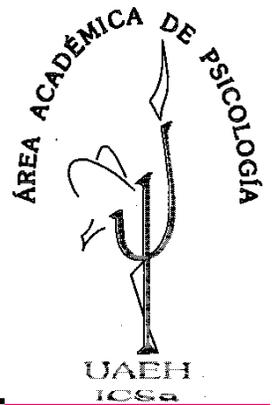




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

“ESTILO DE VIDA, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y APOYO SOCIAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDAS EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE PACHUCA, HIDALGO”.

T É S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

ADRIÁN DEL ROSAL GARCÍA

ULISES LARA VITE

DIRECTORA: MTRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA.

PACHUCA, HIDALGO; NOVIEMBRE, 2008.

AGRADECIMIENTOS

Gracias...

A mi madre por su amor, su apoyo incondicional, su sacrificio y su ejemplo; por escuchar mis sueños y ser parte de ellos; por ser mi cómplice y mi mejor amiga.

A mi padre por su apoyo, su tolerancia y su comprensión.

A mis hermanos: Adbeel, Luis Fabián y Cesar por ser parte importante de mi vida.

A mis sobrinos: Monserrat, Stephani, Ángel Saíd y Luis Dayair, por la magia que día a día me obsequian.

A Mariana y Ma. del Refugio por ser parte de mi historia personal y por “permanecer” a través del tiempo y la distancia; a Silvia y Cynthia por su sincera amistad y su apoyo incondicional.

En especial a la maestra Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña por su paciencia, su confianza y su apoyo para ver cristalizado este proyecto.

Psic. Adrian del Rosal García

Gracias....

A mi madre por su amor, confianza, apoyo y por guiarme y predicar con el ejemplo hacia el camino de la superación.

A Juan, Edgar y Nubia por su comprensión, apoyo y confianza que han mostrado en mí a través del tiempo.

A Estela por llegar a mi vida cuando más lo necesitaba, y brindarme su amor, apoyo y comprensión.

A Lorena y Ma. Isabel por estar conmigo en los momentos difíciles.

A Genaro y Benjamín por sus consejos para ser de mí cada día mejor profesional, amigo y persona.

A Dios por ayudarme cada día a cruzar con firmeza el camino de la superación.

Agradezco de manera "Especial" a la Mtra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña por brindarme su confianza, compartir sus conocimientos y por su apoyo incondicional para ver concluido este proceso.

Psic. Ulises Lara Vite.

INDICE

Resumen		7
Abstract		8
Introducción		9
Capítulo 1	Contextualización de la Diabetes Mellitus	11
	1.1 Prevalencia y Mortalidad de la Diabetes Mellitus (DM)	
	1.2 Diagnóstico	17
	1.3 Clasificación de la Diabetes Mellitus	19
	1.4 Factores de Riesgo	24
	1.5 Complicaciones Agudas	31
	1.6 Complicaciones Crónicas	33
Capítulo 2	Programas de atención a las personas que padecen Diabetes Mellitus	37
	2.1 Programas Internacionales	
	2.2 Programas Nacionales	40
	2.3 Programa Estatal	42
	2.4 Intervenciones de tipo psicológico	45
Capítulo 3	Estilo de vida y Diabetes Mellitus Tipo 2	50
	3.1 Conceptualización del estilo de vida	
Capítulo 4	Adherencia terapéutica y Diabetes Mellitus Tipo 2	62
	4.1 Conceptualización de Adherencia Terapéutica	63
	4.2 Factores que reducen la adherencia terapéutica	67
	4.3 Evaluación de la adherencia terapéutica	72
	4.4 Estrategias generales para mejorar la adherencia terapéutica	74
Capítulo 5	Apoyo Social y Diabetes Mellitus Tipo 2	79
	5.1 El afecto como apoyo social	80
	5.2 Efectos del apoyo social sobre la salud y el	81

	bienestar	
	5.3 Diabetes y apoyo social	83
Capítulo 6	Método	91
	6.1 Planteamiento del Problema	
	6.2 Objetivo general	
	6.3 Objetivos específicos	
	6.4 Definición de variables	92
	6.5 Tipo de estudio	93
	6.6 Diseño de la investigación	
	6.7 Muestra	
	6.8 Instrumento y materiales	95
	6.9 Procedimiento	96
Capítulo 7	Resultados	98
	7.1 Historia de la enfermedad	
	7.2 Estilo de Vida	102
	7.3 Adherencia terapéutica	105
	7.4 Apoyo social	112
Capítulo 8	Discusión y conclusiones	115
Referencias		125
Anexo 1	Guía de entrevista para la persona que padece diabetes	147

INDICE TABLAS

Tabla 1	Los diez principales países con mayor número de personas con Diabetes entre los 20 a 79 años y su proyección al año 2025	12
Tabla 2	Mortalidad por causa en México	13
Tabla 3	Principales causas de mortalidad en el Estado de Hidalgo	17
Tabla 4	Fases de la enfermedad y tareas de la familia	88
Tabla 5	Hombres participantes en la investigación	94
Tabla 6	Mujeres participantes en la investigación	95
Tabla 7	Tiempo de diagnóstico	100
Tabla 8	Síntomas de la diabetes referidos por los pacientes	
Tabla 9	Hábitos alimentarios	105
Tabla 10	Tratamiento alimentario	107
Tabla 11	Valores de la glucosa señalados por los pacientes	108

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que se ha incrementado desmedidamente, así como las afecciones relacionadas con ésta. El objetivo de esta investigación es describir el estilo de vida, la adherencia terapéutica y el apoyo social en personas que padecen Diabetes Mellitus de Tipo 2. Se utilizó un diseño no experimental, transversal, exploratorio, de campo; se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a once personas seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional; siendo cinco hombres y seis mujeres, todos con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, y que reciben atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Pachuca, Hidalgo. Con procedimientos cualitativos se realizó el análisis de contenido de la información recabada encontrando elementos biopsicosociales que permiten plantear que el estilo de vida no es saludable, debido a que la mayoría no lleva a cabo una actividad física bien estructurada y tampoco una alimentación adecuada y supervisada, en cuanto a la adherencia terapéutica la mayoría realiza periódicamente su chequeo de glucosa sin embargo no siguen un adecuado apego al tratamiento farmacológico, no tienen control médico, no cuidan su alimentación. Respecto al apoyo social el de tipo material no es aprovechado por la mayoría, y el apoyo social emocional es relativo ya que la mayoría no refiere un bienestar total en este sentido.

Palabras clave:

Estilo de vida, Adherencia Terapéutica, Apoyo Social, Diabetes Mellitus de Tipo 2.

ABSTRACT

The Diabetes Mellitus is a disease that has had a tremendously increase, like others affections related to this disease. The purpose of this investigation is to describe the social support, life style, and therapeutic adherence in people with Type II Diabetes. It was used a non experimental, explorative, transversal field design. Semi-structured interviews were applied to eleven patients that were selected through one intentional model non probabilistic of Type 2 Diabetes, they were five men and six women, all of them with Type 2 Diabetes, and they were attended in Mexican Institute of Social Security of Pachuca, Hidalgo. The analysis of the information was collected and made with qualitatives procedures and were found biopsychosocial elements that plan the life style is not healthy, because most of the patients don't follow a well structured physical activity and neither they have a supervised adequate nutritional plan, so, on the other hand most of the patients that have a therapeutic adherence are constantly checked the levels of glucose, nevertheless they don't have an adequate pharmacologic adherence, they don't have medical control, and they don't care their nutrition. Regarding the material, most of the patients don't use the social and emotional support and it could be relative because most of them don't have a completely recuperation.

Key Words:

Life Style, Therapeutic Adherence, Social Support, Type 2 Diabetes.

INTRODUCCIÓN

Cada vez hay más personas que adoptan la idea de que se puede vivir con Diabetes durante muchos años con una buena calidad de vida, siempre y cuando modifique sus hábitos y se adhiera al tratamiento para evitar la amputación de extremidades, la ceguera o el daño irreversible de riñones, como ejemplo de algunas complicaciones más severas del padecimiento.

Las estadísticas señalan que el ser diagnosticado con Diabetes no conlleva necesariamente a la muerte; si se observa que la Secretaría de Salud (2007), cada año reporta 400 000 nuevos casos, las muertes por complicaciones de esta ascienden a 52 000 por año. La diferencia implica que hay miles de personas que controlan a su enfermedad protegiéndose adecuadamente.

Así las personas que se han hecho responsables del control de su enfermedad tienen incluso una mejor calidad de vida que las que no padecen Diabetes.

La Federación Mexicana de Diabetes (FMD, 2006) ha identificado gran cantidad de estudios en los que se demuestra que el adecuado control de la enfermedad trae como resultado la prevención de complicaciones, identificando como relevantes al del estilo de vida, factores relacionados con un adecuado apego al tratamiento, así como el apoyo social que recibe el paciente para control de la enfermedad

Este estudio tiene como objetivo general explorar el estilo de vida, la adherencia terapéutica, así como el apoyo social en personas que padecen Diabetes Mellitus de Tipo 2, para identificar elementos preventivos que faciliten el control de la enfermedad. Para tal fin se aplicó la técnica de entrevista que permitió la obtención de información en once personas derechohabientes del IMSS de Pachuca, Hidalgo, describiendo su estilo de vida, la adherencia terapéutica y el apoyo social a partir del análisis de contenido.

Este estudio esta estructurado de la manera siguiente: En el capítulo 1 se enmarca a la Diabetes Mellitus principalmente desde la perspectiva epidemiológica en el ámbito mundial, nacional y estatal, así como la forma de diagnóstico, mencionando también las características y diferencias al respecto de la Diabetes de Tipo 1, Diabetes Gestacional, otros tipos específicos de Diabetes y Diabetes de Tipo 2, también se abordan las consecuencias fisiopatológicas y manifestaciones de la Diabetes, así como las complicaciones que a largo plazo se pueden presentar; continuando en el capítulo 2 se describen de manera general los Programas de Atención a las personas que padecen Diabetes; para dar paso al capítulo 3 donde se menciona el estilo y de vida relacionado directamente con el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2; en el capítulo 4 se aborda la adherencia terapéutica; en el capítulo 5 se aborda el apoyo social; posteriormente se describe en el capítulo 6 la metodología utilizada; en el capítulo 7 se describen los resultados obtenidos en la investigación y en el capítulo 8 se discuten los resultados y se establecen conclusiones.

CAPITULO 1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

El objetivo primordial de esta revisión documental es hacer un planteamiento integrador que permita describir los factores biopsicosociales relacionados con la Diabetes Mellitus (DM), y ahondar en los factores de interés para este estudio: estilo de vida, apoyo social y adherencia terapéutica.

A continuación se aborda a la DM desde la perspectiva epidemiológica, y posteriormente se definen una serie de conceptos relacionados.

1.1 PREVALENCIA Y MORTALIDAD DE LA DIABETES MELLITUS (DM)

La prevalencia de la DM varía enormemente de una población a otra y en diversas zonas del mundo. El perfil mundial de prevalencia de la diabetes permite observar que las poblaciones con mayor propensión a la enfermedad residen en países de crecimiento rápido, y en los sectores pobres de las naciones desarrolladas (Harris, Flegal & Cowie, 1998).

Los datos publicados por la Federación Internacional de Diabetes (2006) evidencian que la enfermedad afecta a cerca de 246 millones de personas en todo el mundo, lo que representa, aproximadamente, 6 por ciento de la población adulta, siendo el 46 por ciento de las personas con edad entre los 40 a 59 años. Las proyecciones del crecimiento del número de personas que desarrollan la enfermedad son alarmantes, se estima que alcancen los 380 millones en el año 2025. Los tres países con mayor cantidad de personas con DM en 2007 eran India (40.9 millones), China (38.8 millones) y los Estados Unidos (19.2 millones). En el año 2025, el orden de lista no cambiará, pero la cantidad absoluta aumentará drásticamente en la India (69.9 millones) y la China (59.3 millones), pero en menor medida que en los Estados Unidos (25.4 millones). México, que en el año de 2007 era noveno en la lista mundial (6.1 millones), para el año 2025 subirá al sexto lugar (10.8 millones) (ver tabla 1).

Se ha reportado que a nivel mundial 3.2 millones de muertes se atribuyen a la DM cada año, reportándose 6 muertes por minuto de las cuales el 10 por ciento sucede en adultos entre 35 y 64 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006b) calcula que las muertes por DM aumentarán en más de un 50 por ciento en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes; del 70 al 80 por ciento de los pacientes con DM, fallecen por una causa de origen cardiovascular. Casi la mitad de las muertes ocurren en personas menores de 70 años y el 55 por ciento de las muertes son en mujeres.

Tabla 1. Los diez países principales con mayor número de personas con DM entre los 20 a 79 años y su proyección al año 2025.

		No. de personas con DM (millones) Año				No. de personas con DM (millones) Año	
Países		2007		Países		2025	
1	India	40.9		1	India	69.9	
2	China	38.8		2	China	59.3	
3	Estados Unidos	19.2		3	Estados Unidos	25.4	
4	Rusia	9.6		4	Brasil	17.6	
5	Alemania	7.4		5	Paquistán	11.5	
6	Japón	7.0		6	México	10.8	
7	Paquistán	6.9		7	Rusia	10.3	
8	Brasil	6.9		8	Alemania	8.1	
9	México	6.1		9	Egipto	7.6	
10	Egipto	4.4		10	Bangladesh	7.4	

FUENTE: Federación Internacional de Diabetes (2006).

En Latinoamérica y el Caribe, la población de personas con DM es de 19 millones, proyección que se espera para el año 2025 de 40 millones entre los 20 a 79 años; lo que representa el 62 por ciento de la población mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Los datos descritos con anterioridad demuestran el grave y creciente problema que representa esta enfermedad. La población en México de personas con DM fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7 por

ciento en personas entre 20 y 79 años). De este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas pues ignoran que están enfermos, debido a que no presentan síntomas. Por lo general, la DM particularmente la Tipo 2 (DMT 2) se diagnostica hasta que ya se padecen algunas de sus graves y múltiples complicaciones, que tardan entre diez y hasta veinte años en manifestarse. Para el año 2025 se calcula que en nuestro país tendremos una incidencia de 400 mil casos, es decir, 400 mil nuevos casos, lo que representa que 13 de cada 100 muertes en México serán provocadas por la diabetes (Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

De la misma forma que en todo el mundo, la mortalidad por DMT 2 en México, observa una trayectoria más alta en las mujeres que en los hombres (40.4 por ciento y 32.3 por ciento respectivamente) (Boletín de Prensa del IMSS, 2004; Centro Antidiabético Nacional, 2002; Esquivel, 2002). Aunque en la tabla 2, según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2007) se muestra la mortalidad por sexo en la República Mexicana, en donde puede observarse que en el caso de los hombres la DM es la segunda causa de mortalidad general, mientras que en las mujeres constituye la tercera causa.

Tabla 2 Mortalidad por causa en México.

CAUSAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Enfermedades del corazón	81, 237	16.46%
Diabetes Mellitus	67, 159	13.56%
Tumores malignos	63, 123	12.74%
Accidentes	35, 836	7.23%
Enfermedades del hígado	30, 250	6.10%
Enfermedades cerebrovasculares	27, 396	5.53%
Ciertas afecciones originadas por el periodo perinatal	9, 424	1.90%
Enfermedades pulmonares	7, 109	1.43%
Las demás causas	173, 560	35.05%
Total	495, 094	100.0%

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática e Instituto Nacional de las Mujeres (2007). *Hombres y Mujeres en México*. México: INEGI.

Por otra parte, es necesario señalar que la DMT 2 y su epidemiología de manera general tienen relación con los siguientes factores (Boletín de Prensa del IMSS, 2004; De la Fuente & Sepúlveda, 1999; Martorell, 2005):

- a) *Herencia*: la susceptibilidad genética de la población, que favorece la aparición de la DMT 2 queda demostrada por el hecho de que el 30.4 por ciento de la población tiene, al menos un familiar de primer grado con Diabetes.

- b) *Envejecimiento*: el proceso de envejecimiento demográfico en México contribuye al favorecimiento en el desarrollo de la DMT 2. De 1990 (3.1 millones de personas con 65 años o más), que constituían el 3.7 por ciento del total de la población; en el año 2030 serán 15.2 millones y constituirán en 11.7 por ciento de la población. Esta situación favorece el deterioro en la tolerancia de la glucosa, consecuencia de diversas variables que ocurren en el anciano: enfermedades crónicas, mayor consumo de medicamentos, disminución de la actividad física y sobrepeso relativo que en la edad adulta. Un anciano activo físicamente sano y no obeso, no presenta cambios sustanciales en su tolerancia a la glucosa. La intolerancia a la glucosa se incrementa conforme avanza la edad.

- c) *Ambientales*: la importancia de los factores ambientales se hace evidente en las cifras del aumento de la prevalencia de la enfermedad, que se ha incrementado entre la población que vive en áreas urbanas, y no ha habido cambios significativos en la prevalencia de áreas rurales. El aumento en el consumo de calorías y grasas y la disminución de la actividad física y en la ingesta de fibra son causas de la aparición de la resistencia de la insulina, obesidad y, probablemente, de diabetes en poblaciones ya genéticamente susceptibles. El estudio de la prevalencia de DMT 2 en México, arrojó que la mayor prevalencia se detectó en la región norte del país, a la que seguían las regiones centro y sur.

- d) *Socioeconómicos*: la DMT 2 es más frecuente en los individuos con menos nivel educativo, su prevalencia es de 15.1 por ciento en analfabetos, en comparación con 3.1 por ciento entre aquellos con estudios de preparatoria o superiores. La prevalencia también es significativamente mayor en los estratos socioeconómicos más bajos, lo que frecuentemente retarda el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Las características del estilo de vida son las principales responsables de los altos niveles de prevalencia de la Diabetes entre los mexicanos. En México, todos los grupos socioeconómicos, las zonas rurales, al igual que las zonas urbanas y todas las regiones de México, incluso el empobrecimiento del sur del país, mostraron aumentos igualmente drásticos.
- e) *Consecuencias crónicas y agudas*: la DMT 2 presenta regularmente complicaciones que en ocasiones subestiman a la enfermedad misma, ya que gran cantidad de certificados de defunción no mencionan a la diabetes, a pesar de ser la verdadera causa del hecho. Este fenómeno ocurre principalmente en trastornos como infartos del miocardio, insuficiencia vascular - cerebral e insuficiencia renal crónica. Por ejemplo, la frecuencia de la hipertensión arterial es de 38 por ciento en diabéticos y 18 por ciento en no diabéticos.
- f) *Económicos*: las características particulares de la DMT 2 tiene graves repercusiones económicas sobre el Sistema Nacional de Salud; por ser uno de los graves problemas de salud pública que vive la población mexicana, no sólo por el deterioro fisiológico que causa, sino también por el alto costo que representa su tratamiento. En México la DMT 2 es una de las causas de consulta médica más frecuente, así mismo, los pacientes diabéticos son hospitalizados más frecuentemente y duran más tiempo internados que los no diabéticos.

Los costos de la diabetes.

En México, un estudio realizado sobre costos para la atención de DM muestra que se trata de una de las enfermedades de mayor costo social y gasto público para las instituciones del sector salud, en atención ambulatoria y hospitalización, además de la pérdida de productividad en la población. Se estima que los gastos directos e indirectos de esa atención son de 2618 millones de dólares anualmente. Además de los costos financieros, el sufrimiento y las incapacidades entre las personas que padecen Diabetes y sus familiares serán incalculables (Arredondo, 2004)

Diabetes en el Estado de Hidalgo

Como ya se señaló, al igual que en resto del mundo, la DMT 2 se ha convertido en un problema de salud en la República Mexicana; particularmente en el Estado de Hidalgo (lugar donde se realizó este estudio), existen diferencias regionales sobre el lugar que ocupa la enfermedad como causa de morbilidad y mortalidad.

En Hidalgo, hasta el día de hoy, se tienen registrados a más de 18 mil 400 pacientes con diabetes, y actualmente más de 60 mil personas mueren al año en todo el país a causa de enfermedades como la obesidad y la diabetes.

