ❖ Pueden determinar el esfuerzo y la persistencia en el cumplimiento de comportamientos favorecedores de la salud, autoimpuestos o prescritos por profesionales médicos;
- ❖ Pueden influir en la rapidez y magnitud de la recuperación después de traumas físicos y enfermedades incapacitantes.

Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias benéficas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general, ya que en relación a las conductas preventivas de salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad reiniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de éstos. Además los estudios indican de manera consistente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski, et al., 1993 en Olivari y Urra, 2007).

Actualmente cuando se estudia la percepción de eficacia personal para el afrontamiento de situaciones críticas (autoeficacia) es necesario conocer la percepción que las personas tienen de su enfermedad, en especial la percepción que gira en torno a las dimensiones cognitivas (consecuencias de la enfermedad, duración de la enfermedad, control personal, efectividad del tratamiento, identidad) y emocionales (conciencia de la enfermedad, emociones generadas de la enfermedad y comprensión hacia esta) (Gaviria, Richard y Valderrama, 2007).

Por ello y debido a que el automanejo de las enfermedades crónicas en general y de la diabetes en específico se han reportado investigaciones que avalan la importancia de la autoeficacia. Ortiz (2004) señala que la variable autoeficacia predice la adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 facilitando la habilidad del paciente para guiar su tratamiento de modo independiente al equipo médico (Ortiz y Ortiz, 2005). Graça y Almeida (2004) también realizaron investigaciones con este tipo de muestra evaluando la autoeficacia específica en diabetes, la autoeficacia relativa al tratamiento y a las situaciones generales, indicando que es un factor para que los

adolescentes manejen de forma adecuada las exigencias impuestas por la enfermedad.

Sarkar, Fisher y Schillinger (2006) realizaron otro estudio en el cual evaluaron la autoeficacia, la capacidad de salud y las conductas de autocuidado, obteniendo resultados que indican relaciones entre altos niveles de autoeficacia y un adecuado automanejo de la enfermedad, la raza étnica y la capacidad de salud en pacientes con diabetes tipo 2 de diversas razas étnicas (isleños del océano pacífico, afroamericanos, latinos y blancos).

Contreras y Agudelo (2007) en Colombia realizaron investigaciones que evidenciaron la importancia de la autoeficacia percibida, ya que parece mediar la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento. Además de incidir de igual manera en conducir al control de las glicemias de los pacientes, debido a que se correlaciona positivamente con las conductas deseadas en el tratamiento de la diabetes.

En México son pocas las investigaciones que hayan abordado el estudio de las atribuciones al origen de la enfermedad, y también escasos los estudios que hayan buscado la asociación entre la percepción de autoeficacia y el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2. Considerando lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo conocer el tipo de atribuciones respecto al origen de su enfermedad y la relación que existe entre el nivel de autoeficacia y control metabólico que tienen las personas con diabetes tipo 2 usuarios de Centros de Salud del Estado de Hidalgo, para lo cual en el siguiente apartado se muestra el método que se utilizó.

MÉTODO

Planteamiento del problema

Justificación

Durante las últimas dos décadas México ha experimentado una transición epidemiológica donde se aprecia el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos (Jáuregui, De la Torre y Gómez, 2002), en especial de la diabetes mellitus tipo 2, a tal grado que se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importante en nuestro país (Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda y Villalpando, 2007). Siendo una enfermedad metabólica, su control depende del comportamiento de la persona que la padece. Un adecuado automanejo de la enfermedad no es una tarea sencilla para estos pacientes, sino que conlleva importantes cambios en distintos aspectos de su vida y las dificultades que encuentra cada paciente para la adaptación a estos cambios son diferentes y personales (Sánchez-Sosa, 2002). Por ello los factores psicosociales son relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad (Delameter, et al., 2001). Diversos factores psicológicos, demográficos y de comportamiento han sido vinculados con la adherencia al tratamiento (Ortiz y Ortiz, 2005). Sin embargo, dentro del amplio grupo de estos factores, las atribuciones del paciente con respecto al origen de la enfermedad, así como, la percepción de autoeficacia parecen ser considerados como objeto de mayor estudio (Del Castillo y Martínez, 2008). Las creencias y atribuciones tienen un impacto importante en la forma como se enfrenta la enfermedad (Barrera, 2002), ya que influyen en nuestra conducta y en nuestras emociones generando problemas en el automanejo de la misma (Sánchez-Sosa, 2002). En el caso del constructo de autoeficacia, la mayor parte de las investigaciones se han realizado con adolescentes con diabetes tipo 1 y en menor medida enfocada a adultos con diabetes tipo 2 (Ortiz y Ortiz, 2005; Puji, 2008; Sarkar, Fisher y Schillinger, 2006). Altos niveles de autoeficacia se asocian significativamente con el bienestar emocional y control glucémico de los pacientes (Conteras y Agudelo, 2007; Vázquez, 2008), además de predecir conductas de autocuidado asociadas al tratamiento mejorando los índices de automanejo en dichas

conductas (Del Castillo y Martínez, 2008). Partiendo de estos antecedentes la presente investigación tuvo como objetivos: 1) determinar las atribuciones de los pacientes con diabetes tipo 2 respecto al origen de su enfermedad, 2) identificar el nivel de autoeficacia hacia el tratamiento que presentan los pacientes con diabetes tipo 2, 3) su nivel de control metabólico, y 4) determinar la relación entre el nivel de autoeficacia hacia el tratamiento y el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo. Los resultados de este estudio permitirán desarrollar futuras intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes por parte del paciente, reduciendo el impacto negativo en el bienestar de los pacientes, así como el impacto económico para el sistema de salud.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las atribuciones respecto al origen de la enfermedad, y la relación entre el nivel de autoeficacia y el control metabólico en personas con diabetes tipo 2 usuarios de Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el tipo de atribuciones respecto al origen de su enfermedad y la relación entre el nivel de autoeficacia y el nivel de control metabólico que tienen las personas con diabetes tipo 2 usuarios de Centros de Salud del Estado de Hidalgo.

Objetivos específicos

1. Determinar el tipo de atribuciones respecto al origen de la enfermedad en personas con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.

2. Determinar el nivel de autoeficacia que presentan las personas con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.
3. Determinar el nivel de control metabólico de las personas con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.
4. Determinar la relación entre el nivel de autoeficacia y el control metabólico de personas con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.

Hipótesis

Hipótesis conceptual

A mayor nivel de autoeficacia menor nivel de descontrol metabólico en pacientes con diabetes tipo 2 (Contreras y Agudelo, 2007; Sarkar, Fisher y Schillinger, 2007).

Hipótesis estadísticas de relación

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia hacia el tratamiento y el control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.

H1: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia hacia el tratamiento y el control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Autoeficacia al tratamiento diabetes	Percepción de la capacidad para llevar a cabo conductas relacionadas con el manejo del tratamiento en diabetes (Anderson, et al., 2000).	Instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes (Del Castillo, 2009). Subescalas: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio. ❖ Autoeficacia en la realización de actividad física. ❖ Autoeficacia en la toma de medicamentos. Ver anexo 3.
Atribuciones hacia el origen de la enfermedad	Respuesta a los acontecimientos cotidianos de las personas y son una explicación empírica de los sucesos individuales, es decir, constituyen una explicación causal externa (ambiente) o interna (de la persona) [Roesch y Weiner, 2001; Stewart, 1989; Meyer, 1994, en Silva y Gúzman, 2008].	Formato de datos sociodemográficos e información sobre diabetes (Del Castillo, 2009). Ver anexo 2.
Control Metabólico	Se utilizó el porcentaje de hemoglobina glucosilada que refleja la media de la glucemia que un paciente ha registrado en los últimos 3 meses (ADA, 2009).	Valores de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) inferiores al 7% corresponden a un control óptimo en el nivel de glucosa en los tres meses anteriores a la toma de la muestra (ADA, 2009). <ul style="list-style-type: none"> ❖ 6% = 126 mg/dl ❖ 7% = 154 mg/dl ❖ 8% = 183 mg/dl ❖ 9% = 212 mg/dl ❖ 10% = 240 mg/dl

Participantes

Participaron 124 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 de entre 34 y 76 años de edad, con una media de edad de 54 años y desviación estándar de 8.64; sin complicaciones médicas mayores y que de manera voluntaria e informada aceptaron participar en el estudio.

Los pacientes se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico intencional, en los centros de Salud de Actopan, Mezitlán y Progreso de Obregón de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.

A continuación se describe la distribución de frecuencias de cada variable del estudio.