Durante el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), a partir de la aplicación del cuestionario de adultos, se obtuvieron los resultados sobre el uso de servicios preventivos en el año previo a la aplicación de la encuesta para la detección de diversas enfermedades. Observándose que en lo que respecta a la detección de DM e hipertensión arterial, el 22.3 por ciento de los adultos de 20 años o más acudieron a realizarse una determinación de glucosa en sangre (venosa o capilar) en el año previo a la ENSANUT 2006. Al igual que lo observado a nivel nacional, el estado de Hidalgo presenta incrementos importantes para los servicios de detección en los últimos seis años (INEGI-Secretaría de Salud, SSa, 2006).

Por otro lado, como puede observarse en la tabla 3, a pesar de que la mayor parte de la población del estado reside en zonas rurales, las enfermedades crónico-degenerativas, incluyendo la Diabetes, se han convertido en las causas principales de mortalidad, sin dejar de reconocer la importancia de las enfermedades del hígado (en particular la cirrosis alcohólica), los accidentes y la desnutrición (INEGI, 2007).

Se han mencionado cifras y datos de carácter epidemiológico que son muy importantes para visualizar y valorar como ha avanzado la DM como un problema de salud pública no solo a nivel local, nacional, sino a nivel mundial.

A continuación se abordan aspectos relacionados con su entendimiento desde una perspectiva de su definición biológica.

Tabla 3 Principales Causas de Mortalidad en el Estado de Hidalgo, 2006

CAUSA	NÚMERO	PORCENTAJE
Enfermedades del corazón	1, 754	16.6%
Tumores malignos	1, 297	12.3%
Diabetes Mellitus	1, 191	11.3%
Enfermedades del hígado	1, 082	10.3%
Accidentes	1, 042	9.9%
Enfermedades cerebrovasculares	760	7.2%
Ciertas afecciones originadas por el periodo perinatal	407	3.8%
Enfermedades pulmonares	323	3.1%
Insuficiencia renal	276	2.6%
Desnutrición u otras deficiencias nutricionales	256	2.4%
Resto de causas	1, 174	20.6%
Total	9, 562	100%

FUENTE: Instituto de Estadística Geografía e Informática (2007). *Anuario Estadístico de Hidalgo*. México: INEGI.

1.2 DIAGNÓSTICO

Daniel W. Foster (1995) menciona que el diagnóstico de la DM no es difícil cuando esta enfermedad produce síntomas. Cuando una persona presenta manifestaciones atribuibles a producir orina y a eliminarla frecuentemente (diurésis

osmótica) y tiene valores elevados de glucosa en la sangre (hiperglicemia) el diagnóstico es inconfundible, tampoco hay problema cuando una persona asintomática tiene una elevación persistente de la concentración de glucosa en sangre en ayunas. Los inconvenientes surgen con las personas que no presentan síntomas y que por una u otra razón se considera que son posibles diabéticas, pero que tienen una glicemia (concentración de glucosa en sangre) en ayunas normal. Estas personas suelen ser sometidas a una prueba de sobrecarga oral de glucosa y si muestran valores anormales, son diagnosticadas de reducción a la tolerancia a la glucosa o diabetes. El mecanismo subyacente es una descarga de adrenalina. La adrenalina bloquea la secreción de insulina, estimula la secreción de glucagón, favorece a la degradación del glucógeno y disminuye la acción de la insulina en los tejidos diana, por lo que aumenta la producción de glucosa por el hígado y disminuye la capacidad de utilización de la glucosa exógena.

Ahora bien, la American Diabetes Association (ADA) en su rubro “Expert Committee” (ADA, 1997), señala los siguientes criterios para el diagnóstico de la diabetes:

- Por la presencia de los signos y síntomas* clásicos de la diabetes y la elevación inequívoca de la glucosa mínima de 200 mg/dl.
- En ayunas (durante toda la noche): concentración de glucosa en plasma venoso (componente líquido de la sangre de color amarillo claro) mayor a 126 mg/dl al menos en dos momentos distintos.
- Después de tomar 75 gramos de glucosa: concentración de glucosa en plasma venoso mayor a 200 mg/dl a las dos horas y, al menos una vez, en otro momento de una prueba de dos horas; es decir, que para el diagnóstico se necesitan dos valores mayores a 200 mg/dl.

*Los síntomas de la diabetes comprenden algunas molestias clásicas, como poliuria, polidipsia y otras manifestaciones agudas de hiperglucemia.

1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes para su estudio se ha dividido principalmente en cuatro tipos a) la Diabetes de “Tipo 1” llamada también “Insulino-Dependiente”; b) la Diabetes Gestacional, la cual aparece durante el embarazo; c) otros tipos específicos de Diabetes; y d) la Diabetes de “Tipo 2” denominada como “Diabetes Mellitus o no Insulino-Dependiente” (ADA, 1997). A continuación se describen éstas:

Diabetes Melitus Tipo 1 (DMT 1)

Es consecuencia de la destrucción de las células beta, con la desaparición casi completa de la secreción de insulina, por lo que surge la necesidad de administrarla de forma exógena para sobrevivir, todo ello producto por una deficiencia absoluta de insulina (insulopenia). Generalmente se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes mayores de 30 años.

Síntomas

Los síntomas de la Diabetes Tipo 1, aparecen con gran rapidez y son el aumento de apetito, aumento de sed y de la producción de orina además de la pérdida de peso repentina y sensación de cansancio o fatiga (Sociedad Brasileña de Diabetes, 2008).

Etiología

Aunque nadie conoce la causa exacta de la Diabetes de Tipo 1 los médicos creen que los siguientes aspectos están estrechamente vinculados con la diabetes de este tipo:

- a) Antecedentes de diabetes en la familia (herencia).
- b) Padecimientos o lesiones físicas (que suelen producir estrés).
- c) La presencia de algún virus que pudo haber lesionado el páncreas
- d) Disfunción autoinmune (el sistema de defensas del cuerpo puede atacar por error a sus células beta productoras de insulina).

Es muy importante considerar que no hay nada para poder evitar este tipo de diabetes. Los aspectos etiológicos mencionados son retomados de Ganong, (2000) y del Manual Guía para Personas con Diabetes (2002).

Tratamiento

Según Andreoli (1997), Guyton (2001) existen cinco elementos fundamentales que pueden emplearse para controlar la diabetes de tipo:

- a) Plan de alimentación: esto implica la selección de los alimentos adecuados, el consumo de la cantidad correcta de calorías diariamente y la programación adecuada de comidas.
- b) Actividad física: el ejercicio diario puede mejorar la salud general y contribuir a que las inyecciones de insulina funcionen mejor.
- c) Inyecciones de insulina: como el cuerpo no está produciendo suficiente insulina, esta se debe de inyectar todos los días, el médico indicará la clase de insulina y el horario de inyección que sean adecuados para cada caso.
- d) Automedición: esto implica hacerse pruebas de sangre para determinar los niveles de glucosa en la sangre, si se realizan estas pruebas con regularidad se podrá identificar cualquier problema que se suscite por la elevación de la glucosa en sangre, así como su disminución y poder resolver el problema a tiempo.
- e) Educación: el aprendizaje sobre diabetes y el control de la misma constituye una importante herramienta de tratamiento. El aprendizaje proporciona información, las aptitudes y la confianza que se necesitan para controlar a la diabetes de una manera adecuada y vivir una vida activa y normal.

Diabetes Gestacional (Durante el Embarazo)

Se limita a las mujeres grávidas en quienes aparece o se diagnostica Diabetes Mellitus o intolerancia a la glucosa durante el embarazo. Se diagnóstica por primera vez durante el embarazo, entre las semanas 24 a 26. Generalmente la

mujer recobra la normalidad en la producción de insulina después del parto, sólo de 5 – 10 por ciento se diagnóstica como DMT 2 después del parto. Sin embargo, las mujeres que manifiestan este tipo de diabetes presentan mayor riesgo de desarrollar DMT 2 a corto, medio o largo plazo. Por lo tanto las mujeres diabéticas que se embarazan no se incluyen en esta clase (ADA, 1997)

Síntomas

Suele presentarse aumento de sed, incremento de la micción, pérdida de peso (a pesar de un aumento del apetito), fatiga, náuseas y vómitos, visión borrosa, entre otros, aunque usualmente no hay síntomas (Feig & Palda, 2002).

Etiología

Se presenta con mayor frecuencia en aquellas mujeres que tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: a) obesidad importante con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30; b) glucosuria; c) antecedentes personales de diabetes gestacional o patología obstétrica; d) antecedentes familiares de diabetes en primer grado (Plana Pintos, Vázquez Troitiño, Malo García, & García Soidán, 2005).

Tratamiento

En cuanto al tratamiento de la Diabetes Gestacional se señalan las siguientes indicaciones: a) dieta equilibrada con seis ingestas al día y relativamente hipocalórica si el IMC es mayor a 27; b) ejercicio regular: al menos caminar durante una hora al día; c) autoanálisis de glucemia capilar, debe hacerse a diario pre y postprandial; d) autoanálisis de cetonuria antes de desayunar, sobre todo si la dieta es hipocalórica; e) el tratamiento farmacológico con insulina sólo está indicado cuando las medidas anteriores no han surtido los efectos esperados; es indicada si en una semana presenta en dos o más ocasiones: glucemias basales iguales o mayores de 95 y/o postprandiales iguales o mayores de 120 mg/dl, medidas en sangre capilar. Se recomienda comenzar con 0,2-0,3 UI/Kg/día de insulina intermedia repartida en dos dosis 2/3 antes desayuno y 1/3 antes de la

cena Los medicamentos orales no deben ser prescritos en estado de gravidez (Olivares Sanromán, 2005).

Otros Tipos Específicos de Diabetes

Esta subclase se define según la relación causal conocida o supuesta o su vinculación con otras enfermedades. Existen los casos de Diabetes en que existen defectos genéticos conocidos de la célula beta y defectos conocidos en la acción de la insulina; también comprende la Diabetes producida por trastornos del páncreas; determinados fármacos y sustancias químicas que son capaces de destruir y lesionar al páncreas y por último los síndromes genéticos en los que aumenta la frecuencia de DM (e. g. Síndromes de Down, Turner y Wolfram). (Tuomi, Carlsson & Li, 1999)

Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT 2)

Se presenta cuando el organismo, no produce la suficiente insulina o no la puede utilizar, por lo que el cuerpo no puede aprovecharla correctamente. El cuerpo resiste la acción de la glucosa; es decir, que no entra de manera adecuada a las células del cuerpo. La DMT 2 suele presentarse en personas mayores de 40 años y es de evolución lenta; sin embargo, actualmente ha aumentado la prevalencia de DMT 2 en niños y adolescentes.

A diferencia de los pacientes con DMT 1, las personas con DMT 2 sí producen insulina. Sin embargo, no son capaces de usarla de la manera adecuada, la DMT 2 es la forma más común, y se encuentra casi en el 90 por ciento de los pacientes diabéticos. Algunas personas con DMT 2 (especialmente con sobrepeso) no son capaces de usar la insulina porque no tienen suficientes receptores de esta sustancia. Esto reduce la cantidad de glucosa que puede entrar en las células y provoca que se acumule en la sangre. Algunas personas con DMT 2 pueden tener un problema con la forma en la que funcionan sus receptores. Como los receptores de insulina no funcionan de manera adecuada, la glucosa no

puede entrar a las células y se acumula en la sangre (Ganong, 2000; Guyton, 2001; Laguna, 2000).

Síntomas

Los síntomas de la diabetes suelen desarrollarse a lo largo de un periodo prolongado y estos son: aumento de apetito, aumento de sed, aumento en la producción de orina, visión borrosa, sensación de cansancio o fatiga, adormecimiento o cosquilleo en pies o manos, infecciones frecuentes, cortadas o lesiones que tardan en sanar y problemas sexuales (disfunción eréctil). Aunque estos síntomas son comunes no siempre se producen. Muchas personas que padecen DMT 2 tienen síntomas muy leves, o no manifiestan ninguno (Foster, 1995).

Etiología

Muchos de los aspectos que tal vez sean responsables de la DMT 1 (por ejemplo, la herencia y estrés físico) también pueden ser factores en la DMT 2; no obstante, existen algunas diferencias. La DMT 2 tiene más probabilidades de manifestarse en personas de más de 40 años, con exceso de peso, con hábitos alimentarios deficientes, que han tenido diabetes durante el embarazo (diabetes de la gestación y que se menciona más adelante) y con antecedentes familiares de diabetes; si uno de sus padres, abuelos, hermanos o inclusive primos tienen diabetes existen mayores probabilidades de desarrollarla, existe un 5 por ciento de riesgo de desarrollar la DMT 2 si sus padres o hermanos padecen diabetes y el riesgo aumenta si el peso corporal no es el adecuado (Andreoli ,1997; Ganong,2000; Laguna,2000).

Diagnóstico

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2007) señala que hay varias opciones de estrategias para detectar la diabetes. La elección depende de los recursos disponibles y del equilibrio entre la sensibilidad (la proporción de personas con diabetes que dan positivo en una primera prueba de tamizaje), la

especificidad (la proporción de personas que no tienen diabetes y que dan negativo en la prueba de tamizaje) y la proporción de la población con una prueba de tamizaje positiva que tiene que pasar a una prueba diagnóstica. La mayoría de las estrategias de tamizaje comprenden la valoración del riesgo y la medición de la glucosa plasmática, realizadas de forma secuencial o simultánea. Después de las pruebas de tamizaje se deben realizar pruebas diagnósticas (glucosa plasmática en ayunas [GPA] y/o una prueba de tolerancia oral a la glucosa [PTOG]) para emitir el diagnóstico. Las estrategias combinadas de tamizaje tienen una sensibilidad y una especificidad del orden del 75 por ciento, y un 25 por ciento de la población requiere pruebas diagnósticas. Las personas con resultados negativos en el tamizaje, deben volver a las pruebas al cabo de tres a cinco años. También debe ofrecerse a esas personas asesoramiento sobre el estilo de vida para reducir al mínimo su riesgo de desarrollar diabetes. Aunque la utilidad de la glucosuria como prueba de tamizaje para detectar diabetes no diagnosticada está limitada por su baja sensibilidad (21-64 %), su especificidad es alta (> 98 %), de forma que puede ser útil en un entorno con bajos recursos que no disponga de otras pruebas. Después de una prueba de tamizaje positiva se tiene que pasar a pruebas diagnósticas, que pueden ser una GPA de confirmación (7,0 mmol/l, > 125 mg/dl) o una PTOG.

1.4 FACTORES DE RIESGO

Como ya se ha señalado la DMT 2 es una enfermedad crónica y además degenerativa por lo que hay que tener en cuenta diversos factores que pueden favorecer a ésta; cuantos más factores de riesgo se presenten en una misma persona, más estará en riesgo de desarrollar diabetes. A continuación se describen algunos de éstos, cabe señalar que en el capítulo tres en donde se describe el estilo de vida y los factores relacionados con la DMT 2 se ahonda al respecto.

Edad

Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con DMT 2 pero a manera que incrementa la edad, también aumenta el número de casos. El promedio de edad al momento del diagnóstico de DMT 2 es más bajo en grupos raciales (hispanos, entre otros), que tienen una alta carga genética para el desarrollo de diabetes. Por consiguiente es más común en personas de mayor de 40 años y que hayan tenido problemas con la glucosa en la sangre en el pasado acrecentando así el riesgo de desarrollar Diabetes (ADA, 2004).

Sexo y Raza

Los datos indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con DMT 2 después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 por ciento y 5.2 por ciento respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres méxico-americanas (10.9 por ciento), que en los hombres méxico-americanos (7.7 por ciento). La DMT 2 es más común entre los afro-americanos, los latinos, los americanos nativos, los asiáticos y las personas de las Islas del Pacífico; las personas de origen hispano tienen de dos a tres veces mayor riesgo de desarrollar DMT 2 que las personas de origen caucásico (Merck Sharp & Done, 2007).

Herencia

Una persona que tiene familiares cercanos con DM presenta un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Este aumento del riesgo se debe a la combinación de herencia genética y estilos de vida compartidos (ADA, 2004).

Sobrepeso y Obesidad

El riesgo de la DMT 2 aumenta cuando el peso del cuerpo se incrementa. Esto es especialmente cierto para muchas personas que llevan gran cantidad de grasa acumulada alrededor de la cintura (lo que se llama forma de manzana). El peso extra afecta la sensibilidad del cuerpo a la insulina y lo sobre recarga,

umentando el riesgo de enfermedades del corazón, de derrame cerebral, de alta presión y de alto colesterol (Thomas, Zimmet & Shaw, 2006).

Alrededor de un 80 por ciento de los pacientes con DMT 2 son obesos. El riesgo de desarrollar DMT 2 aumenta de forma progresiva tanto en varones, como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno debido, al menos en parte, a la disminución de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso se incrementa. El Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (2007) indica que los individuos obesos tienen por lo menos cinco veces más riesgo de desarrollar DMT 2 que las personas con peso normal. Las personas con una historia familiar de DMT 2 (ambos padres con DMT 2) se hacen más resistentes a la acción de la insulina a medida que aumenta el peso corporal, que los que no tiene historia familiar con este tipo de Diabetes (Meck Sharp & Done, 2007).

El mayor riesgo de DMT 2 se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo (debajo de la piel) e intra-abdominal (entre las vísceras), se puede evaluar con una medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 90 cm y en mujeres no mayor de 80 cm (Buenrostro, 2008).

Sedentarismo

La actividad física disminuye el riesgo de presentar DMT 2. Pruebas sustanciales indican que la actividad física influye en al génesis de la DMT 2. Algunos estudios prospectivos observacionales en que han participado fundamentalmente sujetos blancos estadounidenses, indican que incluso niveles modestos de actividad física conllevan una menor incidencia de diabetes de tipo 2 (Helmrich, Ragland, Leung, Paffenbarger, 1991)

Según recomendaciones médicas, para tratar de prevenir la DMT 2 se debe realizar un programa de ejercicios regulares, perdiendo el exceso de peso,

consumiendo fibra, cereales, y control de los valores de azúcar en la sangre regularmente ((well-conected.com, 2008):

Dieta

Se considera a la dieta como un factor de riesgo cuando la persona no realiza hábitos alimentarios adecuados entre los que se encuentran el ayuno prolongado, las comidas en diferentes horarios, y los alimentos con escaso valor nutricional (comidas rápidas). Para la mayoría de personas con DM, el control de la dieta es la clave para manejar su enfermedad. Esto es extremadamente difícil.

Los pacientes deben buscar un dietista profesional para planificar una dieta individualizada que tenga en cuenta todas las necesidades de salud. En el momento actual, la dieta de diabetes está en constante cambio, de tal manera que no existe una única dieta que incluya todas las necesidades de todas las personas con diabetes. Sin embargo, sí existen algunas recomendaciones generales (Federación Internacional de Diabetes, 2004)

Las personas con cualquier tipo de DM tienen riesgo de varias complicaciones médicas, incluyendo enfermedades cardíacas y renales. Los requisitos dietéticos de la diabetes deben tener en cuenta estas alteraciones. De forma importante, deben seguir dietas que protejan el corazón y que tengan como objetivo que sus concentraciones de lípidos (colesterol y triglicéridos) sean normales y su tensión arterial esté controlada.

- Las personas con DMT 2 tienen que controlar sus concentraciones de glucosa en sangre haciendo un balance muy cuidadoso entre la ingesta calórica, la medicación, el ejercicio y otras variables.
- Deben proporcionarse las calorías necesarias para mantener el crecimiento normal, en los niños, para cubrir el aumento de necesidades que ocurre durante el embarazo y cuando se asocian otras enfermedades.

- Para las personas con DMT 2 con sobrepeso que no toman medicación son importantes tanto la pérdida de peso como el control del azúcar en sangre. Un peso razonable se define habitualmente como aquel que puede alcanzarse y mantenerse, más que como aquel que pudiera ser definido culturalmente como deseable o ideal

Las personas con DM deben tener una dieta saludable: a) limitar las grasas (en especial las saturadas y los ácidos transgrasos; b) limitar el colesterol de la dieta; c) consumir cantidades importantes de fibra, verduras y frutas frescas; d) limitar las proteínas; y e) reducir la sal (Merck Sharp & Done, 2007).

Una alimentación alta en grasas está asociada a obesidad y a una distribución alterada de la grasa en el cuerpo. Por ejemplo, en personas con alteración a los hidratos de carbono, quienes fueron evaluados durante dos años, con una alimentación de 40 gramos de grasa por día (360 calorías de grasa al día), incrementaron en siete veces más el riesgo de diabetes comparado con otros factores de riesgo de diabetes (Organización Mundial de la salud, 2002).

Tabaquismo

Estudios sobre el efecto agudo del fumar sobre la tolerancia a la glucosa demuestran que la respuesta metabólica en una prueba con carga (toma oral) de glucosa se altera, dando mayor incremento de glucosa en la sangre (hiperglucemia) con el fumar. Así mismo los fumadores suelen presentar un aumento de las concentraciones en la sangre de insulina y poca acción de la insulina en los tejidos musculares, grasos y del hígado, además las personas que fuman tienen elevación del colesterol (grasa) malo (LDL), y esta elevación del colesterol es un factor de riesgo también para el desarrollo de DMT 2 (Facchini, 1992).

Investigadores de las Universidades de Lausanna (Suiza) y Calgary (Canadá) analizaron cerca de 25 investigaciones sobre el fumado y la diabetes. Su revisión concluyó que fumar sube las posibilidades de desarrollar esta

enfermedad. En los fumadores, el riesgo es un 44 por ciento más alto que en el caso de los no fumadores (Reaven, 1992).

Además, el trabajo halló que las probabilidades de desarrollar este tipo de diabetes son aún mayores cuando se fuma mucho. Cuando se deja este hábito, el riesgo baja sustancialmente. En quienes dejaron de fumar sus probabilidades de presentar diabetes bajó a un 23 por ciento en comparación con no fumadores. La diabetes aparece, sobre todo, entre quienes sufren de sobrepeso y obesidad, realizan poco o nada de ejercicio, comen pocas frutas y verduras o tienen familiares diabéticos (herencia). En el capítulo tres, se ahonda sobre factores del estilo de vida relacionados con la DMT 2 se ahonda sobre este factor (Cantero, 2007)

Urbanización

Ciertos cambios en el estilo de vida en un grupo de población susceptible, pueden incrementar el riesgo de desarrollar DMT 2. La urbanización es generalmente relacionada a grandes cambios en el estilo de vida, como son la alimentación, la actividad física, así como un incremento en la obesidad, la cual puede incrementar el riesgo de intolerancia a la glucosa y DMT 2. El consumo de alimentos con alto contenido de energía como son las grasas y los carbohidratos simples sustituyen a los alimentos tradicionales como las leguminosas y los vegetales. Menor actividad física es otro elemento de las áreas urbanas y aunado al mayor consumo de alimentos de escaso valor nutricional trae como consecuencia obesidad y una mayor susceptibilidad a DMT 2 (Cardozo, 2002)

Factores Metabólicos

La lipidemia e hipertensión, así como la resistencia a la acción de la insulina son alteraciones que influyen directamente para el desarrollo de la diabetes, a continuación se describen éstos según la ADA (2004):

Lipidemia e hipertensión: las personas que presenten Colesterol HDL de menos de 35 mg/dl , que te tengan niveles altos de triglicéridos (un tipo de

molécula de grasa) en la sangre arriba de 250 mg/dL o más) y/o que presenten hipertensión arterial superior o igual a 140/90 mmHg tienen altas posibilidades de poder desarrollar DMT 2.

Resistencia a la Acción de la Insulina: como ya se ha señalado, este aspecto es un elemento central a considerar como parte de los factores de riesgo no sólo para DMT 2, sino en general como elemento de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Tratamiento

Al igual que con la DMT 1, existen cuatro herramientas fundamentales que se pueden usar para controlar la DMT 2 como lo mencionan Andreoli,(1997); Foster, (1995); Guyton, (2001) y el Manual Guía para Personas con Diabetes (2002), en lo relativo a: a) plan de alimentación, b) actividad física, c) automedición, y d) educación, se plantean los mismos procedimientos; en lo referente a la medicación no todas las personas con DMT 2 necesitan medicamento, el médico quizá prescriba algún medicamento para disminuir el nivel de glucosa en la sangre (hipoglucemiante oral) mismo que ayudará a la producción de más insulina, y así usarla con más eficacia. Cuando no bastan los medicamentos orales, quizá sea necesario que la persona requiera insulina, pero sólo el médico indicará cual es el medicamento adecuado.

Cabe resaltar que la FID (2007) señala dentro de sus recomendaciones para el tratamiento, a la intervención psicológica, señalando que las formas en que los profesionales de la salud pueden ayudar a resolver directa o indirectamente las cuestiones comportamentales y psicológicas, con el objetivo de proteger y potenciar el bienestar emocional (calidad de vida), se pueden plantear en términos de: comunicarse con el paciente, evaluar o supervisar y brindar consejería. El bienestar psicológico es en sí mismo un objetivo importante de la atención médica y los factores psicosociales son relevantes para casi todos los aspectos del tratamiento de la diabetes. El diagnóstico de diabetes impone a la persona y a su

familia una carga psicológica que dura toda la vida. Se puede considerar la diabetes como un factor de riesgo adicional para desarrollar problemas psicológicos y, por ello, es probable que la prevalencia de problemas de salud mental sea mayor en personas con diabetes que en la población general. El funcionamiento psicológico deficiente causa sufrimiento, puede interferir el autocuidado diario de la diabetes y está asociado a malos resultados médicos y a altos costos.

1.5 COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DMT 2

La DMT 2 trae como consecuencia básica una descompensación en los niveles de glucosa en sangre por la nula o poca secreción de insulina. Esta descompensación se divide básicamente en: hipoglicemia, hiperglicemia y cetoacidosis diabética, mismas que a continuación se describen (ADA, 2006b).

Hipoglicemia

La hipoglicemia es la condición que se produce cuando desciende el nivel de glucosa en la sangre por debajo de lo 70 mg/dl. Esto puede suceder repentinamente, y tal vez sea necesario hospitalizar a la persona; es muy importante mencionar que es un caso de emergencia ya que si no se atiende esto puede ser causa de epilepsias, estado de coma o la muerte si no es atendida de inmediato (Albuquerque, R. 2008).

En cuanto a la *sintomatología de la hipoglicemia* Andreoli (1997), menciona los siguientes: temblor o mareo, confusión, nerviosismo e irritabilidad, aumento en el número de latidos del corazón (frecuencia cardíaca), entumecimiento de labios u lengua, hambre, sueño o cansancio, dolor de cabeza, disminución de la visión, cambios en el estado de ánimo sin causa aparente.

El *tratamiento de la hipoglicemia* consiste en comer o beber de un cuarto a tres cuartos de onza de azúcar de acción rápida, 14 onzas de jugo de fruta o

refresco normal, una barra de caramelo o tabletas de gel de glucosa concentrada (Baptista, 2008).

Hiperglicemia

La hiperglicemia se presenta cuando aumentan considerablemente los niveles de glucosa en la sangre por arriba de 240 mg/dl, si esto sucede es que la diabetes se ha salido de control, La hiperglicemia suele presentarse lentamente y no es de atención de urgencia; sin embargo, si no se atiende puede provocar complicaciones severas (ADA, 2006b).

En cuanto a la *sintomatología de la hiperglicemia*, Andreoli (1997) describe los siguientes: sed exagerada, exceso de sueño, problemas para observar con claridad, irritabilidad, heridas o lesiones que tardan en sanar

El mejor *tratamiento para la hiperglicemia* es volver a la rutina diaria siguiendo al pie de la letra el plan alimenticio, plan de actividades cotidianas, apego estricto al tratamiento médico. (Albuquerque, 2008).

Cetoacidosis diabética

La cetoacidosis diabética ocurre cuando no existe la cantidad suficiente de insulina para desplazar la glucosa en el interior de las células para su obtención de energía, cuando las células no pueden obtener la glucosa que requieren, el nivel de glucosa se eleva en la sangre y las grasas se convierten en energía para abastecer a las células y este proceso produce la liberación de cetonas tóxicas a la sangre; si no es administrada insulina, la cetoacidosis provocará graves afecciones incluso la muerte (ADA, 1994).

Los síntomas de la cetoacidosis diabética, mencionados por Andreoli (1997) son los siguientes: sed exagerada, micciones frecuentes (orinar con frecuencia), pérdida de peso en forma repentina, vómito y sensación de malestar estomacal, mal aliento.

Respecto al tratamiento, se tiene que determinar oportunamente la cantidad de insulina que se debe de administrar, así mismo, para identificar si se requiere de hospitalización urgente (ADA, 1994).

1.6 COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DMT 2

Las personas diabéticas están predispuestas a sufrir una serie de complicaciones que son causa de morbilidad y de muerte prematura. En algunas personas estas complicaciones aparecen precozmente y en otras en 15 a 20 años de franca hiperglicemia (Foster, 1995). Algunas de las complicaciones a las que se hace referencia son las siguientes:

Retinopatía diabética

La principal causa de ceguera por Diabetes es la “retinopatía” que es una condición que afecta los pequeños vasos sanguíneos de la retina. Casi todas las personas con Diabetes Tipo I tienen por lo menos, algunos signos de retinopatía después de 20 años con esta enfermedad, y más del cinco por ciento de estos pacientes pierden la vista por esta causa (De la Fuente & Sepúlveda, 1999).

Hay dos etapas en la retinopatía, la forma más leve "*o retinopatía no proliferativa*” donde la retina podría sangrar. Este tipo de retinopatía generalmente no interfiere con la visión ni necesita tratamiento, pero en cambio, si requiere ser examinada periódicamente (Martínez, 2002)

En algunos casos, y cuando no es tratada a tiempo, la retinopatía progresa a etapas más severas, lo que se conoce como “*retinopatía proliferativa*” donde los vasos sanguíneos de la retina, están tan dañados que el oxígeno y los nutrientes no pueden alcanzar algunas partes de la retina. Esto hace que la retina “fabrique” nuevos vasos sanguíneos denominados “*neovasos*”, los cuales son muy frágiles y hasta con un simple estornudo se podrían romper, haciendo que se derrame sangre en el ojo. Además de esto “*los neovasos*” hacen que se forme un tejido fibroso que cuando se contrae puede desprender la retina. Tanto el sangramiento

o hemorragia, como el desprendimiento de la retina pueden causar ceguera (Kathleen, 1998; Martínez, 2002; Zambrano, 2002).

Insuficiencia renal

Se define como Insuficiencia Renal (IR) la pérdida de función de los riñones, independientemente de cual sea la causa. La IR se clasifica en aguda, subaguda y crónica, en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión. Mientras que la IR aguda es reversible en la mayoría de los casos, la forma subaguda lo es en menor frecuencia, y la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros (Andreoli, 1997; Kathleen, 1998; Velez, 1998).

La IRC es un proceso continuo que comienza cuando algunas nefronas (células de función renal) pierden su función y finaliza cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener la vida del paciente, siendo necesario el inicio de tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante). Al estadio avanzado de la IRC se le conoce como uremia (elevación de los niveles de urea en la sangre) (Alatel & Medy Salud, 2006).

Pie Diabético

El llamado "pie diabético" constituye una causa importante de morbilidad en los pacientes afectos de DM pudiendo llegar a ocasionar situaciones invalidantes como consecuencia de las terapéuticas quirúrgicas que a veces son necesarias aplicar. También son relevantes los datos de las estancias hospitalarias prolongadas que se pueden ocasionar, cobrando especial relevancia en aquellos pacientes que presentan además de forma simultánea otras complicaciones de la DM (Andreoli, 1997).

La afectación vascular, neuropática y la infección son los tres componentes que hacen al pie susceptible de padecer graves lesiones. Sus efectos son tan

devastadores que en Estados Unidos de América (EUA) la DM supone casi la mitad de las amputaciones no traumáticas. Abordando el problema desde otra óptica, la gangrena de las extremidades es 53 veces más frecuente en hombres diabéticos y 71 veces más frecuente en mujeres diabéticas que en la población general, lo que supone un grave problema de salud pública actual incluso en nuestro país (Aragón & Ortiz, 2002).

Disfunción Eréctil

La DM puede ser una de las causas de problemas en la vida sexual de algunos hombres, y estos pueden ocurrir por factores tanto físicos, como psicológicos (disfunciones sexuales masculinas); relacionadas con trastornos en la erección, eyaculación, orgasmo, sensibilidad y deseo sexual (ADA, 2006a).

A esta disfunción sexual masculina se le ha denominado también como “degeneración eréctil”, debido a que disminuye la funcionalidad del organismo reproductor masculino como consecuencia de una degeneración en los vasos sanguíneos del pene causando dificultades serias en la erección (ADA, 2007).

La DM cuando no es controlada adecuadamente puede dañar los vasos sanguíneos, arterias y venas incrementando el riesgo de que aparezca alguna disfunción sexual masculina debido a factores físicos. La DM también puede generar angustia, inseguridad, miedo al fracaso, etc., lo que puede aumentar estos problemas debido a factores psicológicos. Sin embargo, no porque un hombre con DM presente alguna disfunción sexual ésta debe ser atribuida a la Diabetes, ya que existen muchas otras causas que pueden producir disfunción sexual masculina, y que no tienen nada que ver con la Diabetes (con-ciencia médica, 2001; diabetes al día.com, 2007; Vélez, 1998).

Enfermedades Cardiovasculares

Relacionadas con la DM se presentan las siguientes problemáticas de tipo cardiovascular (De la Fuente & Sepúlveda, 1999; Póveda, 2002; Sánchez, Sánchez & Amado, 1998; Universidad de Navarra, 2002):

- *Enfermedades Macro vasculares:* son la cardiopatía coronaria, vasculopatía periférica, enfermedad cerebro – vascular y que tienen mayor incidencia en la DMT 1. Estas alteraciones, están relacionadas con la hipertensión arterial y las dislipidemias que son trastornos en el metabolismo de lípidos.
- *Enfermedades Micro vasculares:* son las complicaciones oculares (retinopatía), nefropatía y neuropatía como resultado del daño a los vasos sanguíneos pequeños y grandes, pares craneales y nervios periféricos, piel y cristalinos oculares que han sido afectados por el paso del exceso de glucosa en la sangre. Al mismo modo que se producen gangrena, ceguera, insuficiencia renal, y lesiones en el sistema nervioso central y periférico, además de la amputación de extremidades inferiores, infarto del miocardio y eventos cerebrales vasculares.

Enfermedades en la piel

La ADA (2007) señala que hasta un tercio de las personas con DM tendrán algún tipo de problema de piel causado o agravado por la diabetes en algún momento de sus vidas. De hecho, a veces, esos problemas son la primera señal de que una persona tiene diabetes; y que es posible evitar o tratar fácilmente si se los detecta a tiempo.

En este capítulo se mencionaron aspectos importantes como conceptualización de la Diabetes, sus consecuencias y complicaciones a largo plazo, todo esto da pauta al siguiente capítulo en donde se abordan programas de atención al diabético tanto a nivel mundial, nacional, así como estatal.

CAPITULO 2. PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES

Debido a la importancia de la diabetes cada día el sector salud se preocupa más por implementar programas de apoyo a la diabetes, a nivel internacional, nacional y estatal, a continuación se presenta esta información.

2.1 PROGRAMAS INTERNACIONALES

Ante el panorama incierto que presenta la Diabetes Mellitus, desde la OMS (2002) se ha planteado la necesidad de crear programas gubernamentales basados, en la medida de lo posible, en la prevención en personas en riesgo, tales como los hijos de personas con Diabetes, además de mantener la salud y calidad de vida en personas ya afectadas por la enfermedad, impartiendo entrenamiento sobre el padecimiento al personal de salud, de tal forma que cuenten con información actualizada. Así mismo, se apoyan investigaciones cuyo objetivo sea prevenir complicaciones, a fin de disminuir la carga presupuestaria y de infraestructura en hospitales y centros de salud.

A partir de ello, países latinoamericanos como Argentina crearon el “Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus” que pretende reducir el impacto económico de la enfermedad a través de la intervención sobre factores de riesgo. Brasil está aplicando el “Plan Nacional de Atención a personas con Diabetes” el cual prioriza la atención médica básica en todas las comunidades del país, y apoya a las clínicas en la organización de los Programas de Actualización del Equipo de Salud (OMS, 2002).

En países como Canadá, se estableció The Travelling Diabetes Resource Program (TDRP), que es una herramienta de educación pública diseñada para fomentar la salud en la comunidad de Alberta. Proporciona recursos e información

para la gente con diabetes, los miembros de su familia y aquellas personas con riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los tipos de servicios que ofrece el TDRP se basan en sesiones de información para profesionales de salud, además del público en general y sesiones educativas en Diabetes abordando a) la prevención de la DMT 2; b) la importancia de la diabetes y sus consecuencias; c) como vivir bien con DMT 2

El TDRP también ofrece a la comunidad folletos con información acerca de:

- Factores de riesgo
- Signos y síntomas de la Diabetes Tipo 1 y Diabetes del Tipo 2
- Como llevar una buena alimentación y una actividad física continua ayuda a mantenerse saludable e impide el desarrollo de diabetes

Este programa es posible a través de contribuciones del Programa de Iniciativas de la comunidad de Alberta, la Asociación de Concesionarios en Calgary, Pfizer Canadá y el Comité Lions Cavalcade (Canadian Diabetes Association 2005-2008).

El Comité Nacional para la Garantía de la Calidad (NCQA) y la American Diabetes Association (ADA) han desarrollado el Programa Voluntario de Reconocimiento Médico de Diabetes (DPRP), para reconocer a los médicos que utilizan medidas prueba basadas en escala nacional aceptadas de atención para pacientes con diabetes y así, brindar un cuidado de alta calidad en pacientes con DMT 2. El DPRP cubre áreas como: a) control de la presión sanguínea; b) control de colesterol de baja densidad (LDL); c) exámenes en pies y ojos; d) control de la hemoglobina glucosilada (HbA1c); e) efectos negativos sobre fumar y el tratamiento. (Comité Nacional para la Garantía de la Calidad, 2008)

Actualmente se dispone de una extensa base científica para un tratamiento óptimo de la DMT 2, lo que ofrece la oportunidad de mejorar la calidad de vida

actual y futura de quienes padecen esta enfermedad. Es por ello que la Federación Internacional de Diabetes desarrolló la *Guía global para la diabetes tipo 2* (Federación Internacional de Diabetes, 2005), que se divide en tres niveles de atención: atención estándar, atención mínima y atención integral. “Niveles de atención” es un concepto innovador en la gestión de la atención diabética:

- a) **Atención estándar:** atención económicamente eficaz para la mayoría de los países con una base de servicios bien desarrollada y con sistemas de financiación sanitaria que consuman una parte importante de su riqueza nacional; por ejemplo, algunas de las estrategias consideradas toman en cuenta cuestiones culturales de la personas; proporcionan contacto telefónico de las personas con la clínica de atención, entre otras.
- b) **Atención mínima:** atención que pretende conseguir los principales objetivos de control diabético, pero que se presta en entornos sanitarios de recursos muy limitados: medicamentos, personal, tecnología y procedimientos. Dentro de este nivel, por ejemplo, se plantea organizar la atención en torno a la persona que convive con la diabetes, empleando un profesional de la salud con capacitación apropiada para ocuparse de los diferentes aspectos de esa atención.
- c) **Atención integral:** atención con cierta base científica que se presta en entornos sanitarios de recursos considerables. Por ejemplo, la persona con diabetes tendrá acceso desde cualquier lugar a su propia ficha médica electrónica a través de tecnología segura. Podrá dar permiso a cualquier profesional de la salud para que tenga acceso a esa ficha.