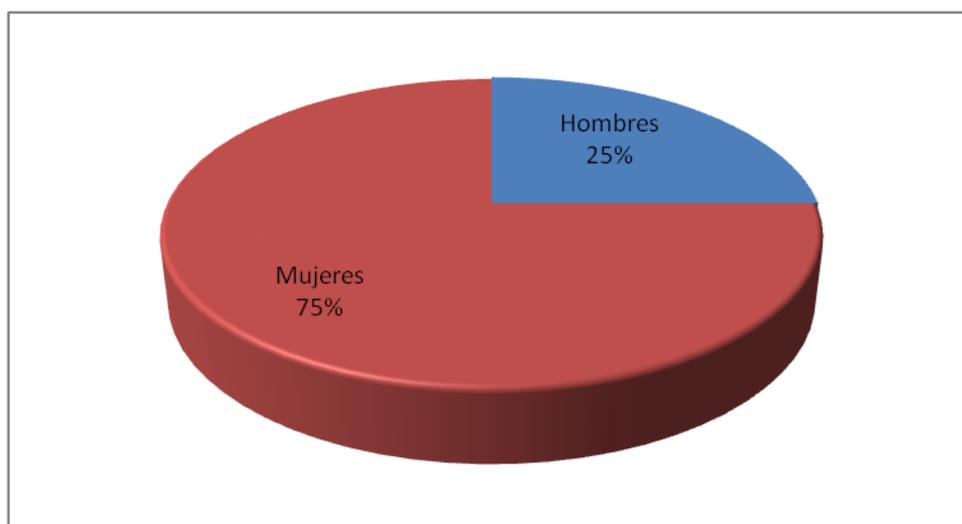


FIGURA 1

Distribución por sexo

Del total de los participantes el 75% eran mujeres (n=93) y el 25% hombres (n=31) como se muestra en la figura 1.

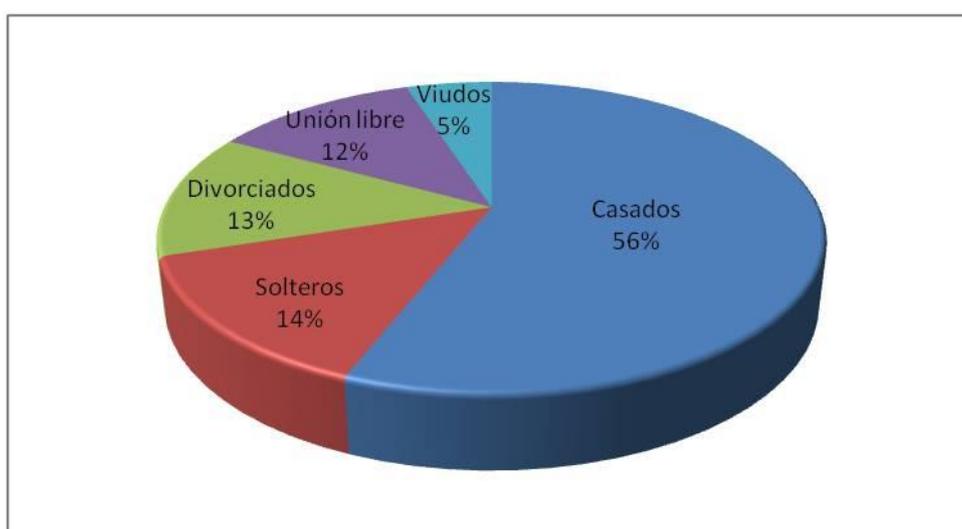


FIGURA 2

Distribución por estado civil

La figura 2 indica la distribución por estado civil de la muestra total, 56% eran casados (n=69), 14% solteros (n=17), 13% divorciados (n=16), 12% vivían en unión libre (n=15) y el 5% viudos (n=6).

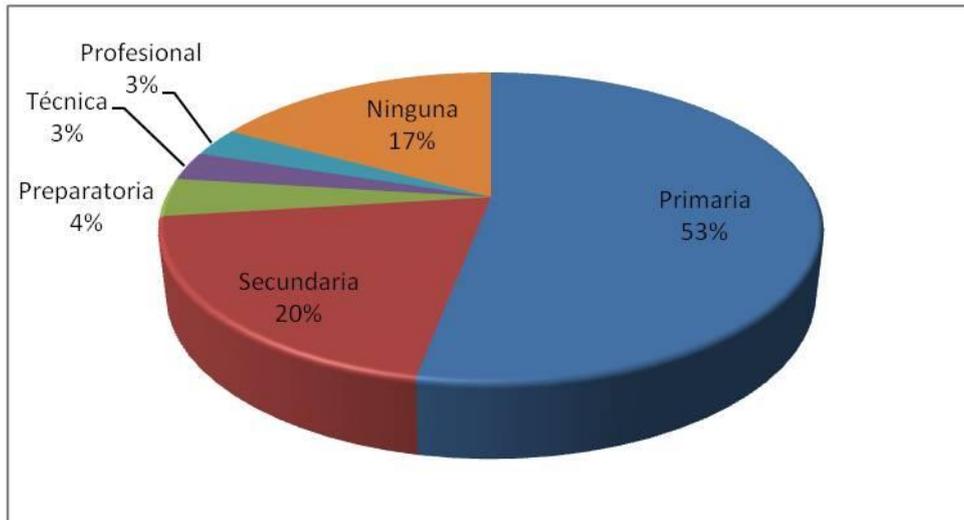


FIGURA 3

Distribución del grado de escolaridad

La figura 3 indica la distribución de la muestra del grado de escolaridad, el 53% sólo habían cursado sólo primaria (n=66), el 20% la secundaria (n=26), preparatoria el 4% (n=5), una carrera técnica 3% (n=3), carrera profesional 3% (n=3) y el 17% restante no tenían grado de escolaridad (n=21).

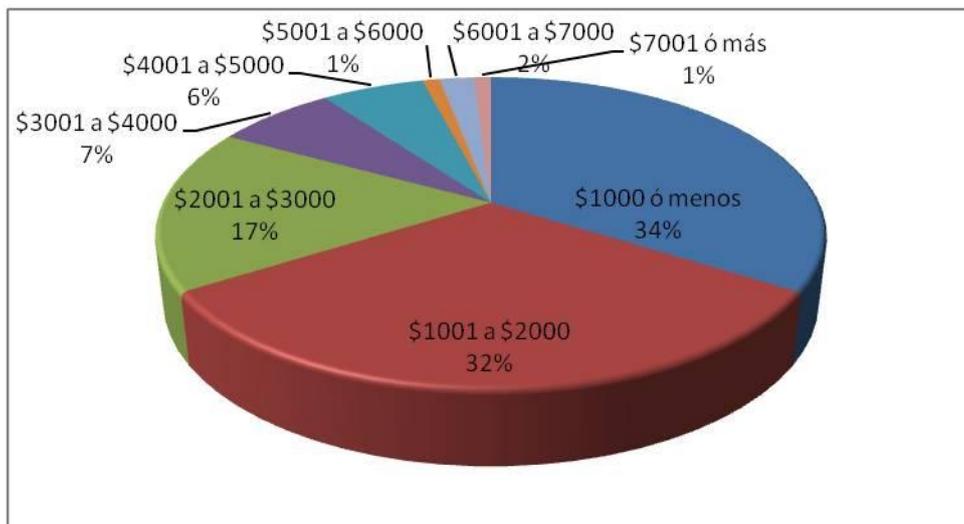


FIGURA 4

Distribución del ingreso económico mensual en pesos

La figura número 4 muestra la distribución del monto del ingreso económico con el que contaban mensualmente los pacientes, el 34% ganaba mil pesos ó menos (n=42), el 32% (n=40) obtenía entre \$1001 a \$2000, el 17%(n=21) recibía la cantidad de \$2001 a \$3000, el 7% (n=9) percibía la cantidad de \$3001 a \$4000, el 6%(n=8) lograba obtener entre \$4001 y \$5000, el 1%(n=1) obtenía un ingreso entre \$5001 y \$6000, el 2% (n=2) obtenía entre \$6001 y \$7000, y sólo el 1% (n=1) obtenía \$7001 ó más.

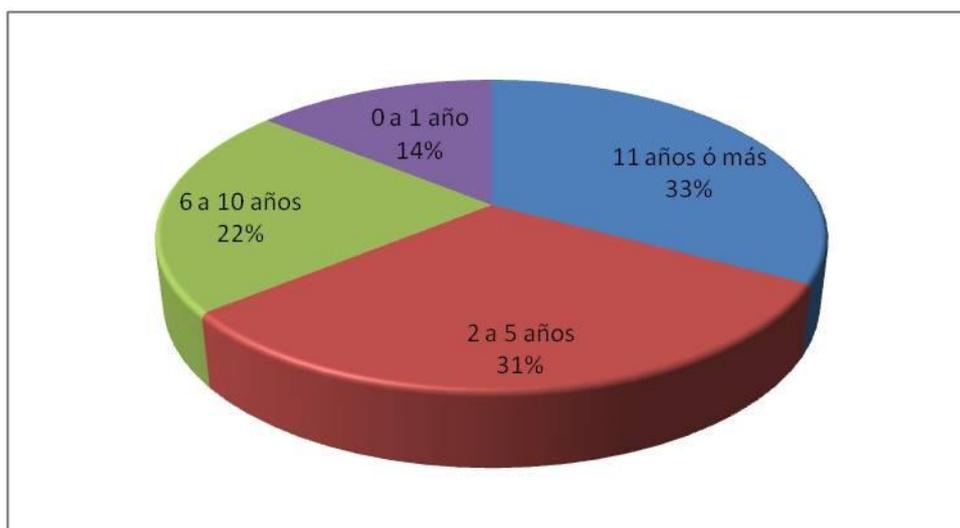


FIGURA 5

Distribución por años de Diagnóstico

La figura número 5 muestra la distribución del porcentaje de los pacientes de acuerdo a los años del diagnóstico de la enfermedad, 14% (n=18) de la muestra habían sido diagnosticadas durante el transcurso del año con la enfermedad; el 31% (n=38) tenían entre 2 a 5 años de diagnóstico, el 22%(n=27) tenían entre 6 a 10 años con el diagnóstico y el 33% (n=41) tenían 11 años o más de tener el diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2.

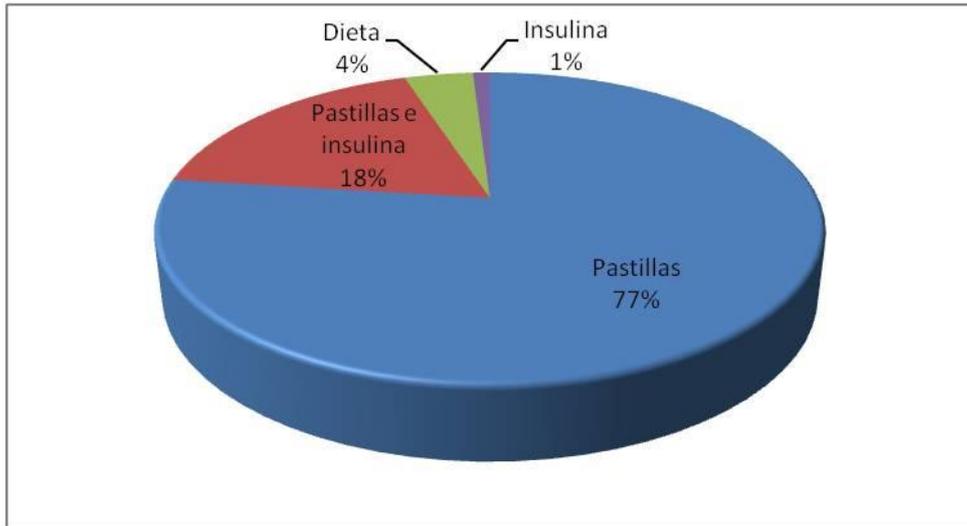


FIGURA 6

Distribución de acuerdo al tipo de tratamiento

La figura 6 indica la distribución según el tipo de tratamiento, el 77% sólo tenían un tratamiento basado en la toma de pastillas (n=95), el 18% tomaban pastillas y se inyectaban insulina (n=22), el 4% sólo basaban con la dieta (n=5) y el 1% restante se inyectaban insulina.

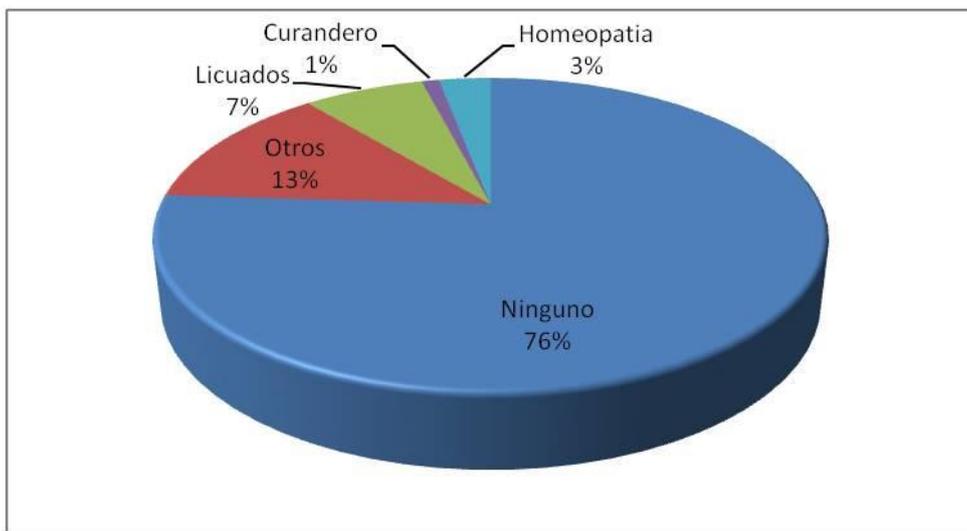


FIGURA 7

Distribución de la muestra según el tipo de método alternativo de tratamiento

La figura 7 indica la distribución sobre el tipo de método alternativo de tratamiento que utilizaban los pacientes, 76% (n=93) no utilizaba ningún método alternativo, 13% (n=16) utilizaba otro método, 7% (n=9) tomaba licuados, el 3% (n=4) utilizaba la homeopatía y el 1% (n=1) asistía con el curandero.

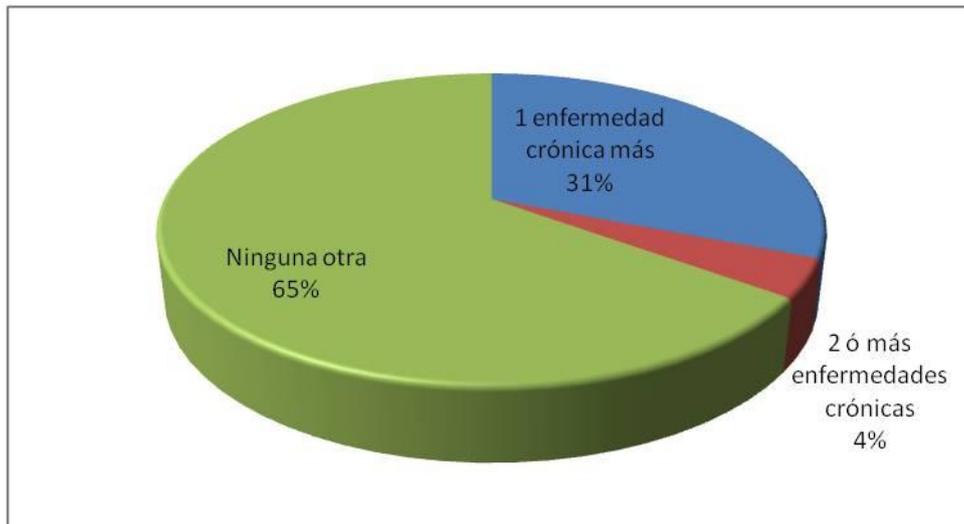


FIGURA 8

Distribución del padecimiento de alguna otra enfermedad crónica

La figura 8 muestra la distribución de la muestra sobre el padecimiento de otra enfermedad crónica degenerativa, 65% (n=79) sólo tenía diabetes, 31% (n=37) tenían 1 enfermedad crónica más y 4% (n=5) tenía 2 ó más enfermedades crónicas.

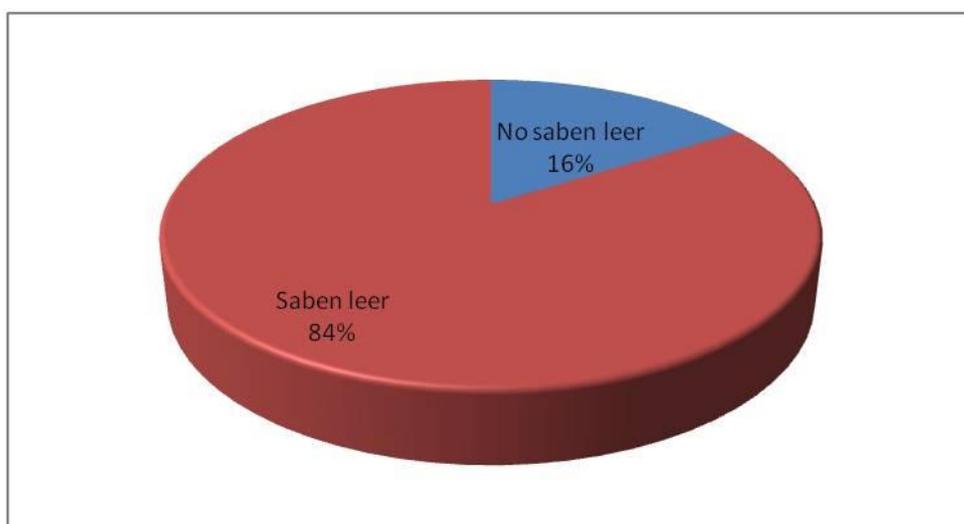


FIGURA 9

Distribución de la alfabetización

La figura 9 indica la distribución de muestra de acuerdo a la alfabetización, el 84% (n=102) sabían leer y el 16% (n=19) no.