La organización de la prestación del servicio para aplicar las recomendaciones anteriormente comentadas supone, principalmente: poner en funcionamiento sistemas de registro, citación y anotación para garantizar que todas las personas diabéticas reciban atención, y tener profesionales de la salud entrenados a fin de que estén disponibles para proporcionar el asesoramiento apropiado.

2.2 PROGRAMAS NACIONALES

Al ser México, uno de los tres países latinoamericanos con mayor número de casos reportados de DMT 2, se definió el Programa Nacional de Salud “Vivir Mejor” 2007-2012, donde a través del fortalecimiento de las acciones de promoción de la Salud y prevención de enfermedades (sobrepeso, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cáncer cérvico-uterino, tabaquismo, accidentes viales, entre otros), la atención con calidad y calidez, la universalización de la cobertura de atención a través del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación, la equidad inmunológica en toda la población mexicana, a partir del fortalecimiento del Programa de Vacunación Universal y la homologación en la calidad de los servicios de salud pública, se garantice una mejor calidad de vida y el acceso de estos servicios a toda la población, en especial, a los mexicanos en situación de pobreza, todo ello a partir del impulso de una sólida corresponsabilidad social. (Secretaría de Salud, 2008)

A su vez, la creación del Programa de Acción Específico sobre DM 2007 – 2012, donde a través del fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, se busca el incremento en la cobertura y calidad de los servicios de salud que garanticen el acceso a toda la población y, en especial, a los mexicanos en situación de pobreza, basándose en las siguientes estrategias:

Estrategias Focalizadas:

- Detección de los individuos por niveles de riesgo.
- Atención de la población en bajo riesgo.
- Atención de la población con riesgo moderado.
- Población con riesgo alto: diabetes, enfermedades cardiovasculares o 3 y más factores de riesgo.

Estrategias Dirigidas:

- Atención de la población con obesidad y sobrepeso.

- Atención de la población con Diabetes Mellitus.
- Atención de la población con Hipertensión arterial.
- Atención de la población con Dislipidemias.
- Mejorar la prestación de los servicios de salud a través de Unidades de Especialidad Médica (UNEMES) con intervenciones en enfermedades crónicas como: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus.

La transición demográfica en nuestro país está acompañada de una transición epidemiológica, caracterizada por un predominio de las enfermedades crónicas sobre las infecciosas. Esto tiene un gran impacto, ya que las enfermedades como el cáncer, la diabetes mellitus y los padecimientos cardiovasculares, requieren de complejos y costosos tratamientos que generan enormes presiones sociales y económicas sobre el sistema de salud. Además, estos padecimientos son muy frecuentes entre la población que vive en situación de pobreza, lo que incrementa aún más su condición de vulnerabilidad, pues se suman a las enfermedades ligadas a la pobreza como las infecto-contagiosas; el reconocimiento de la Diabetes se vuelve una prioridad de salud, por lo que se incluyen estrategias concretas dirigidas a la promoción de modelos de vida saludables especialmente en alimentación y actividad física (Secretaría de Salud, 2008).

En este sentido sobresalen las propuestas implantadas por las dos instituciones de seguridad social con mayor número de derechohabientes: el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El primero es uno de los de mayor impacto pretende tener en la población, que cuenta con una campaña “mediática”; llamada “PREVENIMSS”, que opera desde varios años, con lo cual se intenta realmente ofrecer una atención integral a la población derechohabiente y una mejor calidad de vida, a través de: a) la prestación de servicios médicos a partir de la participación del personal de

Nutrición y Dietistas realizando acciones educativas y preventivas dirigidas a los diferentes sectores de la población niños, adolescentes, adultos y adultos mayores; b) adquisición de hábitos como la alimentación saludable, activación física y mantener un peso adecuado para evitar padecimientos severos como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, así como la patología derivada de ésta, la insuficiencia renal crónica y la aparición de otras enfermedades crónico degenerativas; c) fortalecer las Unidades de Medicina Familiar al igual que las Unidades Deportivas con las que cuenta el IMSS (por ejemplo, en el estado de Hidalgo opera el Centro de Seguridad Social (en donde se captó a la muestra de personas participantes es este estudio); ahí se orienta a la persona sobre la enfermedad y se refuerzan conductas que promueven la prevención de complicaciones de la Diabetes Mellitus y otras enfermedades crónico-degenerativas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008).

Por su parte el ISSSTE desarrolla esquema innovador con visión de futuro denominado Modelo Integral de Salud Familiar Preventivo, cuyo objetivo principal es anticiparse al riesgo y limitar el daño, con énfasis en la prevención, considerando como base del sistema a la medicina familiar preventiva y comunitaria, mediante la implantación de estrategias que atiendan las enfermedades con enfoque local y regional. La incidencia en la comunidad resulta valiosa debido a que dentro de las enfermedades crónico-degenerativas la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y neoplasias, son las que actualmente se presentan con mayor frecuencia, y tienen como origen malos hábitos alimenticios, costumbres y estilos de vida de la población Por ello, es de gran importancia educar y promover la salud sobre las causas, consecuencias y modos de prevención de los diferentes tipos de DMT 1, DMT 2 y Gestacional para encontrar fortaleza en su control (ISSSTE, 2008)

2.3 PROGRAMA ESTATAL

La diabetes al convertirse en un problema nacional de salud (por el crecimiento en la prevalencia e incidencia observado en los últimos 30 años) ha

modificado su manejo de ser una enfermedad poco frecuente que podía ser atendida por el especialista idóneo (el endocrinólogo) en un ambiente personalizado, ha pasado a ser un problema social en el que es indispensable capacitar al equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y en la actualidad se han incorporado los psicólogos), al paciente y a sus familiares; se ha demostrado la importancia de la educación de los pacientes para reforzar las indicaciones médicas y ayudar a enfrentar los conflictos psicológicos y sociales que produce esta enfermedad. En consecuencia, la participación de los educadores en diabetes se ha convertido en una necesidad y en parte integral del tratamiento, por tal motivo es prioritario mejorar la calidad en el manejo de la diabetes en el primer nivel de atención para reducir las complicaciones agudas, incluyendo la hospitalización por hiperglucemia aguda, y a largo plazo las consecuencias de las complicaciones crónicas (macrovasculares, microvasculares, mortalidad) (Secretaría de Salud Hidalgo, Ssa H, 2001).

Programa de Manejo de Diabetes por Etapas

A partir de la experiencia adquirida para instituir en México el Manejo de Diabetes por Etapas (un programa que elaboró el Centro Internacional de Diabetes de Minneapolis en Estados Unidos) desde 1995, se inició la aplicación de un programa estatal de Diabetes en Hidalgo. La primera Clínica de Diabetes se estableció en Pachuca en 2001 con base en las siguientes premisas:

- a) Identificar a personal interesado en atender a personas con diabetes.
- b) Formar un grupo multidisciplinario desde un inicio con médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.
- c) Elaborar un registro de los pacientes con Diabetes que asistían al centro de salud.
- d) Establecer horarios y duración de la consulta inicial y subsecuente.

- e) Reorganizar la atención para reducir los factores asistenciales relacionados con la deserción de pacientes: tiempo de espera prolongado, rotación de médicos, consulta breve.
- f) Revisión, adaptación y aceptación de las recomendaciones clínicas por el personal que las aplicaría en la práctica clínica.
- g) Institución del programa en forma supervisada.
- h) Enfoque de desarrollo continuo del equipo que integraba la clínica.

Al mismo tiempo se realizaron visitas a las 13 jurisdicciones sanitarias del estado para identificar por lo menos a un médico y una enfermera interesados, estableciéndose una clínica en esta jurisdicción y de esta forma aumentar la cobertura y el acceso de los pacientes a este servicio. Los resultados que se observaron fueron los siguientes:

- a) Mejoría en las consultas sucesivas en las medidas del proceso.
- b) Mejorías en las medidas de los resultados de la atención médica.
- c) Variaciones en la conducta de prescripción de los médicos; el uso de la glibenclamida se ha reducido, mientras que la prescripción de insulina es la más alta del país en el primer nivel de atención.

En conclusión se ha demostrado que es posible modificar de forma favorable todos los factores que impiden mejorar la calidad de atención de la Diabetes: a) reducir la desigualdad y ampliar la cobertura; b) capacitar al personal interesado y con enfoque multidisciplinario no solo del equipo de salud, sino también de las personas con Diabetes y sus familiares; c) reorganizar la atención primaria para establecer verdaderas condiciones para el control de las enfermedades crónicas en el primer nivel; d) aprovechar los recursos, que para todos son limitados; e) aumentar el interés de todos: de los pacientes por el

autocuidado, del personal de salud y de la población en general (Rodríguez Saldaña, 2002).

Por lo anteriormente mencionado se han implementado en el estado de Hidalgo programas de atención a corto, mediano y largo plazo, así como permanentes los cuales son coordinados por la Secretaría de Salud, tales como establecer una clínica de Diabetes prototipo, realizar talleres sobre epidemiología de la diabetes, contar con un educador en diabetes, establecer un sistema de información mensual, establecer líneas de investigación, reducir el flujo de personas con diabetes hacia el segundo nivel de atención, reducir la morbilidad y la mortalidad por diabetes, elaborar un modelo de atención aplicable a todo el país, entre otros (SSa-H, 2002), para atender adecuadamente a la diabetes y sus consecuencias.

2.4 INTERVENCIONES DE TIPO PSICOLÓGICO

Desde la perspectiva del equipo de salud, se puede señalar que el tratamiento de la Diabetes requiere de una intervención multidisciplinaria con la participación activa de médicos, enfermeras, nutricionistas, odontólogos, farmacéuticos, educadores en diabetes y psicólogos, ofreciendo una atención integral relacionada con el bienestar biológico, psicológico y social de las personas que la padecen, permitiendo así, una mejor comprensión de sus necesidades y dificultades para lograr un adecuado apego terapéutico; así mismo, contempla los distintos niveles de atención a la salud.

Así a nivel de *Atención Primaria*, la Educación para la Salud (EPS) pretende que las personas estén mejor preparadas para pensar por si mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. El objetivo a lograr es que las personas estén y vivan lo mejor posible. La diabetes es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo. Desde su diagnóstico, el diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, el manejo de técnicas de autoinyección hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene, etc. La EPS, plantea

que el manejo de la diabetes está en manos del propio paciente. Los profesionales sanitarios deben fungir como asesores y colaboradores de los pacientes, pero el éxito en el manejo de la enfermedad depende fundamentalmente de los mismos pacientes, de que hayan aprendido a convivir y a actuar en relación con su enfermedad (Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFyC, 2005).

La educación se puede realizar de forma individual y en grupo. Una forma no excluye a la otra, sino que ambas son complementarias. La elección de una u otra depende del momento, situación y necesidades del paciente. *La educación individual* al adaptarse a las características del paciente puede ser muy efectiva. Está indicada siempre al inicio de la enfermedad, o cuando se comienza tratamiento con insulina o en períodos de descompensación o de stress en la vida del paciente. *La educación grupal* está indicada en fases posteriores al inicio, después de la educación individual. El grupo puede actuar de importante motivador y reforzador (ADA, 1996).

El Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFyC (2005), al respecto de la EPS en DM propone una serie de módulos educativos que consideran dos fases: *a) Inicial*: que considera entre algunos de sus aspectos comunicar el diagnóstico, evaluación de los factores que influyen en los hábitos de salud del paciente y en su actitud y comportamiento frente a su diabetes, el tratamiento de la diabetes, complicaciones agudas, criterios de buen control metabólico, complicaciones a largo plazo; *b) Refuerzo*: una vez completada la fase inicial, es necesario seguir informando, seguir motivando y continuar con el proceso educativo. Se plantean nuevas actividades de EPS, reforzando los conocimientos olvidados, se revisan las habilidades, se reincorporan nuevos comportamientos no saludables, etc. Se puede hacer de forma anual actividades educativas sobre tratamiento de la diabetes (dieta, fármacos, ejercicio), hipoglucemia, técnicas de autocontrol, cuidados de los pies y complicaciones tardías. Este sería un momento adecuado para hacer educación

en grupo. Por otra parte se podría reforzar según las características y circunstancias de cada paciente mediante educación individual.

Ahora bien, en los niveles de *Atención Secundaria y Terciaria*, es necesario señalar que desde la aparición de la enfermedad, hasta en el apoyo ante la muerte, los factores psicológicos y somáticos interactúan para determinar la naturaleza del curso de la DMT 2. La mayoría de los problemas conductuales en relación con el cuidado de la salud como son la adherencia al tratamiento, prevención y ajuste ante las complicaciones, apoyo social y otros más, son pertinentes en el estudio de la diabetes. Por lo tanto, el diagnóstico y la adaptación inicial a la enfermedad, así como los ajustes a largo plazo, con frecuencia alteran tanto a los pacientes, como a sus familias. Además el régimen para tratar la diabetes es probablemente el más complejo y demandante en el contexto de las enfermedades crónico degenerativas, ya que incluye práctica nutricional compleja, manejo de sobrepeso, constante monitoreo de la glucosa, cuidado de los pies y procedimientos especiales ante la presencia de enfermedades comunes como la gripe y en la mayoría de los casos inyecciones de insulina o la toma de hipoglucemiantes orales (Silva Rodríguez y Guzmán Saldaña, 2006).

Este panorama enmarca el problema frecuente de qué tanto en el caso de la diabetes, como en otras enfermedades crónicas degenerativas, un buen número de personas que las padecen incurran en una serie de conductas que no favorecen el control de la enfermedad. La explicación a esta situación en el comportamiento es compleja; sin embargo, desde el punto de vista conductual Bayés (1987) señala que el hecho de que la gente no lleve a cabo las prescripciones médicas o las medidas básicas de cuidado de la salud responde a tres variables:

- 1) El carácter placentero de la mayor parte de la estimulación que sigue a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de estos efectos.

- 2) El intervalo entre las prácticas conductuales nocivas y la aparición de consecuencias negativas, es decir, la enfermedad en su estado clínico y diagnosticable, y
- 3) El carácter de probabilidad que tiene la enfermedad a pesar de las prácticas de riesgo. Es decir, que no todo el que realiza prácticas nocivas enferma.

Skinner (2002) revisó los efectos de un amplio campo de intervenciones conductuales en adolescentes con diabetes incluyendo programas educacionales y psicosociales a través de 64 estudios empíricos y los resultados muestran que existieron mejoras notables en el control glucémico, así como en los aspectos psicosociales de adaptación y relaciones interpersonales.

En este sentido, las líneas de intervención psicológica en el tratamiento de la Diabetes se enfocan principalmente en Programas Psicoeducativos Cognitivo – Conductuales, que han demostrado ser efectivos en el aumento de adherencia al tratamiento, modificando algunos factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento. Entre los que se encuentran: 1) nivel de información del padecimiento: el grado de conocimiento y comprensión que el paciente tiene acerca de la enfermedad es importante debido a que la ignorancia ha sido considerada la mejor aliada de las consecuencias negativas de la Diabetes, pues determina el grado de seriedad con la que juzga el padecimiento y modifica las creencias disfuncionales respecto a la enfermedad y su tratamiento; 2) Incremento en la autoeficacia: implica la capacidad generativa en la que es necesario integrar las competencias cognitivas, sociales y conductuales a fin de conseguir cierto nivel de ejecución y autocuidado sobre la salud, que mejoraran su adherencia al tratamiento y su calidad de vida. Diversos estudios han demostrado una correlación positiva entre autoeficacia, bienestar emocional y control glucémico; 3) Incremento en el apoyo familiar: se ha encontrado que el papel de la familia es fundamental en el enfermar, en el desarrollo de la enfermedad, en la recuperación de la salud y/o en la adaptación a la enfermedad. En el caso de la DM, la falta de apoyo familiar, influenciado por el cambio radical en los hábitos y estilos de vida, provoca el rechazo de la familia a adquirir nuevos estilos de vida y limita la cohesión de los miembros con el paciente diabético, provocando la falta de adherencia al

tratamiento. El trabajo psicológico en el desarrollo de apoyo familiar se centra en promover la participación activa de todos los miembros en la promoción y realización de estilos y conductas de vida saludables. Sin embargo, existen pocas intervenciones que incluyan a la familia como parte importante del éxito terapéutico y la calidad de vida de las personas con DMT 2, debido a que la responsabilidad recae principalmente en el paciente (Vázquez Ruíz, Ruiz, Corlay Noriega & Toledo Palacios, 2006).

A nivel estatal existen estudios como el de Vázquez Olvera (2007), cuyo objetivo primordial fue determinar la efectividad de una intervención psiconutricional grupal para mejorar nivel de información, calidad de vida, adherencia al tratamiento, autoeficacia y apoyo familiar, en un grupo de personas con DMT 2 y sus familiares. La Adherencia al Tratamiento se evaluó indirectamente a través de los índices de Hemoglobina Glucosilada, Índice de Masa Corporal y Glucosa Sérica; los hallazgos de este análisis, revelan que la intervención grupal psiconutricional resultó efectiva en todas las variables evaluadas. Este estudio destacó la importancia de la involucración de la familia en las sesiones psicoeducativas y la relevancia del trabajo multidisciplinario en el tratamiento de la DMT 2.

Como ya se ha mencionado, tanto la Diabetes, como la hipertensión, la artritis entre otras, son consideradas como enfermedades crónicas, y a su vez degenerativas debido a sus características destructivas que causan en el cuerpo, y que además llegan a afectar el ambiente psicosocial que rodea al individuo que las padece y viceversa. La Diabetes obliga de una u otra manera a cambiar hábitos, modificando así el estilo y la calidad de vida, influenciando todo ambiente de vida ya sea laboral, o familiar el cual debe ser abordado de la mejor manera para facilitar el control de esta enfermedad. En el siguiente capítulo se trata lo referente a la importancia del estilo de vida en pacientes que padecen DMT 2.

CAPÍTULO 3. ESTILO DE VIDA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La diabetes está relacionada de manera directa con factores psicológicos y sociales del ser humano vinculados con el estilo de vida que cada persona desarrolla, a continuación se aborda el estilo de vida relacionado con esta enfermedad.

Todo trastorno o enfermedad debe considerarse como un fenómeno simultáneamente biológico, psicológico y social. Partiendo de esta perspectiva el planteamiento de que toda enfermedad física puede ser abordada con tratamiento multidisciplinario presupone una intervención, que brinda de acuerdo a los resultados de investigaciones, mejores posibilidades de recuperación y adaptación a la enfermedad (e. g. Del Castillo, 2005; González Pedraza Avilés & Martínez Vázquez, 2007; Vázquez Olvera, 2007).

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

El estilo de vida es un producto complejo, que involucra factores personales, ambientales y sociales que convergen tanto en el presente, como en la historia interpersonal. Es un aspecto de la actividad vital diaria de las personas que indica la línea y orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad. En él están reflejados los hábitos, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas (Rodríguez Marín, 1995).

De forma genérica Oblitas (2004) ha dividido al estilo de vida en tres:

-*Estilo de vida saludable* con dos dimensiones: a) Sobriedad, definida por comportamientos que implican por ejemplo no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol; y, b) Actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un Índice de Masa Corporal, entre otros aspectos.

-*Estilo de vida libre* caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, de tabaco, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física, entre otros.

-*Estilo de vida socializado* referido no sólo a cuestiones de hábitos personales, sino que también incluye la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Esta dimensión social entiende al estilo de vida como interacciones entre la responsabilidad individual y la política que se asume, considerando además elementos como la salud a nivel epidemiológico (pobreza, desempleo, etc.), condiciones de vida, entre otros.

Ahora bien, Según Rodríguez Marín (1995) el estilo de vida en los individuos que padecen una enfermedad crónica en la perspectiva de un constructo multidimensional abarca los siguientes aspectos:

-*Estado funcional*: se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las categorías que incluye son: auto cuidado, movilidad y las actividades físicas.

-*Síntomas relacionados con la enfermedad y tratamiento*: cada síntoma puede ser evaluado de muchas maneras, usando desde simples variables dicotómicas que representan su exteriorización o ausencia, a medida de frecuencia de aparición de la gravedad y/o de la duración.