Criterios de selección:

Inclusión:

- ❖ Diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2
- ❖ Que de manera voluntaria e informada participen en el estudio

Exclusión:

- ❖ Pacientes con complicaciones médicas mayores (ceguera, insuficiencia renal crónica)
- ❖ Pacientes que estén participando en alguna intervención psicológica

Tipo de estudio: Correlacional.

Tipo de diseño: No experimental transversal de una sola muestra.

Instrumentos y materiales:

Atribuciones sobre el origen de la enfermedad.

Se midió formulando la pregunta ¿Cuál cree usted que fue la causa de su diabetes?, que se encuentra dentro del formato sociodemográfico e información en diabetes, que se elaboró para el estudio. (Ver anexo 2). Y se analizaron las respuestas retomando la categorización que otros estudios han realizado en este mismo rubro (Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 2003; Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2006; Weller, et al., 1999).

Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes

Se midió utilizando el Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en diabetes (Del Castillo, 2008) que mide la autoeficacia que los pacientes perciben para realizar las conductas señaladas en su tratamiento, incluyendo toma de medicamento, seguimiento del plan alimenticio y realización de actividad física.

Los reactivos se construyeron con base en los lineamientos propuestos por Bandura (2005) para la construcción de instrumentos que miden esta variable. Entre ellos se consideraron los siguientes: 1) uso de la palabra capacidad (que tan capaz se percibe el sujeto de realizar cierta conducta como inicio de la pregunta y como opción de respuesta); 2) adecuado análisis conceptual del dominio a evaluar que considere los distintos factores que incidan en la capacidad del sujeto para realizar la conducta (en el caso de la autoeficacia para seguir el plan alimenticio los reactivos incluyeron factores como la presión social o el cambio de ambiente que dificultan la realización de esta conducta); 3) incluir en los reactivos la realización de la conducta en distintas condiciones (en el caso de la autoeficacia a la realización de la actividad física se incluyen preguntas en las que se explora esta conducta dentro de casa, fuera de casa, solo o acompañado de algún familiar).

Debido a que el promedio de edad de la población de pacientes con diabetes que se incluyeron en el estudio se encuentra por arriba de los 45 años, a que presentan una escolaridad de primaria en promedio y a que viven en un ambiente rural, se desarrolló una escala tipo Likert pictórica con cuatro opciones de respuesta que van de 1 “no me siento capaz” hasta 4 “me siento muy capaz”. Se utilizaron círculos de distintos tamaños que representaban los diferentes niveles de capacidad percibida de los sujetos para realizar las conductas relacionadas con el tratamiento de la diabetes.

El Instrumento está conformado por 14 reactivos distribuidos en tres factores 1) autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio (6 reactivos), 2) autoeficacia en la realización de actividad física (5 reactivos) y 3) autoeficacia en la toma de medicamentos orales (3 reactivos) con valores Eigen de 4.8, 1.96 y 1.77; que explican el 32.05%, 13.06% y 11.83% de la varianza. La escala

total tiene un índice alpha de 0.8285 mientras que los índices alpha de las subescalas fueron los siguientes: 1) autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio 0.7824; 2) autoeficacia en la realización de actividad física 0.8093; y 3) autoeficacia en la toma de medicamentos orales 0.6333 (Ver anexo 3).

Control metabólico

Se evaluó utilizando el nivel de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) indicador médico de control que muestra el promedio de glucosa en sangre de una persona en los últimos tres meses y se considera el mejor indicador de control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2.

Los valores aproximados de glucosa que corresponden con el porcentaje de hemoglobina glucosilada (HbA1c) que la ADA (2009) recomienda a los pacientes con diabetes tipo 2, son inferiores al 7%(<154mg/dl), lo que corresponde a un control óptimo en el nivel de glucosa en los tres meses anteriores a la toma de la muestra.

Procedimiento:

Se contactó a profesionales de la salud (médicos y enfermeras) adscritos a los Centros de Salud de Actopan, Meztlán y Progreso de Obregón del estado de Hidalgo, que atienden de manera regular a pacientes con diabetes tipo 2, para invitarlos a participar en el estudio, una vez que aceptaron participar se les pidió su autorización para entrevistar y evaluar a estos pacientes.

Una vez que se tuvo la autorización por parte del médico, se contactaron a los pacientes en el área de consulta externa de los Centros de Salud antes mencionados, y en un consultorio asignado se le ofrecía una explicación breve y general sobre la finalidad de la investigación, reiterando que su participación era voluntaria y podía rehusarse a participar en ella si lo deseaba, o en su defecto si aceptaba participar y en algún momento de la evaluación decidía retirarse lo podría hacer sin consecuencia alguna como usuario de los servicios de salud. Posteriormente se procedió con la lectura, y en su caso, firma del

“Consentimiento Informado” (Ver anexo 1) y se aclararon las posibles dudas respecto a su participación. En caso de acceder a participar en el estudio, se realizó una breve entrevista semiestructurada utilizando el formato de datos e información en diabetes (Ver anexo 2) con la finalidad de identificarlos datos clínicos y sociodemográficos del paciente. Una vez concluido el llenado del formato se les asignaba una cita para la aplicación del Instrumento de Autoeficacia y para la toma de hemoglobina glucosilada.

En el lugar asignado para la evaluación se preparaba previamente el material (lápiz, goma, el instrumento, así como el formato de respuesta). Una vez que el paciente llegaba al lugar asignado se le invitaba a pasar y tomar asiento. Se hacía nuevamente la presentación y se aclaraban dudas con respecto al propósito de la evaluación. Posteriormente se iniciaba la lectura de las instrucciones del instrumento “Autoeficacia al Tratamiento en diabetes” (Ver anexo 3) y se les indicaba a los pacientes que si tenían dudas respecto a alguna pregunta con gusto se les podría apoyar. Al término de la evaluación se les agradecía nuevamente su participación.

RESULTADOS

El objetivo general del estudio fue determinar el tipo de atribuciones respecto al origen de su enfermedad y la relación entre el nivel de autoeficacia y el nivel de control metabólico que tienen las personas con diabetes tipo 2 usuarios de Centros de Salud del Estado de Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar el tipo de atribuciones respecto al origen de la enfermedad en personas con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo, para ello se les preguntó de manera abierta dentro del formato de datos sociodemográficos e información sobre diabetes, ¿cuál creían que había sido la causa de su diabetes?. Las respuestas se observan en la tabla 1.

TABLA 1: Frecuencia de atribuciones sobre el origen de la diabetes

Atributo	Número de personas
<i>Factores emocionales</i>	
Susto	39
Coraje	36
Impresión fuerte	9
Emociones	7
Preocupaciones	4
Depresión	3
Estrés	2
Miedo	1
Subtotal	101
<i>Factores Fisiológicos</i>	
Herencia	20
Sobrepeso/Obesidad	13
Diabetes Gestacional	2
Fallas en la insulina	1
Subtotal	36
<i>Factores conductuales</i>	
Mala Alimentación	18
Falta de ejercicio	2
Descuido	1
Subtotal	21
<i>Otros factores</i>	
Problemas familiares	4
Violencia	1
No se	8

Como se observa en la Tabla 1, las atribuciones se agruparon en diferentes categorías: los relacionados con los estados de ánimo, aspectos fisiológicos, conductas y otros factores, retomando la categorización que otros estudios han realizado en este mismo rubro (Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 1999; Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2006; Weller, et al., 1999).

Los resultados sitúan en primer lugar de frecuencia a los factores emocionales, situando dentro de este grupo al susto y al coraje como las atribuciones más frecuentes que los pacientes informaron. En segundo lugar se situaron los factores fisiológicos, donde se incluyeron atribuciones relacionadas con la herencia, el sobrepeso u obesidad, la diabetes gestacional y fallas en la insulina. Los factores conductuales se ubicaron en el tercer lugar, en ellos se incluyeron la mala alimentación, la falta de ejercicio y el descuido como las posibles causas de la diabetes. Por último en la categoría de otros factores se integraron los problemas familiares y la violencia como razones que originan este padecimiento, además se incluyeron dentro de este grupo, las respuestas de los pacientes que no saben cuál fue la causa que origino su diabetes

Los siguientes objetivos específicos, incluyeron determinar el nivel de autoeficacia y control metabólico que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo. En la tabla 2 se describen los resultados de medias y desviaciones estándar de ambas variables.