-*Funcionamiento psicológico*: se pueden observar los niveles de estrés psicológico entre los pacientes de enfermedades crónicas. Los datos no señalan que existan estados patológicos o trastornos mentales diagnosticables, sino más bien una forma de estrés específica.

-*Funcionamiento social*: el trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos crónicos y es el resultado de diferentes factores

como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente a ser una carga para los demás, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente.

Otra aproximación se refiere al enfoque pragmático, que contempla a la evidencia empírica que demuestra que, para la salud ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras; abordando aspectos relacionados con las pautas del comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud. En este sentido Millar y Millar (1993) proponen la distinción entre: a) Conductas de detección de enfermedades, que por sí mismas no permiten que la persona mejore su salud; y b) Conductas de promoción de la salud, que por sí mismas permiten que la persona mejore su salud.

Específicamente el comportamiento implicado en la salud, es cualquier acción que influye en la probabilidad de consecuencias fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que afectan el bienestar físico y la longevidad. Estos comportamientos pueden promover o impedir un funcionamiento humano óptimo y gratificante (Oblitas, 2004).

Así mismo, con el término Estilo de vida se nombra genéricamente a aquellos patrones de conducta individual, que tienen determinada consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse como factores de riesgo o seguridad dependiendo de su naturaleza (Reaven, 2005).

Una persona que toma correctamente su tratamiento antihipertensivo puede mantener la presión estable durante todo el tiempo que sea necesario, lo mismo alguien que tiene su perfil lipídico alterado, siguiendo una dieta adecuada, tomando algún fármaco y principalmente haciendo actividad física puede vivir sin problemas (Vázquez Chávez, 2004).

Al respecto, la investigación epidemiológica ha identificado comportamientos relacionados con la salud, entre estos destacan:

-Actividad física: un estudio publicado revela una relación benéfica entre el tipo y duración de ejercicio físico, con la disminución de riesgo cardiovascular en mujeres diabéticas (Daviglius & Liu, 1998).

La OMS (2006) en su “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud” complementa la labor de la Organización en relación con la diabetes, centrándose en el fomento de las dietas saludables y la actividad física regular en toda la población, para reducir así el problema creciente de la obesidad y el sobrepeso.

Hay evidencias de que la actividad física juega un papel muy importante en la diabetes, ya que la contracción muscular produce un efecto similar a la insulina desplazando la glucosa desde el plasma, al interior de la célula disminuyendo los niveles de glucosa de forma natural (American College of Sport Medicine, 1998).

El ejercicio contribuye a tener un mejor control de peso, prevenir la enfermedad coronaria, normalizar los lípidos y beneficiar el metabolismo de los carbohidratos, prolonga la fuerza de los huesos y brinda beneficios psicológicos (estabilidad emocional y mejoramiento del autoconcepto y la autoestima) (Davis & Liu, 1998).

-Prácticas nutricionales adecuadas que contribuyen a disminuir el consumo de grasa, aumentar el consumo de leche, verduras, frutas y alimentos con alto contenido en fibras, disminuir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Para las personas con DMT 2 un cambio en la dieta y el estilo de vida puede controlar los niveles de glucosa en la sangre de manera que en algunos pacientes no es necesaria la medicación (The Patient Education Institute, 2008).

El riesgo de la DMT 2 aumenta cuando el peso del cuerpo se incrementa. El peso extra afecta la sensibilidad del cuerpo a la insulina y lo sobre recarga, aumentando el riesgo de enfermedades del corazón, de derrame cerebral, de alta presión y de alto colesterol (Thomas, Zimmet & Shaw, 2006).

Alrededor de un 80 por ciento de los pacientes con DMT 2 son obesos. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta de forma progresiva tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso. El Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (2007) indica que los individuos obesos tienen por lo menos cinco veces más riesgo de desarrollar diabetes que las personas con peso normal.

El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo (debajo de la piel) e intra-abdominal (entre las vísceras), se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 90 cm y en mujeres no mayor de 80 cm (Secretaría de Salud, 2008).

-El Tabaquismo: aumenta la incidencia de infarto del miocardio y la muerte súbita además de potencializar los efectos de otros factores de riesgo cardiovascular como la Hipertensión Arterial y las Dislipidemias (Lavalle González, 2003). La prevalencia de tabaquismo en mayores de 20 años es de 25 por ciento. El tabaquismo eleva en 50 por ciento la probabilidad de sufrir Enfermedad Vascul ar Cerebral y a 100 por ciento cuando el consumo es intenso (García & Suárez, 1992). Se reconoce que el tabaquismo empeora el pronóstico de los pacientes con Diabetes Mellitus; desafortunadamente, la frecuencia del consumo del tabaco en diabéticos es similar al de la población general, con el consecuente incremento de complicaciones micro y macrovasculares (Solberg, Desai, O'Connor, Biship & Devlin, 2004).

Existen múltiples revisiones que concluyen que fumar aumenta la resistencia a la insulina, empeora el control de la Diabetes, e inclusive puede inducir la enfermedad (Muhlhauser, 1994). Estudios prospectivos señalan que la mortalidad total y cardiovascular en diabéticos que fuman es mucho mayor que en aquellos que no fuman (Scherthaner, 1996; Stamler, Vaccaro, Neaton & Wentworth, 1993).

-La reducción del consumo de sustancias tóxicas: implica la disminución en el consumo de alcohol y tabaco, causantes de diferentes tipos de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares y los desajustes sociales e interpersonales (Pereiro Gómez, 2006).

En relación con lo anteriormente mencionado, especialmente se estudia el consumo de alcohol como factor que puede condicionar la mortalidad en los diabéticos, merece la pena destacar la publicación del artículo Razvodovsky (2006), sobre el efecto de agregación entre el consumo de alcohol y la tasa de mortalidad por diabetes. En donde se argumenta de forma contundente, como se ha incrementado más de tres puntos la mortalidad, tanto en hombres como en mujeres, entre 1981 y 2001 para la población de Bielorrusia. El mencionado crecimiento se atribuye al incremento en el consumo de bebidas de alta graduación (vodka). Se realiza un análisis sobre los factores que pueden haber condicionado el incremento en la venta de bebidas alcohólicas para determinados períodos de tiempo señalando los cambios sociales, económicos y políticos radicales que se han vivido en las repúblicas de la ex Unión Soviética. El autor hipotetiza sobre la angustia social derivada de los cambios como un factor que podría haber intervenido en el incremento del consumo de bebidas alcohólicas y simultáneamente se indica la posible participación de la situación psicológica a través del estrés como un factor condicionante del agravamiento de la diabetes.

Por otro lado, se publican estudios que señalan que la ingestión de cantidades moderadas de alcohol puede funcionar como un factor protector para personas con DMT 2 (Franz, Bantle, Beebe, Brunzell, Chiasson, Garg, Holzmeister, et al., 2002).

-Desarrollo de un estilo de vida minimizador del estrés: existen procesos de riesgo cuya única forma de detectarlos es observando muy tempranamente su aparición, para así adoptar medidas eficaces en su afrontamiento. Se sugiere por tanto, chequeo periódico de la tensión arterial, auto examen de mamas, realización de la citología orgánica, observar anomalías en el desarrollo psicomotor, etc. El estrés puede interferir en el control glucémico por la elevación de niveles de cortisol (Atkinson, 2004).

La persona con diabetes debe aceptar su condición crónica para enfrentarla y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad con sus recursos personales (Lane, Mccaskill, Williams, Parekh, Fleinglos & Surwit, 2000; Lazcano Ortiz & Salazar Lazcano, 2007).

-Prescripciones de salud: lograr que la gente siga las indicaciones de salud es uno de los grandes retos que el sistema de salud tiene planteado desde hace tiempo (Steven, 1988). El apego al tratamiento es la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su Estilo de Vida. El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento (Amigo Vázquez, Fernández & Pérez Álvarez, 1998).

En cuanto a la esfera psicosocial, la adopción de comportamientos saludables debe formar parte del Estilo de Vida, y han sido materia de un gran volumen de investigación psicológica, la cual arroja modelos con diversos grados

de potencialidad para predecir las variables que requieren ser incluidas en las labores de educación para la salud verdaderamente efectivas (Lewin, 1999).

La calidad de vida es un juicio subjetivo del grado en el que se ha alcanzado la felicidad. La satisfacción del bienestar personal, estrechamente relacionado con determinados indicadores de tipo biológico, psicológico, comportamental y social (Prochaska & Di Clemente, 1993).

Es necesario señalar que toda enfermedad tiene un efecto global inespecífico sobre la calidad y Estilo de Vida de la persona enferma, ésta determina su impacto sobre las funciones generales del individuo. El Estilo de Vida y la calidad de vida en las personas que padecen alguna enfermedad crónica consideran el nivel de bienestar y satisfacción vital de la misma, en cuanto a la afección física y emocional por su enfermedad, su tratamiento y sus efectos. Entonces el Estilo de Vida depende en cierta medida del nivel de adaptación a la enfermedad (Diener, 1995).

Al respecto de la DMT 2, tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. En un estudio realizado por De los Ríos Castillo, Sánchez Sosa, Barrios Santiago y Guerrero Sustaita (2004) en donde se evaluó la calidad de vida en una muestra con pacientes con DMT 2, encontraron que 43 por ciento de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tuvieron más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DMT 2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluyó que el grado de deterioro de la calidad de vida en este

tipo de pacientes es progresivo y está asociado a la evolución degenerativa de la enfermedad.

La calidad de vida de una persona con DMT 2, dependerá de las habilidades de autocuidado, del apego al tratamiento y de la prevención o adaptación a las complicaciones que se presentan durante la evolución de la enfermedad. Incluye un nivel de conocimientos respecto a la enfermedad, las habilidades sociales y la sensación de bienestar de sí, respecto a los niveles de glucosa en sangre (Angermeyer, Kilian & Meils, 1999).

Los estudios han demostrado que la calidad de vida en los adultos con DMT 2 tiene un impacto positivo por el incremento de la actividad física y el adecuado soporte social y emocional. La mejoría de la calidad de vida también ha sido demostrada después de la intensificación de regímenes de insulina que es un efecto atribuido a los pacientes muy flexibles en actividades físicas y buen desempeño en el plan de alimentación (Robles García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez Agras & Nicolini Sánchez, 2003).

La calidad de vida se ve disminuida cuando las conductas de autocuidado están relacionadas con la percepción de amenaza, (Connel, Fitzgerald, Hickey Ingersoll-Dayton, Klem & Watkins, 2000), y cuando se usan como medida los resultados del tratamiento, los estudios indican que la calidad de vida medible en la enfermedad específica es sensible a modificarse en cualquier momento, a diferencia de la calidad de vida de la población general (Anderson, Davis, Hiss, Fitzgerald & Wison, 1997; De Groot Samson & Jacobson, 1994).

Ahora bien, dentro de los estudios más relevantes para investigar la diabetes se encuentra el estudio multicéntrico “Diabetes Control and Complications Trial” (DCCT), llevado a cabo por el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK) en Estados Unidos, en donde se encontró que el control glucémico estricto de la diabetes tipo 1 con tratamiento

intensivo con insulina retrasa o evita el desarrollo de las complicaciones crónicas de la enfermedad, tales como las microvasculares (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). Estos resultados evidenciaron de manera importante la trascendencia que la educación tiene en el manejo de la diabetes tipo 1.

No obstante, ningún estudio prospectivo y a largo plazo con un gran número de pacientes había demostrado hasta ese momento que un control glucémico riguroso disminuyera la ocurrencia de complicaciones microvasculares en los diabéticos tipo 2. La mayoría de expertos, sin embargo, había concluido que los resultados del DCCT eran también aplicables a los diabéticos tipo 2 (Nathan, 1995). En 1998 se publicó el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), un gran estudio prospectivo que intentaba determinar si el tratamiento intensivo en los diabéticos tipo 2 prevenía el desarrollo de las complicaciones a largo plazo de la DMT 2 (UK Prospective Diabetes Study Group, 1998 a). Se comparó un grupo de 2 729 con DMT 2 con tratamiento intensivo con una sulfonilurea o con insulina (objetivo terapéutico: glucemia basal <108 mg/dl) con un grupo de 1 138 diabéticos tipo 2 con tratamiento dietético convencional (objetivos terapéuticos: glucemia basal <270 mg/dl y ausencia de síntomas de hiperglucemia). En el grupo de tratamiento intensivo, a los pacientes que recibían una sulfonilurea se les añadió metformina o se pasó a insulinoterapia si no se consiguió el objetivo terapéutico. El tiempo medio de seguimiento fue 10 años. La hemoglobina glucosilada (HbA1c) fue sólo moderadamente menor en el grupo de tratamiento intensivo (7% vs. 7.9%, $p < 0.001$). Hubo una reducción del 25 por ciento del riesgo de complicaciones microvasculares en el grupo de tratamiento intensivo. El UKPDS también estudió otro grupo de 342 diabéticos tipo 2 obesos con tratamiento intensivo con metformina. En este grupo se comprobó una reducción del 29 por ciento del riesgo de complicaciones microvasculares. El UKPDS ha demostrado que el desarrollo de complicaciones microvasculares en los diabéticos tipo 2 se reduce con tratamiento intensivo con sulfonilureas, metformina y/o insulina, y que no hay un umbral para la reducción de la HbA1c, ya

que a menor HbA1c menor es el riesgo de complicaciones microvasculares (UK Prospective Diabetes Study Group, 1998 b).

A manera de conclusión al respecto de este último estudio, el UKPDS demostró definitivamente que el tratamiento intensivo de la DMT 2 disminuye el riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares. Los objetivos terapéuticos en la DMT 2 se han modificado con el fin de reducir estas complicaciones. No obstante, un tratamiento agresivo puede ser desastroso en pacientes que ya tienen complicaciones microvasculares y/o un riesgo aumentado de hipoglucemias inadvertidas, y tampoco sería aconsejable en pacientes mayores o con una corta esperanza de vida. Existen nuevos fármacos disponibles para el tratamiento de la DM tipo 2 que aumentan las opciones para conseguir un adecuado control metabólico, teniendo en cuenta siempre las características individuales de cada paciente (Calvo Romero y Lima Rodríguez, 2001).

Otro estudio fue el realizado por Rose, Fiegel, Hidebrandt, Schirop y Klapp (2002) cuyo objetivo fue conceptualizar las variables psicológicas que influyen en la calidad de vida y el control metabólico de las personas que padecen diabetes, comprobó que las metas del tratamiento para evitar complicaciones están íntimamente relacionadas y que interactúan de manera bidireccional, de tal forma que el control metabólico permite una buena calidad de vida, y asimismo la calidad de vida define el óptimo o deficiente control de los niveles de glucosa en sangre.

El estilo de vida en las personas diabéticas puede ser medido de forma cuantitativa, en forma confiable, ya que desde hace varios años se han desarrollado instrumentos que permiten la medición de variables psicológicas relacionadas con la DMT 2 y el estilo de vida, tales como la calidad de vida, el manejo del estrés y el afrontamiento (Rodríguez Marín 1995). Por ejemplo, el cuestionario de la OMS acerca de la calidad de vida el World Health Organization Quality Life Questionnaire que consiste en una medición multidimensional en una

versión corta de 26 preguntas, el cual ha sido validado en 17 países alrededor del mundo.

En México, López Carmona en 2004 diseñó un instrumento para medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) que es un cuestionario específico, estandarizado, global y auto administrado; creado para que el médico de primer contacto evalúe el Estilo de Vida en los pacientes con DMT 2 de una manera rápida y fácil.

En resumen, el estilo, la calidad de vida y el control metabólico están íntimamente relacionados e interactúan de manera bidireccional, en las personas con DMT 2, dependerá en gran medida de las habilidades de autocuidado, del apego al tratamiento y de la prevención o adaptación a las complicaciones que se presentan durante la enfermedad. En este sentido, es necesario diseñar y evaluar intervenciones psicológicas que tengan como objetivo mejorar la adherencia al tratamiento, estableciendo como metas aumentar el control metabólico, incrementar habilidades específicas y modificar la percepción que la persona con DMT 2, mejorando su satisfacción con la vida en general.

CAPÍTULO 4. ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Iniciar este capítulo señalando que las personas que se hacen plenamente responsables del control de su enfermedad tienen incluso mejor calidad de vida que muchos que no padecen Diabetes, es una afirmación factible. Ahora se sabe que un adecuado control de la Diabetes puede reducir hasta en un 50 por ciento los casos de neuropatía diabética, la cual altera diferentes procesos celulares que dañan temporalmente o permanentemente el tejido nervioso en los miembros superiores o inferiores.

Por otro lado, las actividades de educación para la salud están íntimamente influenciadas por factores culturales, sociales y psicológicos. Es necesario señalar que en la práctica clínica el equipo de salud utiliza todos los elementos de la educación que adquirieron desde la infancia y en el caso de la diabetes, aplica conocimientos, actividades y destrezas adquiridas en la escuela y el ejercicio de la profesión.

Esta perspectiva profesional es muy distinta a la perspectiva del paciente en cuanto a metas y expectativas, ya que estas influencias se vuelven conflictivas cuando los pacientes no cumplen las expectativas del equipo de salud. En estos casos se dice que el paciente “no se apega al tratamiento”, término peyorativo que denota el fracaso del paciente para comportarse en forma adecuada, este concepto se basa en la idea de que en el tratamiento de la DMT2, la única perspectiva válida es la del médico (Anderson & Robins, 1998). Existe la expectativa de que cuando el médico emite sus recomendaciones como experto autorizado, el paciente que las recibe tiene la obligación de cumplirlas. Sin embargo, el personal de salud debe considerar que existen factores psicológicos y sociales relacionados con la enfermedad para comprender los motivos por los que ocurren estas divergencias (la llamada falta de apego o adherencia) (Becker & Maimain, 1975).

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar solo las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la “Reunión sobre Adherencia Terapéutica” de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se planteó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. En particular, se reconoció durante la reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos (en Sabates, 2001).

El proyecto sobre adherencia terapéutica de la OMS, ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes (1979) y Rand (1993):

El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Se hace un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u *observancia*. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. Se considera que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva (OMS, 2004).

Ahora bien, específicamente en cuanto a la definición de adherencia terapéutica sobre la atención de la diabetes se otorga una función central al *autocuidado-autoatención* del paciente. El autocuidado implica que el paciente vigila y responde activamente a las condiciones ambientales y biológicas cambiantes mediante los ajustes adaptativos que requieran los diferentes aspectos del tratamiento de la diabetes, para mantener el control metabólico adecuado y reducir la probabilidad de complicaciones (Glasgow, McCaul & Schafer, 1987).

Los comportamientos de autocuidado incluidos para lograr el control metabólico y evitar las complicaciones a largo plazo son: el monitoreo domiciliario de glucosa (en sangre u orina); el ajuste del consumo de alimentos, especialmente de carbohidratos, para satisfacer las necesidades diarias y equiparar la insulina disponible; la administración del medicamento (insulina-hipoglucemiantes orales); la actividad física regular; el cuidado de los pies; las visitas de control médico regulares, y otros comportamientos (como la atención dental, la ropa apropiada, etc.) que pueden variar según el tipo de diabetes (ADA, 2002).

Hentinen (1987) describió la adherencia al *autocuidado* como un proceso activo, responsable y flexible de autocuidado, en el cual el paciente se esfuerza por lograr la buena salud al trabajar en estrecha colaboración con el personal sanitario, en vez de limitarse a seguir las reglas rígidamente prescritas. Se han propuesto otros términos, como "*tratamiento colaborativo de la diabetes*", "*facultación de los pacientes*" (Von Korff, 1997) y "*gestión de comportamientos de*

autocuidado” (Anderson & Funnell, 2000; Glasgow & Anderson, 1999; Glasgow, Wilson & McCaul, 1985). Otro concepto importante es la “*no adherencia inadvertida*” que ocurre cuando el paciente cree que se está adhiriendo al tratamiento recomendado pero, por errores en el conocimiento- habilidad, no lo hace (Johnson, 1987).