TABLA 2: Medidas de tendencia central y dispersión de la variable autoeficacia al tratamiento en diabetes y control metabólico. N=124

Variable	Rango teórico	Media o porcentaje	Desviación estándar
Autoeficacia	14-56	41.76	8.21
Plan Alimenticio	6-24	18.16	3.84
Actividad Física	5-20	12.83	4.28
Medicamentos	3-12	10.75	1.69
Control Metabólico HbA1c		8.19	1.86
Controlados <7%		28.7%	
No controlados >7%		71.3%	

La Tabla 2 muestra que en el caso de la variable autoeficacia total evaluada con el Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes, se obtuvo una media de 41.76 y una desviación estándar de 8.21, lo cual indica que el nivel de autoeficacia total de los pacientes se encuentra por arriba de la media teórica (35) mostrando índices elevados de autoeficacia en general.

Los datos reportados en cada una de las tres subescalas que conforman la escala de Autoeficacia se describen a continuación:

La subescala de autoeficacia al plan alimenticio cuenta con una media de 18.16 y una desviación estándar de 3.84, indicando que los pacientes presentan altos índices de autoeficacia para llevar a cabo las conductas de tratamiento en diabetes, debido a que los datos obtenidos se encuentran por ligeramente por arriba de la media teórica (15).

La subescala de autoeficacia a la realización de la actividad física obtuvo una media de 12.83 y una desviación estándar de 4.28, mostrando índices por arriba de la media teórica (12.5) lo que señala que los pacientes se perciben eficaces para realizar estas conductas.

Finalmente la subescala de medicamentos reportó una media de 10.75 y una desviación estándar de 1.69, mostrando de igual manera un índice alto para realizar conductas que se relacionan con el apego al seguimiento del tratamiento farmacológico, debido a que los datos obtenidos se encuentran por arriba de la media teórica (7.5).

El tercer objetivo fue determinar el nivel de control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo. La figura 10 muestra la distribución de los pacientes que participaron por nivel de control metabólico. Se observa que sólo el 28.7% (n=36) de los pacientes evaluados presentan un porcentaje de hemoglobina glucosilada <7% indicando que su promedio de glucosa en sangre en los tres meses anteriores a la evaluación osciló entre 126 y 154 mg/dl. Por otro lado, el 71.3% (n=88) manifestó porcentajes de hemoglobina glucosilada >7%, indicando índices elevados de descontrol metabólico al tener valor de glucosa superiores a 183 mg/dl.

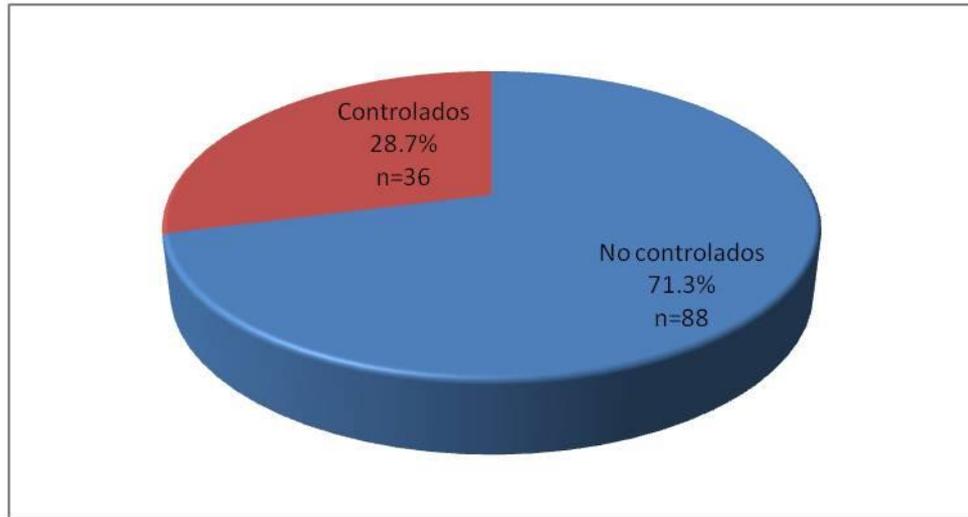


FIGURA 10

Distribución por nivel de control metabólico

El cuarto objetivo fue conocer la relación entre el nivel de autoeficacia y el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.

Para conocer esta relación se realizó un análisis de correlación de Pearson entre el nivel de autoeficacia y el nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1c) que representa la variable control metabólico de los pacientes, obteniendo los resultados que contiene la tabla 3.

TABLA. 3: Relación entre el nivel de autoeficacia y control metabólico

	<i>Hemoglobina Glucosilada</i>
<i>Autoeficacia Total</i>	-.190
Plan de alimentación	-.246*
Actividad física	-.052
Toma de medicamentos	-.217*

* p<.001

Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia hacia el plan de alimentación y el porcentaje de hemoglobina glucosilada de los pacientes estudiados. Se muestra una correlación de negativa de -0.246 , mostrando que a mayor nivel de autoeficacia hacia el plan alimenticio menor será el nivel de hemoglobina glucosilada en sangre de estos pacientes.

También se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia hacia la toma de medicamentos y el porcentaje de hemoglobina glucosilada de los pacientes estudiados, la correlación negativa de -0.217 , indica que a mayor nivel de autoeficacia hacia la toma de medicamentos menor será el nivel de hemoglobina glucosilada de los pacientes.

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de autoeficacia total y el nivel de control metabólico, ni entre el nivel de autoeficacia hacia la realización de actividad física y el control metabólico de los pacientes.

CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue determinar el tipo de atribuciones respecto al origen de su enfermedad y la relación entre el nivel de autoeficacia y el nivel de control metabólico que tienen las personas con diabetes tipo 2 usuarios de Centros de Salud del Estado de Hidalgo.

El primer objetivo específico de la investigación fue determinar el tipo de atribuciones respecto al origen de la enfermedad en personas con diabetes tipo 2. Las atribuciones se agruparon en diferentes categorías: factores emocionales, fisiológicos, conductuales y otros factores, retomando la categorización que otros estudios han realizado en este mismo rubro (Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 1999; Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2006; Weller, et al., 1999).

Los resultados sitúan en primer lugar de frecuencia a los factores emocionales, situando dentro de este grupo al susto y al coraje como las atribuciones más frecuentes que los pacientes informaron. En segundo lugar se situaron los factores fisiológicos, donde se incluyeron atribuciones relacionadas con la herencia, el sobrepeso u obesidad, la diabetes gestacional y fallas en la insulina. Los factores conductuales se ubicaron en el tercer lugar, en ellos se incluyeron la mala alimentación, la falta de ejercicio y el descuido como las posibles causas de la diabetes. Por último, en la categoría de otros factores se integraron los problemas familiares y la violencia como razones que originan este padecimiento, además se incluyeron dentro de este grupo, las respuestas de los pacientes que no saben cuál fue la causa que origino su diabetes.

Estos resultados coinciden con lo encontrado en otras investigaciones (Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 2003; Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2006; Poos & Jezewski 2002; Weller, et al 1999) donde la mayoría de las personas consideran que factores emocionales como el susto, corajes, enojos y otras emociones intensas originan la diabetes.

Los resultados indican que es importante en un primer momento conocer las creencias y atribuciones de las personas con diabetes que hacen hacia su

enfermedad, ya que esto permitirá crear intervenciones ajustadas a las características y demandas reales de la población a la que se dirigen, ya que son elementos que pueden actuar como facilitadores para realizar modificaciones en las conductas que obstaculizan el autocuidado de su enfermedad.

El segundo objetivo específico fue determinar el nivel de autoeficacia que presentan las personas con diabetes tipo 2. En términos generales el nivel de autoeficacia total de los pacientes se encuentra por arriba de la media teórica mostrando altos índices de autoeficacia en general. Los resultados de este estudio coinciden con los de otras investigaciones que han evaluado el nivel de autoeficacia en pacientes adolescentes con diabetes (Graça y Almeida, 2004), y en pacientes adultos de otros países (Contreras y Agudelo, 2007; Ortiz y Ortiz, 2005; Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006) y en otras muestras mexicanas (Vázquez, 2008).

Investigaciones previas no habían evaluado aspectos específicos sobre el constructo de autoeficacia relacionados con el plan alimenticio, la realización de alguna actividad física y la toma de medicamento. Utilizando el Instrumento de Autoeficacia en Diabetes, que contempla estos rubros, se encontró que la subescala que mostro un puntaje mayor fue la de autoeficacia a la toma de medicamentos, seguida de la subescala de alimentación y por último la de ejercicio.

El mayor puntaje en la subescala de autoeficacia a la toma de medicamentos puede deberse a que dentro de la información que tiene el paciente respecto al tratamiento de la diabetes, es el uso de medicamentos hipoglucemiantes es el más conocido. En otros estudios se ha encontrado que los pacientes indican que el tomar el medicamento les representa un menor esfuerzo que el control de carbohidratos y la realización de actividades físicas (Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008). Es precisamente, la realización de alguna conducta de ejercicio o actividad física la que suele generar una mayor problemática para los pacientes, tanto por el desconocimiento que tienen del

efecto de la realización de la misma en el control de la diabetes, como en el alto costo de respuesta que les representa llevarla a cabo (Puji, 2008).

El tercer objetivo fue determinar el nivel de control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2. En términos generales la mayoría de los pacientes presentan niveles de hemoglobina glucosilada por arriba del porcentaje recomendado por la ADA (2009). El 28.7% (n=36) de los pacientes evaluados presentan un porcentaje de hemoglobina glucosilada <7% indicando que su valor de glucosa en sangre oscila entre 126 y 154 mg/dl. El 71.3% (n=88) manifestó porcentajes de hemoglobina glucosilada >7%, indicando índices elevados de descontrol metabólico al tener un valor de glucosa superior a 183 mg/dl y menor de 298 mg/dl.

Estos resultados coinciden con estudios realizados en adolescentes con diabetes tipo 1 (Ortiz y Ortiz, 2005), en pacientes con diabetes tipo 2 isleños del océano pacífico, afroamericanos, latinos y blancos sobre autoeficacia, capacidad de salud y conductas de autocuidado (Sarkar, Fisher y Schillinger, 2006), mujeres con diabetes tipo 2 (Acevedo, 1997).

El cuarto objetivo fue conocer la relación entre el nivel de autoeficacia y el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de autoeficacia hacia el plan de alimentación y la toma de medicamentos y el porcentaje de hemoglobina glucosilada de la muestra estudiada.

Los resultados muestran una correlación negativa estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia hacia el plan de alimentación y el porcentaje de hemoglobina glucosilada, es decir, a mayor nivel de autoeficacia hacia el plan alimenticio menor será el nivel de hemoglobina en sangre de estos pacientes.

También se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia hacia la toma de medicamentos y el porcentaje de hemoglobina glucosilada, así a mayores nivel de autoeficacia

hacia la toma de medicamentos menor será el nivel de hemoglobina en sangre de los pacientes.

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de de autoeficacia total, el nivel de autoeficacia hacia la realización de actividad física y el control metabólico de los pacientes.

No existen investigaciones previas que hayan evaluado de forma particular estos aspectos de la autoeficacia hacia la toma de medicamentos, plan alimenticio y ejercicio y que la hayan relacionado con el nivel de control metabólico en personas con diabetes tipo 2.

Los resultados que se hallaron en este estudio pueden deberse, a que por ejemplo, en el caso de la autoeficacia hacia la toma de medicamentos los pacientes que se perciben autoeficaces pueden organizar y ejecutar acciones requeridas para el cuidado de su diabetes, ya que incide en el control de las glicemias del paciente, pues se correlaciona con las conductas deseadas en el tratamiento de esta enfermedad como la toma de medicamentos o una adecuada alimentación, contrario de las personas que se perciben poco autoeficaces en este sentido (Contreras y Agudelo, 2007).

Además, lo anterior podría explicar estos resultados ya que, la comida es el cambio más señalado por los pacientes y es valorado como la perdida de un placer, pues no pueden comer lo mismo que los demás, lo que les recuerda constantemente las limitaciones a las que se ven sometidos (Moreno, et al., 2004), de ahí, que a menudo los pacientes encuentran mayor dificultad para seguir las recomendaciones, cuando por ejemplo, acuden a una reunión familiar pues no saben controlar el tipo y cantidad de los alimentos que consumen en dichas ocasiones (Puji, 2008).

Otro factor que pudo haber influido y que puede explicar estos resultados es que gran parte de las personas que tienen diabetes tipo 2 no considera al ejercicio como parte importante del tratamiento integral de su

enfermedad para controlar el nivel de glucosa en sangre (Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008).

Una de las limitaciones del presente estudio fue la cantidad de personas participantes, por lo que se recomienda que para posteriores estudios se amplíe la muestra de pacientes con diabetes que permita tener datos más confiables.

Además, este estudio incluyó a pacientes que acuden de manera regular a los Centros de Salud de tres municipios del Estado, por lo cual se sugiere que para próximas evaluaciones se incluya a pacientes que no asistan de manera regular a los centros de salud y así aumentar la representatividad de la misma.

Otra limitación fue el hecho de no haber utilizado un instrumento psicométrico diseñado para evaluar las atribuciones específicas sobre el origen de la diabetes, ya que se evaluó con una pregunta abierta que se incluyó dentro de un formato de datos sociodemográficos que evaluaba preguntas generales sobre la enfermedad. Ante esto, se sugiere diseñar un instrumento que explore las atribuciones de los pacientes con diabetes respecto al origen de su enfermedad y otros aspectos relacionados con la misma.

Se sugiere también, conocer las diferencias en las atribuciones sobre la enfermedad por grado de escolaridad, ocupación, lugar de origen y otras variables sociodemográficas con la finalidad de obtener mayor conocimiento sobre la forma en que se relaciona esta variable.

En el caso de la variable autoeficacia se utilizó el Instrumento de Autoeficacia en Diabetes con la finalidad de evaluar la percepción de autoeficacia, sin embargo, sería conveniente utilizar además un autoregistro que permita conocer si en realidad la percepción de autoeficacia que tienen los pacientes para realizar las actividades que se relacionan con su tratamiento se refleja en las actividades que realizan para controlar su alimentación en diferentes ámbitos, realizar ejercicio y tomar los medicamentos indicados.

Además, sería conveniente realizar una intervención integral que contemple el trabajo en equipo del psicólogo y nutriólogo para poder apoyar de una manera más completa a las personas con temas de ambas disciplinas que ayuden a una mejor adhesión al tratamiento. Además, se sugiere la creación de grupos de autoayuda en los cuales puedan conocer diferentes experiencias y formas de afrontamiento hacia la enfermedad.

En conclusión, los resultados indican que tanto las atribuciones sobre el origen de la enfermedad y la percepción de autoeficacia son variables que se pueden considerar como temas centrales de futuras investigaciones cuyo objetivo sea la modificación de las mismas. Ya que, si bien no es posible establecer una causalidad directa entre cada variable y el nivel de glucosa en sangre, los cambios que puedan lograrse en cada una de ellas podrían incidir en un óptimo control metabólico y una mejor calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.

Los datos que se obtuvieron en este estudio permiten identificar la necesidad de crear intervenciones que comprendan información que fomente la autoeficacia de los pacientes para realizar conductas relacionadas con los elementos de un tratamiento integral para el cuidado de la diabetes, como lo es la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta adecuada y la realización de alguna actividad física, promoviendo de forma particular este último aspecto ya que fue el elemento en el cual se obtuvo una menor correlación con un óptimo nivel de glucosa en sangre de los pacientes de esta muestra.

REFERENCIAS

- Acevedo, I. (1997). *Ejercicio físico y control metabólico en mujeres adultas diabéticas*. Tesis de maestría. Facultad de enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- American Diabetes Association. (2009). Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*, 32, 1, 13-61.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Barrera, V. (2002). *Estrategias para el cambio de comportamientos relevantes para la salud*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México, D. F.
- Becoña, I. E. y Oblitas, G. L. A. (2004). Promoción de estilos de vida saludables. En Oblitas, G. L. A. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Becoña, I. y Oblitas, G. (2004). *Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. Recuperado el 10 de septiembre de 2008, de <http://www.alapsa.org/detalle/04/index.htm>
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz. *Advances in experimental psychology*. (Vol. 6). Nueva York: Academic Press.
- Bolaños, C. (2008). *Teorías y modelos*. Recuperado el día 19 de mayo del 2009, de <http://www.cij.gob.mx>
- Buela-Casal, G. y Carrobbles, J. A. (1996) Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En Buela-Casal, G, Caballo, V. E. y Sierra, J.C. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. México: Siglo XXI.
- Cabrera, A. G., Tascón, G. J. y Lucumí, C. D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19, 1, 91-101.
- Cohen, S. & Herbert, T. (1996). Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of psychology*, 47, 113-142.
- Contreras, O. M y Agudelo, D. M. (2007). Caracterización psicológica de una muestra de pacientes diabéticos pertenecientes al programa de la