Por otro lado, de manera relativamente reciente se está haciendo uso del término *empowerment*, que da un giro importante al respecto del entendimiento de las enfermedades como resultado de procesos crónicos; específicamente al respecto de la vinculación del término con la atención de la diabetes, Funnell (2001) señala que:

“Empowerment es una filosofía que reconoce el derecho fundamental de las personas con diabetes a ser los primeros en la toma de decisiones para el control de su afección. Representa un modelo más compatible del cuidado y la educación necesarios para una enfermedad autocontrolada como es la diabetes” (p. 11).

La esencia del empowerment señala tres puntos importantes: enseñar, educar y apoyar, inspirando al paciente. Este planteamiento establece que una persona es totalmente responsable de su cuidado, es decir, el equipo de salud no es responsable de las decisiones que tome la persona, pero si está comprometido a darle todas las herramientas para que tomen las mejores decisiones y apoyarlo en ellas (Hollander, & Offerman, 1990).

La diabetes es una enfermedad de automanejo, que lleva implícita una responsabilidad personal que no es negociable, ni indivisible, ni eludible; sin embargo, el empowerment inspira a la persona con diabetes a descubrir y desarrollar sus habilidades innatas para lograr su autocuidado. *“Para ello es importante recordar que nosotros, somos expertos en diabetes pero necesitamos conocer la diabetes de cada persona afectada, es decir, cómo influye la diabetes*

en su vida personal, social, trabajo, vida cotidiana, sus sentimientos, sus expectativas; a través de preguntas, escuchando con empatía lo que quiere y reflexionando en sus necesidades para superar barreras que permitan encontrar mejores estrategias que faciliten el proceso de aprender a vivir con diabetes. De esta manera el Educador en diabetes se convierte en un elemento fundamental en el equipo de salud responsable del cuidado de la persona con diabetes, conjuntando esfuerzos e individualizando su tratamiento” (Alvarado Martínez, Ayala González, Espinosa Mendoza & Aguilar Tlapale, 2008, p. 1).

González Schlenker (2007) dentro de su participación en el “XII Congreso de Investigación en Salud Pública: Problemas globales... soluciones compartidas”, realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, señaló que se debe contemplar que la diabetes no inició con hiperglicemia, sino con un intento de adaptación a circunstancias de vida adversas, que permitieron al paciente ejercer un nivel de funcionalidad aceptable, en un cierto contexto; por lo que plantea que la atención al paciente diabético integre esta evidencia en su manejo de la enfermedad, reivindicando su trayectoria de vida. Esto representa un reto para el sector al definirse la salud en términos de funcionalidad, de *“empoderamiento o empowerment”*, focalizándose hacia la interacción de la persona con su medio ambiente y a la íntima relación existente entre su biología y su biografía; utilizando una práctica humanista, en la que condiciones adversas se identifiquen y se aborden conscientemente por los actores involucrados. También contempla una perspectiva ecológica de la salud y un enfoque funcionalista y multidisciplinario a nivel individual que vincule los factores psicosociales con los biológicos en términos accesibles a los agentes de cambio, empezando con el paciente. González Schlenker puntualiza que el modelo se ha puesto a prueba en la comunidad Latina de Racine Wisconsin, basado en el método de Psicocomunidad, implementado en los años 70’s por Biro y Cueli en la UNAM. El encuentro paciente-institución es mediado por la enfermera, quien crea un espacio intersubjetivo enfocado en nutrir y apoyar la capacidad de decisión y de agencia del paciente sobre su situación particular, incluyendo los factores psicosociales. A

nivel comunitario, se utiliza teatro participativo. Se codifican perfiles de funcionalidad y se construyen ciclos evaluativos de las intervenciones utilizando la CIF (Clasificación Internacional de la Funcionalidad).

4.2 FACTORES QUE REDUCEN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Así como, la deserción y el incumplimiento de las personas a las indicaciones médicas ha sido motivo de interés desde hace tiempo, y se han definido de manera constante los factores más importantes que limitan el apego al tratamiento relacionándolos con tres aspectos específicos y son: a) factores del paciente, b) del tratamiento; y, c) de la atención médica. A continuación se señalan cada uno de ellos (según Deyo e Inui, 1980):

a) Factores del paciente:

- Demográficos: tales como la edad, sexo, escolaridad, estatus socioeconómico, entre otros.
- Enfermedad o problema de salud que no produce síntomas por muchos años.
- Enfermedad crónica.
- Enfermedad o problema de salud controlable, no curable.
- Falta de consecuencias inmediatas (síntomas, complicaciones) al suspender el tratamiento.
- Socioculturales: Concepto salud / enfermedad, concepto de la atención médica.
- Problemas psicológicos (por ejemplo depresión) y cognoscitivos (por ejemplo la demencia), prioridades personales.

b) Factores del tratamiento:

- Tratamiento prolongado o por toda la vida.
- Esquemas complicados o confusos.
- Procedimientos o fármacos de costo elevado.

- Procedimientos dolorosos, fármacos con efectos secundarios molestos o peligrosos.
- Modificaciones excesivas, irreales en los hábitos, costumbres y actividades del paciente.

c) Factores de la atención médica:

- Tiempo de espera prolongado.
- Duración breve de la consulta (para las expectativas del paciente).
- Baja competencia en los médicos.
- Rotación continua de médicos (nunca es el mismo).
- Programación de citas en fechas y horarios fuera de la realidad (p. e. en domingo, en días festivos, etc.).
- Programación de citas en horarios que el médico no puede cumplir (p. e. en sus vacaciones).

Cabe resaltar que las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida de la persona, en diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población. Existe una estrecha relación entre estas, es decir vínculos de influencia e interdependencias mutuas. Por ejemplo, las consecuencias médicas inciden en lo económico o en el aspecto psicosocial.

Las principales dificultades para la adhesión al tratamiento diabetológico tienen que ver con múltiples condiciones ligadas al estilo o condiciones de vida de las personas que se escapan, habitualmente, al análisis y al control médico (Amigo Vázquez, Fernández & Pérez Álvarez, 1998).

Es necesario enfatizar a la persona la importancia de la aceptación de su padecimiento, así como, su capacidad para identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una

mejoría en la calidad de vida y en el apego terapéutico (Durán Varela, Rivera Chavira & Franco Gallegos, 2001).

En cuanto a la complejidad y cronicidad del tratamiento, se hace hincapié en que los distintos componentes del tratamiento (medicación, plan de alimentación, ejercicio) han de administrarse coordinados a lo largo del día y durante toda la vida, además, la aversión de las medidas terapéuticas (una o dos inyecciones de insulina diarias y controles de glucemia) no deben ser causa de abandono al tratamiento, sino que estas medidas evitarán prescripciones mas invasivas o agresivas en el futuro cercano (Martín Alfonso, 2006).

El adherirse a un tratamiento médico es propiamente tomar pastillas, inyecciones o cualquier otro medicamento en el tiempo prescrito por el médico, de no hacerlo así estaría alterando su tratamiento; a continuación se mencionan algunos problemas particulares de la adherencia a medicamentos (Puente, 1984; Shwatz, 1983):

- a) *Errores de omisión*: la persona no ingiere el medicamento prescrito, independientemente de cual sea la razón, estas pueden ser por “olvido” o por falta de disciplina, negación de su condición de enfermo y por miedo a los efectos colaterales.
- b) *Errores de dosis*: la persona no se toma la dosis indicada, ya sea por falta de información o por indicación propia.
- c) *Errores en el tiempo*: la persona no se toma sus medicamentos a las horas indicadas.
- d) *Errores de propósito*: la persona confunde los medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o por error del medico
- e) *Automedicación*: la persona se administra medicamentos no prescritos.

Ahora bien, según Rodríguez Saldaña (2002) se presentan barreras frecuentes para la adhesión al tratamiento, entre las que se encuentran:

a) La *modificación en el estilo de vida*. Esta se da por los cambios y restricciones en la dieta, la modificación de los hábitos de ejercicio físico, el control de situaciones estresantes, además del tiempo requerido para la administración de insulina y las medidas diarias de glucemia y otros cuidados personales. Por otra parte, la interdependencia de la conducta del sujeto con otras personas, ya sea familiares o amigos (respecto a las conductas que afectan al tratamiento).

b) La *ausencia de síntomas*. Durante los episodios hipérglucémicos la mayoría de los diabéticos no tienen síntomas. De otro modo, aunque existen una serie de síntomas neurogénicos y neuroglucopénicos indicativos de descompensación, es un hecho que cada paciente suele tener un patrón idiosincrásico y además cambiante a lo largo del tiempo lo que supone una clara dificultad para discriminar e interpretar síntomas.

c) Las *complicaciones asociadas* (ceguera, neuropatía, nefropatía, etc.). Ocurren a largo plazo, perdiendo, en buena medida, su potencial efecto aversivo, con lo cual no cabe esperar que esta condición actúe como un reforzador de la adhesión.

d) La *ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento*. En tanto que la normalización glucémica depende de múltiples factores, no siempre es contingente al cumplimiento. Alternativamente, y salvo grandes infracciones, el incumplimiento no siempre produce consecuencias aversivas, en definitiva, la contingencia adhesión – normalización glucémica no es segura en modo alguno.

e) En la práctica médica convencional, *la comunicación de las complejas prescripciones del tratamiento* no se realiza, generalmente, en condiciones formales que promuevan las destrezas requeridas para el cumplimiento y la

satisfacción del paciente. Por lo general no se emplean términos operativos, no se atiende al estilo de vida del paciente, no se proporciona feedback adecuado sobre los problemas surgidos pues ni el modelado de las conductas requeridas, ni la supervisión son suficientes y con frecuencia son realizados por médicos que desconocen al paciente.

f) *La ausencia de conocimientos y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento.* Los estudios sobre la falta de adhesión en la diabetes evidencian suficientemente este aspecto.

g) *Las consecuencias de un seguimiento correcto,* son en muchos casos, más punitivas que las del incumplimiento. Todos los componentes del tratamiento, plan de alimentación, y el ejercicio son los que mayor porcentaje de incumplimiento presentan.

Ahora bien, los problemas relacionados con el seguimiento del tratamiento y, por tanto, con el propio ajuste metabólico son un asunto fundamentalmente conductual, sujeto a la evaluación e intervención psicológica, además de la médica. No todos los hospitales y centros de salud cuentan con una unidad de educación diabetológica debidamente equipados, en la mayoría de los casos, los pacientes reciben de los profesionales de la salud numerosas recomendaciones e instrucciones para el tratamiento, pero los aspectos específicamente conductuales apenas si son adecuadamente abordados (Jiménez Jiménez, 1998).

Rodríguez Saldaña (2002), otros problemas identificados por pacientes con diabetes para seguir las indicaciones del tratamiento son: a) otras responsabilidades con la familia; b) falta de apoyo de familiares y amigos por desconocimiento de la Diabetes; c) obstáculos para hacer ejercicio; d) no incluir a la familia en los programas de educación y tratamiento; e) actitud prevalente de rechazo; f) creencias en los remedios tradicionales; g) imponer la innovación - rechazo de métodos tradicionales de tratamiento; h) falta de información básica

sobre diabetes; i) preferencia por alimentos tradicionales (alto contenido de calorías y grasas o azúcares); y, j) dificultades para cambiar hábitos dietéticos tradicionales.

4.3 EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Como ya se señaló, actualmente no existe aún acuerdo sobre una definición unívoca del concepto de adherencia terapéutica. Esto se observa reflejado en la dificultad, también, para su operacionalización y medición. Como un concepto conductual, la adherencia implica acciones complejas, emociones y fenómenos que pueden no ser directamente observables (Morse, Mitcham, Hupsey & Tason, 1996).

Los métodos directos como lo son los marcadores biológicos para evaluar adherencia, tales como los exámenes de sangre y de orina son cuestionados pues miden resultados más que el proceso de adherencia; también se ha medido a través del método de huellas, que consiste en el conteo o la medición del medicamento restante, de esta forma se supone que el medicamento faltante fue ingerido por el paciente. Se ha observado que el método es más confiable cuando el paciente ignora que está recibiendo un envase controlado (Vargas & Robles, 1996).

Así mismo, se han utilizado marcadores de medicación, que ofrecen una medida del medicamento ingerido. De este modo, métodos indirectos, como las entrevistas, son generalmente utilizados, debido a que poseen la ventaja de presentar la propia evaluación del paciente respecto de su adherencia. La observación de la conducta del paciente no es usualmente relevante, debido a que es un proceso muy complicado e incluso resulta imposible seguir al paciente durante todo el día. La evaluación realizada por enfermeras y médicos ha sido usualmente realizada sobre la base de los resultados obtenidos a través de exámenes de sangre u orina o de entrevistas. Sin embargo, resulta ser poco confiable en la evaluación de la adherencia, debido a que no considera la conducta del paciente (Kyngás, 2000). Todo indicaría que al parecer sería

interesante desarrollar mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos para evaluar la adherencia terapéutica, y por el momento complementar ambos métodos.

También se ha utilizado el autorreporte del paciente que ha demostrado que correlaciona mejor con las medidas fisiológicas o el conteo de pastillas, por que representa una forma no amenazante de investigar directamente sobre la medicación (Rodríguez Ortega, 1999). Sin embargo, esta medida pudiera representar una sobreestimación del paciente queriendo agradecer al médico, y por otro lado, si se confía en la memoria del paciente se podría incluso caer en una subestimación.

También se han utilizado métodos indirectos como lo es la observación por parte de terceros, esto es de personas cercanas al entorno natural del paciente y que puedan aportar información sobre el grado de adherencia prescrito a través de distintas formas: entrevista, escalas de apreciación o los registros observacionales (Macia-Antón & Méndez, 1999). Así mismo, existen instrumentos como la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III) (Hollander, Brenes, Quiroz & León, 2006), la cual está conformada por 55 ítems distribuidos en 7 factores: apoyo familiar (FAF), organización y apoyo comunal (F-OAC), ejercicio físico (F-EF), control médico (F-CM), higiene y autocuidado (F-HA), dieta (F-D) y valoración de la condición física (F-VCF).

A pesar de ello existen dificultades para comparar las tasas de adherencia debido a problemas como las diferencias metodológicas en cuanto a las definiciones operacionales, los métodos utilizados para su evaluación y la confiabilidad de los registros (Rodríguez Marín, 1995).

4.4 ESTRATEGIAS GENERALES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Según Wright, (1993), las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica consisten en: a) educar a los médicos sobre la importancia del apego, ya que es mejor evitar los problemas de la adherencia que enfrentar las consecuencias posteriormente, al presentarse complicaciones, de tal modo que al escribir la receta se continúe con la aclaración de dudas, se inicie una alianza, escuchando a la persona y se aprecie su punto de vista y finalmente se de por terminada la consulta; b) orientar a las personas – ayudarlos a entender el tratamiento y la enfermedad; c) simplificar el tratamiento; d) vigilar que las repuestas sean adecuadas, así como que las indicaciones sean claras para el paciente.

En este contexto, el individuo que padece la enfermedad es un agente activo, además de ser objeto de la acción, este doble papel no representa un problema teórico, ya que se puede explicar con el manejo de contingencias; sin embargo, constituye un problema práctico que involucra aspectos motivacionales que determinan el comportamiento. Por una parte, se puede considerar la expectativa que tiene un sujeto al considerar el éxito de su comportamiento ante una situación dada; el efecto de esta variable ha sido referido desde la década de los años cincuenta como “autoestructura” por Rogers (1951); “autosistema” por Sullivan (1954) y “expectativas” por Rotter (1966). En enfoques posteriores el mismo tema se encuentra la aportación de Bandura (1975) y su concepto de “autoeficacia”, así como el estilo de afrontamiento por parte de Lazarus y Folkman (1986).

Como se ha señalado, el tratamiento de la DMT 2 implica una serie de acciones enfocadas al autocuidado, de tal manera que la información dada por el médico, así como la comunicación clara y directa también influyen en la adherencia y en el afrontamiento emocional de la enfermedad (Clark, 1998; Grey, et.al. 1998; Delameter & Cox, 1994). Aunque se ha probado la influencia de

programas de educación para la salud y diabetes que promueven cambios conductuales (hábitos y conductas de salud) que a su vez modifican las estrategias de afrontamiento (Kawakami, Araki, Takatsuka, Shimizu & Ishibashi, 1999; Grey, et.al. 1998).

Por otra parte, se observa que el controlar el propio comportamiento, no es sólo una función de la evaluación de la propia ejecución, como ya se mencionó, sino también de la relación de esa ejecución con un marco de referencia social. En este sentido las personas tienden a utilizar la evaluación de opiniones y habilidades de otras personas como fuente de información que puede producir cambios en la conducta.

Desde la perspectiva de la intervención, de manera general se puede señalar, según Orueta Sánchez (2006) que son múltiples las investigaciones publicadas en las últimas décadas sobre la eficacia de distintas intervenciones para abordar el incumplimiento terapéutico, que pueden ser categorizadas en seis grupos:

1) *Intervenciones simplificadoras del tratamiento*: en este rubro se señala que hay una relación directa entre la complejidad del tratamiento prescrito (en términos de dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) y el incumplimiento, pudiéndose englobar en esta complejidad las interferencias con las actividades de la vida diaria del paciente. Se afirma que la simplificación del tratamiento es una estrategia eficaz, por ejemplo, reducir el número de fármacos.

2) *Intervenciones informativas / educativas*: la trasmisión de información tendría su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados apoyándose en que los

pacientes desean recibir información y principalmente desean recibirla de los profesionales que les atienden habitualmente .

3) *Intervenciones de apoyo familiar/social:* las personas que cuentan con el apoyo familiar tienen mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento. En base a estos datos, las intervenciones incluidas en este grupo tendrían como objetivo la mejora en la adherencia a través de la implicación en el proceso de la familia o el entorno social.

4) *Intervenciones con dinámica de grupos:* las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones; en este sentido las intervenciones incluidas en este grupo buscarían la mejora de la adherencia a través de un aumento de los conocimientos y de la confianza del paciente.

5) *Intervenciones de refuerzo conductual:* cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incidirá positivamente en la evolución de su proceso y cuando se considera responsable del mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia que en los casos contrarios; por este motivo, se plantea que las intervenciones que van encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual pueden conducir a la mejora de la adherencia terapéutica.

6) *Combinación de intervenciones:* como ya se ha señalado con anterioridad, el origen del incumplimiento es un proceso complejo de origen multifactorial, de ahí que se plantea que la combinación de varias intervenciones puede obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas.

Por otro lado, se han desarrollado diversas intervenciones para mejorar el control metabólico en la diabetes, así como para reducir la probabilidad de complicaciones agudas-crónicas, influyendo en el autocuidado de los pacientes. Los esfuerzos iniciales se dirigieron hacia la educación de los pacientes (e. g. Fain, 1999), así mismo, se ha recalado la importancia de las intervenciones psicosociales como resultado del reconocimiento creciente de que el conocimiento por sí solo es insuficiente para producir cambios significativos en el comportamiento (Peyrot, 1999).

Brown (1999) realizó un metanálisis de los estudios que habían probado las intervenciones para mejorar el autocuidado de la diabetes y descubrieron una tendencia reciente a combinar la educación de los pacientes con estrategias de intervención comportamental. Se detectó que combinar las técnicas del comportamiento con la provisión de información es más eficaz que las intervenciones que solo proporcionaron información. En general, la bibliografía apoya la conclusión de que la educación sobre diabetes arroja por lo menos mejoras a corto plazo en la adherencia terapéutica y el control metabólico, pero se necesita más investigación para desentrañar qué intervenciones operan mejor con diferentes tipos de pacientes y para comportamientos específicos (Elasy, 2001; Peyrot, 1999).

Las intervenciones no solo se concentran en los pacientes individuales, ya que se observan otros dos enfoques para mejorar el autocuidado de la diabetes: las intervenciones proyectadas a los prestadores de servicios de salud y las intervenciones en el ámbito de la comunidad. Varios estudios han informado que los médicos y otros profesionales de la salud prestan una atención menos que óptima a los pacientes con diabetes. Ha habido varios estudios correspondientes de los intentos de modificar los comportamientos y las actitudes profesionales de formas que podrían conducir a mejores resultados de los pacientes. Kinmonth (1998) capacitó al personal de enfermería para prestar atención de la diabetes centrada en el paciente y mostraron que se mejoró la satisfacción de los pacientes

aunque no los parámetros metabólicos. Sin embargo, otros estudios sobre capacitación de los prestadores de asistencia sanitaria no han documentado cambio alguno en el comportamiento de los pacientes en el control metabólico (Pill, 1998).

También se han realizado intervenciones considerando los sistemas de prestación de asistencia sanitaria como una meta para la intervención a través del cambio de programas, de las políticas, de los procedimientos para mejorar la calidad de atención y los resultados para los pacientes. Por ejemplo, Hardy, O'Brien, Furlong (2001) emplearon los recordatorios telefónicos con los pacientes para mejorar el comportamiento de cumplimiento de citas.

Wagner (2001) intervino mediante un enfoque de atención de calidad continuo combinado con el modelo de atención crónica en 23 organizaciones de atención de salud y documentaron mejoras en la atención de la diabetes y los resultados de pacientes en muchos de ellos.

En nuestro país, particularmente en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, de manera reciente se desarrolló una intervención “psiconutricional” en la que se estableció un plan de alimentación, que tuvo como objetivo fomentar la adherencia al tratamiento evaluando los índices de glucosa, y promoviendo la participación y el apoyo familiar en el tratamiento de la diabetes; en una muestra de once personas con diagnóstico de DMT2. Así mismo, se evaluaron variables de tipo biopsicosocial como: Índice de Masa Corporal (IMC), glucosa sérica, hemoglobina glucosilada y apoyo familiar (a través de la prueba “Apgar Familiar”). Observándose diferencias significativas entre dos momentos de valoración en cada una de las variables. Se estableció la importancia del apoyo familiar como parte importante de motivación y adherencia al tratamiento, ligado al manejo de un plan de alimentación saludable (Vázquez Olvera, 2007).

CAPÍTULO 5. APOYO SOCIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Como ya se ha señalado, los enfermos crónicos que padecen DM enfrentan un proceso continuo en que las demandas de adaptación varían a lo largo de distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital. Por su parte, las estrategias de afrontamiento a la enfermedad y de apoyo social son las variables predictoras de la adaptación psicosocial, además de su vinculación con el apearse o no al tratamiento. La relación entre el apoyo social y diferentes enfermedades crónicas conceden especial importancia al hecho de que en esas circunstancias los sujetos valoran de forma marcada determinados tipos de apoyo social; además es posible que ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas o valoradas determinadas fuentes de apoyo social. Si bien, el apoyo social se refiere a aspectos muy diferentes de las relaciones sociales, algunas veces se define en términos de la existencia o cantidad de relaciones sociales en general, o en términos de un tipo particular de relación social como el matrimonio, la amistad, o la pertenencia a una organización. En otras, el apoyo social se define en términos de la estructura de las relaciones sociales de la persona. En otras ocasiones, todavía se define en términos del contexto funcional de las relaciones, integrando el grado en el que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información, entre otros. (Silva Maldonado, 2004).

Por otro lado, existen las “*Redes Sociales*” cuyo término se usa a menudo para referirse al conjunto de persona y/o grupos que interaccionan entre sí, y a la estructura de tales interrelaciones. La “red social” de una persona consiste en el conjunto de todas aquellas otras con las que mantiene contacto y que constituyen una forma de cuerpo social, Los ejemplos más frecuentes son la familia, los vecinos, el grupo de amigos, el grupo de colegas en el trabajo y grupos como el equipo de salud, etc. (Morales, 1999).

Según Rodríguez Marín (1995) las redes sociales tienen fundamentalmente tres funciones:

- a) Ayuda: las acciones de los miembros de la red ayudan a la persona focal para que pueda cumplir sus metas personales o para que puedan hacer frente a la exigencias de una situación concreta. La ayuda puede ser tangible (como el dinero) o intangible (como cariño o soporte emocional).
- b) Consejo: los miembros de la red pueden proporcionar información o consejo sobre como conseguir las metas de la persona focal o como completar determinadas tareas.
- c) Retroinformación: los miembros de la red proporcionan evaluaciones respecto a como se han cumplido las expectativas o los requerimientos de las metas de la persona. Proporcionan información evaluadora de lo que ha hecho.

Seevers (1991) define los grupos de apoyo social en DM como un conjunto de personas diabéticas, y/o su familia o cuidadores, que se reúnen de forma regular con el objetivo de cubrir necesidades de educación y/o apoyo social. Esta definición, que tiene bastantes elementos en común con la mayoría de los grupos de apoyo social, adquiere especial significado en el caso de la Diabetes, hace hincapié en dos elementos: a) la implicación de la familia y de las personas relacionadas con el cuidado de la Diabetes, lo que resalta el hecho de que esta enfermedad, como cualquiera otra afección crónica, no afecta únicamente al paciente; b) por otro lado, la educación es un elemento importante, que debe ser considerada como una labor continua, no limitada a un programa de conocimientos básicos, ya que constantemente se realizan avances y además, la situación del diabético cambia tanto en distintas fases de la enfermedad como en el transcurso del ciclo vital.

5.1 EL AFECTO COMO APOYO SOCIAL

El afecto entendido desde este punto de vista es sinónimo del apoyo social, es el esfuerzo o cantidad de trabajo no remunerado que se realiza en

beneficio del otro. Los tipos de actos que implican dicho esfuerzo por el otro pueden ejemplificarse en: tiempo, disponibilidad, actos o conductas concretas, orientación, resolución de problemas, etc. quedarían identificadas en estas formas de afecto las diferentes formas a la vez de dar y recibir apoyo social.

Según González (1998) cuando una persona carece de apoyo social o ayuda para sobrevivir de forma adecuada experimenta un déficit afectivo, éste puede traducirse en diferentes formas de carencias a niveles bio, psico y sociales y de la persona. Es decir, puede traducirse en posibilidad de padecer enfermedades físicas, fracasos personales y/o profesionales, frustraciones personales y/o profesionales, roturas de parejas, fracaso escolar, etc.

5.2 EFECTOS DEL APOYO SOCIAL SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR.

La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas (Schwarzer y Leppin, 1992). También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales, como la depresión, la neurosis, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas (Henderson, 1992; Linn, 1986).

El apoyo social alude a la ayuda, información, valoración que recibimos mediante nuestra interacción formal o informal con individuos o grupos, o también tiene que ver con los aspectos emocionales, entendiéndose como el conjunto de interacciones sociales que ofrecen a la persona ayuda real o el sentimiento de conexión a una persona o grupo percibido como querido (Morales, 1999).

El apoyo social habitualmente tiene connotaciones positivas, pero supone una implicación de otras personas que, en ocasiones, tienen efectos negativos. Por ejemplo, en las personas que padecen diabetes, el apoyo social durante el proceso de educación puede crear dependencia y dificultar la recuperación.

En resumen, el apoyo social puede ser definido, primero, objetivamente en un sentido amplio como “ayuda en el afrontamiento de los problemas” es decir, como provisión de dirección cognitiva o apoyo instrumental por miembros de la familia, parientes, equipo de salud; así como ayuda para satisfacción de las necesidades de socialización y actividades con otras personas (Rodríguez Marín, 1995).

El apoyo social puede contribuir a la salud, creando un ambiente promotor de salud que mejore el bienestar y la autoestima de la persona; disminuye también la probabilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes en la vida de la persona; y proporciona a esta información retrospectiva, confirmativa o no, de que sus actos están conduciendo a las consecuencias anticipadas socialmente y saludablemente deseables, también contribuye a la salud amortiguando los efectos negativos de los acontecimientos estresantes que se producen en la vida de la persona que padece la enfermedad, influyendo sobre las interpretaciones de tales acontecimientos y las respuestas emocionales que da ante ellos, disminuyendo así su potencial patogénico (Morales, 1999).

La pertenencia a un sistema social general, o a un determinado grupo social, tiene efectos sobre los comportamientos protectores y preventivos; de ahí que el apoyo social puede jugar un papel de moderador de los efectos del estrés que provoca la adaptación a la enfermedad (Rodríguez Marín, 1995).

Es necesario señalar que los grupos sociales de referencia y de pertenencia juegan un papel importante como el contexto específico cuando tomamos decisiones respecto a la búsqueda de ayuda profesional para el cuidado de la salud. El grupo social de referencia, es aquel en el que cada individuo está inmerso de acuerdo a su situación geográfica, condición social y familia; y el grupo de pertenencia, corresponde al grupo en que las personas se desenvuelven con un objetivo común, como lo son el grupo de amigos, escolares y/o trabajadores (Silva Maldonado, 2004).

5.3 DIABETES Y APOYO SOCIAL

Dentro del papel del médico familiar se encuentra como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del consultante y tenerlos en cuenta para el cuidado del mismo, reconociendo igualmente la influencia de los problemas del paciente en su familia. Las personas diabéticas tienen síntomas y tienen también familias. El camino entre los pacientes diabéticos y sus familias se recorre en ambas direcciones (Rodríguez Moran & Guerrero Romero, 1997).

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar “apoyo” a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad; a lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que aún afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar (Silva Maldonado & Guzmán Saldaña, 2006).

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica como la Diabetes en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a

su vez al familiar enfermo. Esto es especialmente frecuente en el caso de niños y adolescentes afectados por la DM (Rodríguez Moran & Guerrero Romero, 1997).

La DM una enfermedad crónico degenerativa como ya se ha mencionado, observando las estadísticas nos damos cuenta de la velocidad como ha avanzado el número de casos de diabéticos así como las complicaciones que se presentan. Es importante considerar el por que de dichas complicaciones, en las cuales está presente el estilo de vida que llevan las personas y que puede ser factor predisponente de desarrollar diabetes; el adherirse a un tratamiento de manera inadecuada no favorece en nada al control de la enfermedad además del apoyo que puedan ofrecer los familiares y amigos, así como personas que vivan y convivan con la persona enferma, estos puntos son los que están relacionados directamente con un control o descontrol de la diabetes y que posteriormente se presentan consecuencias y complicaciones a corto, mediano o largo plazos; por tal motivo esas tres categorías son las que se abordan en esta investigación.

Los profesionales de la salud, en su quehacer cotidiano, no sólo establecen relación con la persona que demanda su servicio, sino que a la vez entran en relación con la familia del paciente. A ella se le proporciona información acerca del estado de su paciente y de los cuidados que necesita. Se busca que la familia apoye al miembro enfermo y colabore activa y adecuadamente en su recuperación y posterior adaptación de éste a su vida social (Vázquez Olvera, 2007).

Por otra parte, es un hecho constatado por los profesionales de la salud, que aquellos pacientes con dificultades en sus relaciones familiares o los que tienen familias que no colaboran con el equipo de salud (bien porque se enfrentan a él o lo ignoran), presentan una recuperación o adaptación mucho más lenta y penosa, con numerosas complicaciones (Navarro, 2004; Robledo, 1999).

Al respecto de las relaciones familiares, Rodríguez Moran y Guerrero Romero (1997), señalan que las “familias disfuncionales” se caracterizan por una

rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.

En cambio, una dinámica normal y funcional consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad (Santacruz, 1983).

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás (Sauceda & Foncerrada, 1981).

Navarro (2004), afirma que la familia bajo el impacto de la enfermedad enfrenta tres tipos diferentes de problemáticas: a) estructural, b) proceso y c) emocional.

Problemáticas estructurales:

1. *Alteraciones en los roles y funciones familiares:* cuando surge una enfermedad, la distribución de roles y funciones familiares necesita redefinirse. Ésta será tanto más profunda, y potencialmente más complicada, cuanto más importantes eran los roles o las funciones familiares de la persona enferma (por ejemplo, cuando uno de los padres se enferma, se necesita que alguien le cuide y además lo sustituya en sus funciones afectivas, económicas y de autoridad; si el enfermo es un hijo, el impacto estructural es menor y el emocional, mayor). Se establece entonces, a partir del diagnóstico de la enfermedad, a un miembro de la familia le será asignado el rol de “cuidador” quien se hará cargo de las necesidades del enfermo. Dependiendo de las características de la enfermedad y del apoyo social que recibe el cuidador, la carga será llevadera o bien implicará una renuncia y esfuerzo “heroico” por parte de éste. Los roles del cuidador familiar y los que deja la persona enferma generalmente se adscriben a la misma persona. La adscripción suele ser cultural y sigue una pauta ligada al género: los hombres

heredan funciones ejecutivas (por ejemplo, la dirección de un negocio familiar) y las mujeres, funciones de servicio (el cuidado del enfermo, por ejemplo). El reparto de funciones que se hace en contra de las pautas culturales exige, por lo común mucha negociación explícita.

2. *Rigidez en los patrones de interacción familiar:* Todas las familias desarrollan pautas de interacción, el problema surge cuando tales pautas se hacen inoperantes y se tornan rígidas. Existen diferentes tipos de relaciones que manifiestan rigidez:

- La sobreprotección va desde limitar las habilidades y el autoestima del enfermo, hasta la sobrecarga y renuncias personales del que sobreprotege.
La coalición: Se crean relaciones privilegiadas que tienen el beneficio del vínculo emocional, pero también la excusión de otros miembros de la familia y la renuncia de proyectos personales y la sobrecarga de dedicación.
- La comunicación entre pacientes y médicos resulta importante, ya que los pacientes no informan de la mayoría de sus síntomas a los médicos, los profesionales de la salud, utilizan mensajes profundamente culpabilizantes que minan la autoestima personal, familiar y las relaciones entre el paciente, la familia y la institución.
- Aislamiento social: La enfermedad de un miembro de la familia es sentida como un estigma, y afecta la movilidad de la persona enferma, situaciones que no permiten o dificultan su vida social.

Problemáticas de proceso:

1. Surge la necesidad de compatibilizar las demandas de cuidado de la enfermedad con las prioridades personales y colectivas de la familia, evitando solapar a alguno de los miembros o a la enfermedad misma o por el contrario ignorar su presencia y atender necesidades contrarias.

2. La evolución de la enfermedad atraviesa tres fases, cada una con sus tareas específicas que plantean la necesidad de que enfermo y familia desarrollen ciertas habilidades para complementarlas. En la tabla 4 se han resumido junto con las tareas, recomendadas por Navarro (2004), para su afrontamiento familiar de la enfermedad.

3. El impacto de la enfermedad se presenta de distintas maneras en el paciente y la familia de acuerdo a la etapa del ciclo vital en el que desarrolla: niñez, adolescencia, adultez, años medios y en la ancianidad.

Problemáticas emocionales y cognitivas:

1. En la respuesta emocional y cognitiva frente al diagnóstico se encuentra la reacción del paciente y la familia.

a) Paciente: el diagnóstico puede generar distintas formas de reacción que contribuyen en el proceso adaptativo (incredulidad, negación, desplazamiento, miedo, ansiedad y dependencia).

b) Familia: la gama de reacciones de la familia tiene la misma amplitud que la de los pacientes, aunque puede expresarlas en momentos diferentes, entre ellas la protección, rabia, duelo, culpa y miedo.

2. El complejo emocional se refiere a que la familia da a la enfermedad una respuesta emocional compleja en la que se incluyen afectos positivos y negativos. Lógicamente son los negativos los que mayor problema presentan, pues parecen cuestionar los positivos, entre los sentimientos básicos están los de contrariedad, impotencia, depresión, agresividad y culpabilidad por fallar en la protección debida.

3. La alta expresión de emociones se entiende como un patrón de interacción caracterizado por la sobreprotección, la hostilidad y el hipercriticismo en el clima familiar.

4. Las malas experiencias con los sistemas de salud se relacionan con las dificultades que tiene el paciente para confiar en que el médico o personal sanitario le preste algún servicio.

5. El papel de sistemas de creencias familiares igual que el tipo y la naturaleza de la enfermedad, componen el marco desde el cual se vive y se afronta la condición, facilitándola o complicándola, por ejemplo:

- Acontecimientos enmarcadores
- Creencias sobre lo que constituye la respuesta normal
- Creencias sobre las relaciones entre el cuerpo y el alma
- Control de la enfermedad
- Flexibilidad en el sistema de creencias
- Herencia multigeneracional
- Creencias étnicas, religiosas y culturales

Tabla 4 Fases de la enfermedad y tareas de la familia

FASES DE LA ENFERMEDAD	TAREAS
Aguda	Convivir con la enfermedad. Informarse sobre el diagnóstico, el pronóstico y sobre el papel de la familia. Relación con el sistema médico. Respuesta de emergencia.
Crónica	Rediseño de los roles familiares y del papel del enfermo. Adscripción del rol de cuidador. Mantener la enfermedad en su lugar. Compatibilizar el cuidado del enfermo con los planes de la familia. Apoyo social (emocional de información y material).
Terminal	Revisión de la vida. Finalización de asuntos pendientes, medidas que posibiliten la continuidad de la familia. Apoyo emocional continuo a la persona que está muriendo. Duelo anticipado por la muerte del enfermo.

FUENTE: Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y Familia. Manual de Intervención Psicosocial*. España: Paidós.

- a) En síntesis, la enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, más o menos profunda, en función del tipo de la enfermedad que se padece. Dependiendo de las concepciones de la familia sobre la salud, la enfermedad y los recursos con que cuenta para enfrentarse a ésta, se produce una desorganización familiar, secundaria al impacto del diagnóstico. El grado de desorganización depende de dos variables: El tipo de enfermedad, que incluye características como el dolor, incapacidad, tratamiento, evolución ideológica (social y familiar). Además que la dinámica familiar está en función,
- b) Del grado de cohesión o no, y la capacidad de permeabilidad de la familia.

Cabe mencionar que la evolución de la enfermedad dependerá en mayor o menor medida del tipo de padecimiento y de la elaboración que la familia haga de esta situación. De la misma forma, la respuesta a este estado de desorganización dará lugar a conductas adaptativas o disfuncionales (Latorre y Beneit, 1994).

Para finalizar se realiza una revisión sobre el estudio del apoyo social y la DM, encontrando que el interés de los investigadores se torna más bien hacia las personas que padecen enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer o el sida. En lo que respecta a estudios específicos (de corte cualitativo, por ser el enfoque que siguió esta investigación) sobre la temática del apoyo social en México; Robles Robles-Silva, Mercado Martínez, Ramos Herrera, Alcántara Hernández y Moreno-Leal (1995) al realizar un meta-análisis sobre reportes de investigación cuyo eje principal de estudio ha sido el apoyo social en la diabetes, encontraron los siguientes reportes de investigación: dos con enfoque cuantitativo referidos a las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, y cuyos resultados mostraron que las características del enfermo son diferentes en relación con la edad, el sexo y el parentesco de las fuentes de apoyo; y 2) el de Borges y Gómez (1998) quienes se propusieron

describir las características socio demográficas y las determinantes de la utilización de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México.

También, bajo la perspectiva cualitativa destacan dos estudios: Mercado-Martínez, Robles Silva, Ramos Herrera, Moreno Leal y Alcántara Hernández (1999) y el estudio de Mercado-Martínez, Alcántara-Hernández, Lizardi-Gómez y Benítez-Morales (2003), en donde se aborda la perspectiva de los sujetos enfermos, el enfoque de la experiencia del padecimiento, privilegiando incorporar el punto de vista de los sujetos sociales y de la subjetividad en el campo de la salud.

Otra investigación, fue la realizada por Castro Sánchez (2006) bajo la estrategia metodológica del estudio de caso con el propósito de identificar el significado, las fuentes, la estructura y las formas del apoyo social en torno al paciente diabético. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 34 pacientes con DMT 2 del área metropolitana de Monterrey y del sur del Estado de Nuevo León. Los datos se analizaron con el apoyo del programa Atlas-ti. Se identificaron cuatro formas de apoyo social (familiar, social, religioso e institucional), así como los conceptos de *acomodación del apoyo social* y *cercanía con el padecimiento*. El análisis de los resultados plantea un aporte susceptible de aplicarse a través de programas de mejoramiento de la calidad de vida y de prevención de complicaciones.