- fundación santadereana de diabetes y obesidad. *Acta médica colombiana*, 32, 2, 105-106.
- Cook Gotay, C. (1985). Why me? Attributions and adjustment by cancer patients and their mates at two stages in the disease process. *Social Science Medicine*, 20, 8, 825-831.
- Crespo, S. E. (1982). Los procesos de la atribución causal. *Estudios de psicología*, 12, 34-45.
- Delameter, A., Jacobson, A., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R. & Wysocki, T. (2002). Psychosocial therapies in diabetes. Report of the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care*, 24, 7, 1286-1292.
- Del Castillo, A. (en prensa). (2008) *Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Del Castillo, A. y Martínez, J. P. (2008). Factores psicosociales asociados al automanejo del paciente con diabetes tipo 2. En G, Morales., D, García., S, Madrigal y F, Ramírez. *Diabetes*. (pp. 217-234). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Deutsch, M. y Krauss, R. M. (1997). *Teorías de la psicología social*. México: Paidós.
- Federación Internacional de Diabetes. (2003). *Diabetes Atlas. Extracto segunda edición*. Recuperado el día 9 de abril del 2007, de <http://www.idf.org>
- Federación Internacional de Diabetes. (2006). *Resolución 61/225 de las Naciones Unidas: día mundial de la diabetes*. Recuperado el día 10 de marzo del 2007, de http://www.unitefordiabetes.org/assets/files/WDD_media_kit_0407es.pdf
- Fernández, P. (2001). *Análisis comparativo del estilo atribucional y de la autoestima en pacientes delirantes y depresivos*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España.
- Festinger, L. (1957). En Deustch, M. y Krauss, R. M. *Teorías de psicología social*. México: Paidós.
- Flórez, L. (2001). *Psicología de la salud*. Recuperado el día 9 de septiembre de 2008, de <http://www.psychology.com>

- Forsyth, A. & Carey, M. (1998). Measuring Self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology, 138*, 149-159.
- Froján, P. y Rubio, L. (2004). *Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulino dependiente*. Recuperado el día 26 de noviembre de 2008, de <http://www.psicothema.com>
- Fundación Mexicana para la Salud (2006). *La salud en México: 2006/2012. Visión de FUNSALUD*. Recuperado el día 29 de septiembre de 2009, de <http://www.funsalud.org.mx>
- Garza, E., Calderón, D., Salinas, M., Núñez, R. y Villareal, R. (2003). Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 41, 6*, 465-472.
- Gaviria, A., Richard, C. y Valderrama, M. (2007). *Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II*. Recuperado el día 15 de agosto de 2009, de http://www.bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/30/1/Percepción_enfermedad_ansiedad.pdf
- Graça, M. y Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise psicológica, 3, 22*, 585-595.
- Greco, C. y Roales-Nieto, J. G. (2007). Creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo 1. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 7, 3*, 405-418.
- Green, L. W., Marshall, W. K., Sigrid, G. D. & Kay, B. P. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto, C. A: Mayfield Publishing Co.
- Greene, W. y Simons-Morton, B. (1988). *Educación para la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S. Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior, 34*, 89-104.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.

- Hirt, E. R. y McCrea, S. M. (2002). En C., Kimble, E., Hirt, R., Díaz-Loving, H., Hosch, G., Lucker y M., Zárate. (2004). *Psicología Social de la Américas*. México: Pearson Educación
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Boletín de práctica médica efectiva*. Recuperado el 18 de septiembre de 2008, de <http://www.insp.mx>
- Jáuregui, J., De la Torre, A. y Gómez. G. (2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40, 4, 307-318.
- Jerry, E. P. y Timothy J. T. (1999). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual moderno.
- Jones, E. E. y Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions: the attribution process in person perception. En L, Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 2. Orlando, Fl. Estados Unidos: Academic press.
- Kelley, H. H. (1967). Attribution in social psychology. *Nebraska symposium in motivation*, 15, 192-238.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas. *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp 3-21). México: Thomson.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Meyer, J. M. (1994). Twin studies of human obesity. En C., Bouchard (Ed.). *The Genetics of Obesity* (pp. 63-78). Florida: CRC Press
- Morales, C. F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Unison.
- Morales, C. F. (2002). ¿Tenemos una psicología de la salud para América Latina? En L., Reynoso e I., Seligson. *Psicología y salud*. (pp.33-42). México: CONACyT.
- Moreno, C., Sánchez, A., Feijoo, M., Bernat, E., Fons, A. y Pujol, A. (2004). Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enfermería Clínica*, 14, 6, 307-12.
- Moreno, S. P. E. y Roales-Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de la creencias en salud. *Revista Internacional de*

- Psicología y Terapia Psicológica/International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 1, 91-109.
- Nieto, M. J., Abad, M. M. A., Esteban, A. M. y Tejerina, A. M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano*. España: McGraw Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Oblitas G., L. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Oblitas, G. L. A. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. México: Psicom Editores.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M. y Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.insp.org.mx>
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C., Rauda, J. y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la encuesta nacional de salud 2000. *Salud Pública de México*, 48, 3, 331-337.
- Olaz, F. (2001). *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNC. Argentina.
- Olivari, M. C. y Urra, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13, 1, 9-15.
- Orduz, A. (2007). Impacto de la educación del paciente diabético sobre el control metabólico en un centro de atención primaria. *Acta Medica Colombiana*, 32, 2, 106-107.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud; documentos básicos, suplemento 2006*. Recuperado el día 15 de abril de 2008 en <http://www.oms.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). La diabetes en las Américas. *Boletín epidemiológico*, 2, 1-2.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Cuidado innovador para las condiciones crónicas*. Recuperado el día 20 de marzo de 2008 en <http://www.oms.org>

- Ortiz, M. (2004). *Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1*. Recuperado el día 14 de octubre de 2008, de <http://www.redaly.auemex.mx>
- Ortiz, P. M. y Ortiz, P. E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133, 307-313.
- Oviedo, M., Espinosa, L., Reyes, M., Trejo, J. y Gil, V. (2002). *Enfermedades crónicas. Guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2*. Recuperado el día 20 de febrero de 2009, de: <http://www.imss.gob.mx>
- Palmero, F., Carpi, A., Gómez, C., Guerrero, C. y Muñoz, C. (1997). Motivación y cognición: desarrollos teóricos. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 8, 20-21.
- Peñaranda, O. M., y Quiñones, V. E. (2005). Avances de la psicología social desde las publicaciones del Journal of Personality and Social Psychology (1965-2000): El esplendor de la psicología social. Recuperado el día 12 de noviembre de 2009, de <http://www.fedap.es/lberPsicologia/lberpsi10/indiceip10-5.htm>
- Pérez, V. E., Bautista, P. S. y Bazaldúa, B. A. (2006). *Representación cognitiva de la diabetes mellitus en adultos no diagnosticados*. Recuperado el día 1 de octubre de 2009, de <http://www.psicologiacientifica.com>
- Pool, H. D. (2007). *Campaña estatal contra la obesidad y la diabetes*. Recuperado el día 26 de Noviembre de 2008 en <http://www.salud.yucatan.gob.mx/content/view/153/>
- Poss, J. & Jezewski, M. (2002). The role and meaning of susto in Mexican Americans' exploratory model of type 2 diabetes. *Medical Anthropology Quarterly*, 16, 3, 360-377.
- Puji, L. (2008). Mejorar la autoeficacia: la experiencia en Indonesia. *Diabetes Voice*, 53, 1, 13-15.
- Quintana, A. A., Merino, M. J., Merino, R. P. y Cea. C. J. (2008). Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 136, 1007-1014.
- Reynals, E., Diumenjo, M., Parola, A., Testasecca, E., Calvo, D., Lemos, P., López, G., Pereyra, S., Carrió, D., Osachez, S., Maneschi, E. y

- Figuerola, D. (2007). Algunas reflexiones, desde la antropología, a propósito de los programas de educación de personas con obesidad, riesgo cardiovascular o diabetes. *Revista Médica Universitaria*, 3, 1, 1-6.
- Reynoso, E. y Seligson, N. (2002). *Psicología y salud*. México: CONACYT.
- Rodríguez, M., Lazcano, E., Hernández, B y Oropeza, C. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Hidalgo*. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 28 de marzo de 2008, de <http://www.encuestanacionaldesalud.gob.mx>
- Roesch, S. y Weiner, B. A. (2001). A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter? *J. Psychosomatic Research*, 50, 205-219.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. En L. Berkowitz. *Advances in experimental social psychology*. (vol. 10). Nueva York: Academic Press.
- Salazar, E. J. G., Colunga, R. C., Pando, M. M., Aranda, B. C. y Torres, L. T. M. (2007). *Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara*. Recuperado el día 6 de diciembre de 2008, de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14290202.pdf>
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-82.
- Sarkar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29, 4, 823-829.
- Secretaría de Salud. (2007). Gaceta de comunicación interna publicada por la dirección general de comunicación social de la Secretaría de Salud. *Salud*, 54, 7.
- Sigerist, H. E. (1941). *Medicine and Human Welfare*. Yale University Press, New Haven, Conn.
- Silva, M. P. y Guzmán, S. R. (2008). *PSICODIABETES. Enfoque biopsicosocial*. Recuperado el día 20 de diciembre de 2008, de <http://www.psicomeditores.com>

- Soto, M. F., Lacoste, M. J. A., Papenfuss, R. I. y Gutiérrez, L. A. (1997). El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 335-341.
- Stewart, M. (1989). Social support: diverse theoretical perceptive. *Soc. Sci. Med.*, 28, (12), 1275-1282.
- Vázquez, J. (2008). *Intervención psiconutricional para mejorar el nivel de información, la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, la autoeficacia y el apoyo familiar en personas con diabetes tipo 2*. Tesis de licenciatura. Área Académica de Psicología. UAEH. México.
- Vázquez, P. M. L., Cruz, Q. F., Laynez, R. C., Pérez, G. M. y Godoy, I. D. (2008). Impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria. *Apuntes de psicología*, 26, 3, 479-499.
- Ventura, U. (2001). *Influencia de la diabetes en el deterioro cognitivo*. Recuperado el día 6 de diciembre de 2008, de: <http://www.uji.es/bin/pub/edicions/fi10/psi/7.pdf>
- Villamarín, F. (2001). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de psicología*, 61, 8-18.
- Weller, S., Baer, R., Pachter, L., Trotter, R., Glazer, M., García de Alba, J. & Klein, R. (1999). Latino beliefs about diabetes. *Diabetes Care*, 22, 5, 722-728.
- Werner, S., R., Pelicioni. M., C. F y Chiatton H., B. C. (2003). *La psicología de la salud latinoamericana*. Recuperado el día 10 de octubre de 2007, de <http://www.psicología científica.com>.
- Zepeda, H. F. (2003). *Introducción a la psicología. Una visión científica humanista*. México: Pearson Educación.

ANEXOS

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Área Académica de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo sustenta la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio. Su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios de la clínica de diabetes o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le harán una serie de entrevistas y se le pedirá que conteste una serie de cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia su diabetes. Participaran alrededor de 200 pacientes de las clínicas de diabetes de Actopan, Mezquitlán y Progreso de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación y los registros únicamente podrán ser examinados por los miembros del proyecto o por Autoridades Regulatorias autorizadas. El director del proyecto tendrá la facultad de pedirle que se retire del estudio en caso de no asistir a las entrevistas de evaluación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes, durante o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de preguntarle a su médico tratante o enfermera en las clínicas de diabetes correspondientes.

También podrá comunicarse con:

Mtro. Arturo Del Castillo Arreola
Director del Proyecto

Área Académica de Psicología
Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH
Tilcuautla Hidalgo.

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes, asistir a las entrevistas y participar en las intervenciones antes descritas.

Nombre y firma del paciente

Nombre y Firma Testigo 1

Nombre y Firma Testigo 2

Entrevistador _____

Fecha _____

Anexo 2.

Evaluación e Intervención Psicológica en Pacientes con diabetes tipo 2 Formato Datos Sociodemográficos

SEDE	FOLIO EIPD	# EXPEDIENTE
FECHA	APLICADOR:	
NOMBRE:		

Datos Clínicos

Dx HTA	Dx Obesidad	Dx Dislipidemia	Glibenclamida	Metformina	Ins NPH	Ins R	Captopril	Metoprolol	Nifedipino	Clortalidona	Pln Aliment	Ejercicio	Gluc Ayunas	Gluc Casual	Peso	Talla	Cintura	IMC	Fecha de Ultima Cons

Datos Sociodemográficos

1	Nombre:	
2	Dirección:	
3	Teléfono (propio/recados)	
4	Fecha de nacimiento/Edad	
5	Sexo:	1) Masculino 2) Femenino
6	Estado Civil:	1) Soltero (a) 3 Otro _____ 2) Casado (a)
7	Ocupación:	1) Tiempo completo Especifique _____ 2) Medio tiempo 3) Desempleado 5) Incapacitado 4) Retirado 6) Ama de casa
8	Máximo grado escolar [poner () numero de años]	1) Primaria () 4) Técnica () 2) Secundaria () 5) Profesional () 3) Preparatoria ()
9	Ingreso mensual familiar	1) 1000 o menos 5) 4001 a 5000 2) 1001 a 2000 6) 5001 a 6000 3) 2001 a 3000 7) 6001 a 7000 4) 3001 a 4000 8) 7001 o mas
10	¿Qué tipo de diabetes padece?	1) Tipo 1 3) No sabe 2) Tipo 2
11	¿Hace cuantos años le diagnosticaron diabetes?	1) 0 a 1 años 3) 6 a 10 años 2) 2 a 5 años 4) 11 años o mas

12	¿Cuál cree usted que fue la causa de su diabetes?	
13	¿En que consiste su tratamiento?	1) Solo dieta 2) Solo pastillas 3) Pastillas + insulina 4) Solo insulina
14	¿ Cuantos episodios de hipoglucemia graves tuvo el año pasado? (recibió ayuda de otras personas)	1) Ninguna 2) Uno 3) Dos o mas
15	¿Tiene alguna otra enfermedad crónica además de la diabetes?	1) Ninguna otra 2) 1 enfermedad crónica además de la diabetes 3) 2 o mas enfermedades crónicas además de diabetes
16	Actualmente utiliza alguno o varios de los siguientes medios alternativos para tratar su diabetes	1) Homeopatía 2) Curandero 3) Acupuntura 4) Licuados 5) Otros _____ 6) Ninguno
17	¿En que medida sufre por su diabetes?	1) Nada 2) Un poco 3) Algo 4) Bastante 5) Mucho
18	¿En los últimos seis meses le han ocurrido uno o más de los siguientes eventos?	1) Ninguno 2) Perdida de un ser querido 3) Perdida del trabajo 4) Divorcio o conflictos familiares 5) Problemas económicos 6) Enfermedad grave (de usted o un ser querido) 7) Otro suceso impactante
19	¿Cuál de los siguientes temas le gustaría tratar en su próxima consulta médica?	1 Ningún tema en especial 2 Tratamiento o los medicamentos (pastillas) 3 Síntomas/dolores 4 Estilo de vida (dieta, alcohol, cigarro) 5 Estado de ánimo o estrés 6 Problemas sexuales 7 Otro tema
20	Sabe leer y escribir:	1 Si 2 No

Anexo 3.

Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes

Las siguientes preguntas permitirán conocer que tan capaz se siente de llevar a cabo una serie de acciones relacionadas con el tratamiento de su diabetes. Para cada una de las acciones que se muestran a continuación, elija uno de los círculos que mejor describa que tan capaz se siente para llevarla a cabo. El círculo más grande con el número 4 significa, que usted se siente muy capaz de llevar a cabo esa acción, mientras que el círculo más pequeño con el número 1 indica que usted no se siente capaz de llevarla a cabo. Los círculos de en medio le indican opciones intermedias entre estos dos círculos.

Por ejemplo, si usted se siente muy capaz de seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa, elegirá el círculo más grande con el número 4, si usted no se siente capaz de seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa elegirá el círculo más pequeño con el número 1, mientras que si se siente relativamente capaz de realizar esa acción elegirá cualquiera de los dos círculos que se encuentran en medio. Si no tiene ninguna duda, le pido que conteste tan rápido como sea posible, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Responda con sinceridad, nos interesa su forma de pensar.

Qué tan capaz se siente para:							
1	Seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	Me siento muy capaz					No me siento capaz
2	Evitar los alimentos que no estan dentro de su dieta	Me siento muy capaz					No me siento capaz
3	Seguir su dieta aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	Me siento muy capaz					No me siento capaz
4	Seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	Me siento muy capaz					No me siento capaz
5	Seguir su dieta aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	Me siento muy capaz					No me siento capaz
6	Seguir su dieta cuando se siente preocupado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
7	Hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos	Me siento muy capaz					No me siento capaz
8	Hacer ejercicio cuando esta ocupado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
9	Hacer ejercicio cuando esta lloviendo o hace frio	Me siento muy capaz					No me siento capaz
10	Hacer ejercicio cuando se siente cansado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
11	Hacer ejercicio cuando se siente preocupado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
12	Tomar su pastilla(s) todos los dias	Me siento muy capaz					No me siento capaz
13	Tomar su pastilla(s) a la hora indicada por el médico	Me siento muy capaz					No me siento capaz
14	Tomar su pastilla(s) cuando estas fuera de casa	Me siento muy capaz					No me siento capaz