CAPITULO 6. MÉTODO

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

Este estudio tiene como objetivo general describir el estilo de vida, la adherencia terapéutica, así como el apoyo social en personas que padecen Diabetes Mellitus de Tipo 2, para identificar elementos preventivos que faciliten el control de la enfermedad. Para tal fin se aplicó la técnica de entrevista que permitió la obtención de información en once personas derechohabientes del IMSS de Pachuca, Hidalgo, describiendo su estilo de vida, la adherencia terapéutica y el apoyo social a partir del análisis de contenido.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es el estilo de vida, el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en personas que padecen DMT 2 que reciben atención en el IMSS de la ciudad de Pachuca, Hidalgo?

6.2 OBJETIVO GENERAL:

Explorar el estilo de vida, el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en personas que padecen DMT 2 que reciben atención en el IMSS de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

6.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Indagar acerca del estilo de vida, hábitos y costumbres, y como han influido para que la persona padezca DMT 2.

Conocer las formas en que las personas con DMT 2 se adhieren a su tratamiento y como se relacionan con el cuidado de su enfermedad.

Identificar los tipos de apoyo que reciben las personas con DMT 2 por parte tanto de las instituciones a las que son derechohabientes, como de su familia.

6.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

En la investigación se consideraron las siguientes variables de análisis, de acuerdo a su definición conceptual:

a) CONCEPTUAL

ESTILO DE VIDA.- “Producto complejo, que involucra factores personales, ambientales y sociales que convergen tanto en el presente, como en la historia interpersonal. Es un aspecto de la actividad vital diaria de las personas que indica la línea y orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad. En él están reflejados los hábitos, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas” (Rodríguez Marín, 1995, p. 33).

ADHERENCIA TERAPÉUTICA.- “Proceso a través del cual se asegura el cumplimiento de las prescripciones médicas y más aún, lograr que los pacientes autorregulen las condiciones del tratamiento para mantener dentro de la normalidad los niveles de glicemia y es la mayor preocupación de cualquier programa diabetológico” (Silva Maldonado, 2004, p.146).

APOYO SOCIAL.- El apoyo social se define en términos del contexto funcional de las relaciones, integrando el grado en el que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información, etc. La “red social” de una persona consiste en el conjunto de todas aquellas otras con las que mantiene contacto y que constituyen una forma de cuerpo social. Los ejemplos más frecuentes son la familia, los vecinos, el grupo de amigos, el grupo de colegas en el trabajo y grupos como el equipo de salud, etc. (Rodríguez Marín, 1995).

b) OPERACIONAL

ESTILO DE VIDA.- Es la forma en como las personas llevan su vida personal, abordando aspectos relacionados a los antecedentes de su vida familiar, escolar, laboral y sexual; así como sus hábitos alimenticios y de actividad física

ADHERENCIA TERAPÉUTICA.-Puede definirse como la forma en que las personas siguen su tratamiento, así como las molestias físicas y control (médico, escrito, laboratorio) que la persona lleva de su enfermedad

APOYO SOCIAL.-Se aborda de acuerdo al apoyo (material) que la persona recibe de la institución a la que es derechohabiente, así como del apoyo (emocional) que recibe de sus familiares

6.5 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizó fue exploratorio, y permitió la obtención de la información de una manera narrativa, abarcando libremente la temática de la investigación.

6.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó un diseño no experimental, transversal, de campo, retrospectivo, que permitió la obtención de la información, en el lugar donde cotidianamente reciben atención médica las personas que padecen diabetes.

6.7 MUESTRA

Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, de once participantes voluntarios de un grupo de 16 personas (solo 11 participantes, padecen DMT 2), predominando las mujeres con un 54.6 por ciento (n= 6), y con un 45.4 por ciento (n=5) de hombres; todas estas personas reciben atención en el Centro de Seguridad Social del IMSS (lugar donde se realizó la investigación) y han sido diagnosticadas con DMT 2.

Respecto a las características de los **hombres** el promedio de **edad** es de 67.4 años; en el rubro de **ocupación** se encontró que el 40 por ciento (n=2) son trabajadores activos y el 60 por ciento (n=3) son pensionados por el Seguro Social; en cuanto al **estado civil** el 100 por ciento son casados; se observó también que **nivel escolar** de los participantes es muy bajo, donde el 40 por ciento (n=2) llegó a segundo grado de secundaria, el 40 por ciento (n=2) al cuarto grado de primaria y el 20 por ciento (n=1) restante concluyó la educación primaria solamente (ver tabla 5).

Tabla 5. Hombres participantes en la investigación.

No. de participante	Edad en años	Ocupación	Estado Civil	Escolaridad
1	49	Chofer	Casado	2°. Secundaria
2	55	Pensionado	Casado	Primaria terminada
3	68	Pensionado	Casado	4°. Primaria
4	67	Pensionado	Casado	4° Primaria
5	63	Electricista	Casado	2° Secundaria

$$\bar{X} = 60.4 \text{ años de edad}$$

La tabla 6, correspondiente a las **mujeres**, refleja que el promedio de **edad** es de 47.8 años; en cuanto a su **ocupación** se encontró que el 83 por ciento (n=5) son amas de casa y el 17 por ciento (n=1) restante trabaja como comerciante; en su **estado civil** el 83 por ciento (n=5) son casadas y el 17 por ciento (n=1) divorciadas; al igual que los hombres se manifiesta que el **nivel escolar** es bajo, donde predominando el 33 por ciento (n=2) una educación de apenas el primer grado de primaria, el 33 por ciento (n=2) tercer grado de primaria, el 17 por ciento (n=1) segundo grado de primaria y el 17 por ciento (n=1) concluyó la educación secundaria.

Tabla 6. Mujeres participantes en la investigación.

No. de participante	Edad en años	Ocupación	Estado Civil	Escolaridad
6	54	Ama de casa	Casada	1° Primaria
7	42	Ama de casa	Casada	3° Primaria
8	39	Ama de casa	Casada	Secundaria terminada
9	41	Comerciante	Casada	1° Primaria
10	54	Ama de casa	Soltera (divorciada)	3° Primaria
11	57	Ama de casa	Casada	2do. Primaria

$$\bar{X} = 47.8 \text{ años de edad}$$

6.8 INSTRUMENTO Y MATERIALES.

En esta investigación se utilizó un formato de entrevista semiestructurada titulado “Guía de entrevista a la persona que padece diabetes” (ver anexo 1), diseñado ex profeso para realizar la investigación; en este formato de entrevista se mencionan primeramente los datos generales de las personas como: edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil; posteriormente se abordan las variables del estudio

El estilo de vida se aborda a partir de aspectos como lo es el diagnóstico, donde se mencionan los síntomas que se presentan, tiempo de diagnóstico, quién informó el diagnóstico, sentimientos (emociones) por saberse diabético y que se aborda en las preguntas 1 a 10 de la entrevista; también se mencionan los antecedentes de la enfermedad en los que se aborda la herencia, la atención que recibieron al presentarse los primeros síntomas; esto sin dejar de mencionar los antecedentes de carácter social, de igual manera se hace hincapié en los hábitos haciendo énfasis en la alimentación y la actividad física; respecto al tratamiento se aborda el farmacológico, dietético y físico que se abordan en las preguntas 11 a 15 de la entrevista

En lo que se refiere a la adherencia terapéutica, la cual influye directamente en el control de la enfermedad, se abordan aspectos sobre el control glucémico y

médico en las preguntas 24 a 29 de la entrevista; en cuánto a las consecuencias manifiestas de la enfermedad se mencionan los padecimientos físicos como resultado de una diabetes mal controlada dentro de las preguntas 21 a 23, aunado a las complicaciones a largo plazo en las preguntas 30 a 35.

En apoyo social se abordan tanto el apoyo social de tipo material y emocional que recibe la persona, las cuales están dentro de las preguntas 36 a 57 de la entrevista.

Las características del instrumento permiten tanto al entrevistado, como al entrevistador abordar los diferentes aspectos de forma abierta, sin descuidar la estructuración temática de la misma. Para lograr tal objetivo se utilizaron hojas blancas y lapiceros con la finalidad de registrar la información obtenida por medio de la entrevista; para complementar y apoyarse en algunos datos se utilizó como apoyo una grabadora. Para sistematizar la información obtenida se utilizaron hojas de rotafolio, plumones y lapiceros para proceder al análisis de la información.

6.9 PROCEDIMIENTO

Para la realización de la investigación primeramente se tuvo contacto con la directiva del IMSS de Pachuca, Hidalgo, solicitando la autorización para tener un acercamiento con el grupo de personas con Diabetes pertenecientes a este Centro; ya autorizado, (se procedió al reconocimiento de los participantes exponiendo el objetivo de la investigación), se les invitó a participar en el estudio solicitando su consentimiento (que se concertó de forma verbal); posteriormente se programaron las citas para cada una de las personas participantes, la realización de las entrevistas se hizo en un salón de usos múltiples y en algunas ocasiones cuando este estaba ocupado, se realizó en un lugar donde hubiera más privacidad para poder trabajar; la aplicación de cada entrevista tuvo una duración aproximada de tres horas cada una, realizándose en dos momentos distintos por participante, de aproximadamente hora y media de duración cada una.

Posteriormente se procedió a la transcripción de cada una de las entrevistas, para continuar con el análisis de contenido, y la sistematización de la información obtenida abordando cada una de las categorías de análisis.

7. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a personas que padecen DMT 2, se muestra la información a partir del análisis de contenido temático realizado, los aspectos abordados fueron: a) estilo de vida, b) adherencia terapéutica, y, c) apoyo social; cabe señalar que esta descripción de datos inicia contextualizando a la muestra de participantes a partir de la historia de la enfermedad, en cuanto al diagnóstico de la misma, tal como la vivieron las personas entrevistadas.

Los datos se presentan de forma descriptiva a través de frecuencias, así mismo, se integran viñetas señaladas con letras cursivas, que son ejemplos representativos del discurso de los participantes de este estudio.

7.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico

El diagnóstico es muy importante para cualquier enfermedad y más cuando se trata de una enfermedad crónico-degenerativa, en este apartado se presentan las causas, síntomas, emociones manifiestas, así como la fuente de información referentes al diagnóstico diabético.

Entre las **causas** que propiciaron la aparición de la diabetes se señalaron varias por parte de las personas entrevistadas, mismas que son consideradas como factores que desencadenaron y favorecieron el desarrollo de la diabetes. Los factores que mayor incidencia tuvieron son de tipo “emocional”, tales como las *“impresiones fuertes”*, las cuales son consideradas por cuatro de los participantes como causantes de esta enfermedad, por ejemplo un participante señaló:

“Gracias a una impresión fuerte soy ahora diabético”

El participante 1 mencionó que:

“Cuando trabajaba en Bimbo me asaltaron dos veces, la más fuerte fue cuando me pusieron una pistola en la cabeza, y me pidieron el dinero de la cuenta el susto fue “muy fuerte”

El siguiente factor es la **herencia** también señalado por cuatro casos, los cuales mencionan que los familiares cercanos tales como padres, madres, hermanos, tíos y abuelos con diabetes influyeron en la presencia de la enfermedad en sus siguientes generaciones; otros factores de menor incidencia, señalados fueron: los *corajes y los sustos* con dos menciones, y con una están los *descuidos, preocupaciones, mala alimentación, situaciones de tristeza, y sobrepeso*.

Por otro lado, en cuanto al **tiempo de diagnóstico** de los participantes investigados se encontró en el caso de los hombres, a dos con 22 años de padecer la diabetes; uno con 18 años, y dos con sólo un año; el tiempo promedio de padecer la enfermedad es de 12 años y nueve meses; en cuanto a las mujeres la persona que mayor tiempo tiene es de catorce años, mientras que la de menor tiempo es de tres semanas, por consiguiente el promedio de ellas es de tres años, siete meses (ver tabla 7).

Como ya se señaló, al respecto del diagnóstico también se exploraron los primeros **síntomas** que se manifestaron al inicio de la enfermedad, siendo los más frecuentemente mencionados la *“sed”* con seis casos, seguido del *“dolor de pies” con tres*, *“cansancio” y “hambre” con dos*, y con uno *“sueño”*, *“boca seca”*, entre otros (ver tabla 8).

Tabla 7. Tiempo de Diagnóstico

Sexo	No. de personas	Tiempo de Diagnóstico
Hombres	2	22 años
	1	18 años
	2	1 año
Mujeres	1	14 años
	1	4 años
	1	3 años
	1	6 meses
	1	3 meses
	1	3 semanas

Hombres: X = 12 años 9 meses

Mujeres: X = 3 años 7 meses

Tabla 8. Síntomas de la diabetes referidos por los pacientes.

Síntoma	No. de personas que lo presentaron	Síntoma	No. de personas que lo presentaron
Sed	6	Cansancio	2
Sueño	1	Hambre	2
Boca seca	1	Perdida de peso	1
Debilidad	1	Sobrepeso	1
Dolor de riñón	1	Mareos	1
Orinar frecuentemente	1	Hinchazón	1
Dolor de pies	3	Asintomático	2

Ahora bien, en cuanto a solicitar **apoyo ante la aparición de los primeros síntomas**, en la mayoría de los casos el diagnóstico de diabetes fue detectado después de que las personas visitaron al médico por la presencia de un *malestar*, esto es que siete personas fueron diagnosticadas después de un estudio médico y de laboratorio, y las otras cuatro por diferentes malestares, como “*dolor de riñón*”, “*de pies*”, “*de pecho*” y “*baja considerable de peso*”; después de la revisión médica el diagnóstico final fue diabetes, de esta manera es como las personas se enteraron que habían desarrollado esta enfermedad.

En los once casos un médico fue quien se encargó del diagnóstico, no todas fueron detectadas en una institución del sector salud, esto es, nueve personas fueron diagnosticadas por el médico familiar del Seguro Social, y dos lo hicieron en consulta particular; independientemente de la forma en la que se detectó el diagnóstico, es importante mencionar que en todos los casos fue un profesional capacitado quien se encargó de informar a los participantes.

En el mismo, rubro, cuatro personas manifestaron haber pedido ayuda médica inmediatamente, tres en un lapso de uno a dos meses, uno en cinco meses, otro en un año, uno hasta tres años, y el caso más grave refirió quince años; los que dejaron pasar más tiempo señalaron que se debió a “*decidia*”, y por “*ignorancia*”, como lo menciona la participante 6:

“Porque yo creía que no era malo, pensé que estaba cansada del quehacer”.

Es importante mencionar que la persona que dejó pasar quince años antes de atenderse, señaló:

“Que era por cansancio debido a las actividades diarias”,
pero cuando se percató:

“Ya era una diabética descontrolada y con complicaciones renales”.

Así mismo, en cuanto a las **emociones sentidas ante el diagnóstico de la diabetes** dos de las personas entrevistadas manifestaron que experimentaron “*miedo a la enfermedad por temor a morir pronto*”; contrariamente hubo una que no experimentó miedo, dos mencionaron sentimientos depresivos, a dos les dieron específicamente ganas de llorar, otros dos refirieron sentimientos fatalistas ya que al conocer su diagnóstico de diabetes, consideraban que los limitaría para muchas cosas, por ejemplo:

“Que ya no servía para nada, siento que ya no voy a vivir, siento que se me cae el mundo”

Un caso mencionó tristeza y resistencia, y otro no sintió nada; sin embargo, es muy importante referir que no solo se manifestaron sentimientos negativos, ya que una persona la número 2 señaló:

“Me da alegría y gusto , ya que debido a esto ya me puedo ocupar de mi salud y de mi persona”.

7.2 ESTILO DE VIDA

El estilo de vida es un factor muy importante y determinante que influye directamente como antecedente del desarrollo de la diabetes; particularmente se abordan en esta variable aspectos relacionados con la familia, la escuela y el trabajo, así como, realización de actividad física y alimentación, que en gran medida influyen en el origen y mantenimiento de la enfermedad.

En esta investigación se encontró que a *nivel familiar* ocho de las personas no manifestaron problemas de consideración; sin embargo, hubo relatos como el de la participante 9, en donde se observan conflictos:

“Mi vida ha sido muy pesada debido a que en mi casa tuve que fungir como padre y madre, y además de eso mi esposo no me ayudaba (primer matrimonio), y mi segundo esposo toma mucho y sucedió lo mismo yo pensaba que me iba a ir mejor pero no fue así”.

y otros dos que refieren violencia física como la persona 10 que menciona:

“Más o menos, por que me pegaba mucho mi papá, tomaba mucho y me pegaba, muy chica me salí de mi casa

y después me case y tuve cinco hijos y salí adelante con ellos”.

y la persona 11 que dijo:

“Desde que era soltera y hasta hoy que soy casada, mi pareja, mi esposo es de los machos entonces el me pegaba mucho desde chica, es que me case joven tenía quince años, mi mamá también me pegaba no me dejaba salir, no tenía amistades, siempre mi esposo me ha tenido muy reprimida”.

Por otro lado, dado que ante cualquier enfermedad crónica, especialmente la diabetes, el *nivel de escolaridad* es un elemento básico en cuanto a la forma en la que se afrontará dicha enfermedad, y particularmente el cómo se desarrollará un estilo de vida, por tal razón en este estudio se indagó acerca de los factores por los cuales las personas asistieron a la escuela, solo unos cuantos años, así, se observaron datos relevantes en todos los casos relacionados con un nivel escolar bajo; la persona 9 menciona no siguió estudiando debido a:

“Yo creo que fue por la inexperiencia de mis papás, decían que para que iba a la escuela que no me iba a servir para nada y por eso no me mandaron”.

En este caso la responsabilidad recae en los padres.

la persona 10 menciona:

“No me gustaba ir a la escuela porque me daba pena porque iba descalza y me metí a trabajar de sirvienta porque sin estudios ni nada de que más se puede trabajar”.

Por otro lado, en cuanto a la *vida laboral* de los participantes, en cinco de los once casos no tuvieron problema de ningún tipo en su trabajo, en el caso de las mujeres dos fueron trabajadoras domésticas y amas de casa, una comerciante y las tres restantes se dedicaron al hogar; en el caso de los hombres tres pensionados, un chofer y un electricista.

En lo que respecta a la *actividad física* la investigación se encontró que seis de los participantes caminan un cierto tiempo, además practican el *taichi*, dos nadan y andan en bicicleta. Es importante mencionar que en casi todos los casos la actividad física se empezó a realizar después de que se enteraron de que padecían diabetes, y que el ejercicio es muy importante para mejorar y retardar complicaciones a largo plazo en el tratamiento de la DMT 2, como lo menciona la persona 1:

“Desde que me empecé a preocupar por mi lo hago diario”.

En cuanto a los *hábitos alimentarios* se observó que los alimentos que ingerían las personas antes de saberse “diabéticas” influyeron en el desencadenamiento de la enfermedad. En el desayuno nueve personas ingería pan, ocho café, seis alimentos sobrantes de la comida del día anterior y huevos, cuatro personas comían frijoles y tomaban leche, dos comían fruta, tamal y tortillas, y solo una persona ingerían galletas y gelatina; el caso No. 2 mencionó que se llegaba a tomar “*hasta doce coca-colas diarias*”, además la misma persona refirió padecer “*isquemia cerebral*”. En la comida diez casos se alimentaban con sopas, nueve guisados y frijoles, ocho tortillas, siete verduras, seis carne y cuatro personas comían pollo, solo dos caldo, ensalada y antojitos y solo un caso tacos, agua dulce, y refresco (coca-cola); y para la cena en no más de cinco casos de los once ingerían café, cenaban pan, otro plato de la comida del día, y tres tomaban leche y comían sopas, dos personas comían tortillas, tamales, frijoles, tortas, una persona ingería en la noche *taquitos*, y dos de los once casos no ingerían nada (ver tabla 9).

Tabla 9. Hábitos alimentarios.

Desayuno	Frecuencia	Comida	Frecuencia	Cena	Frecuencia
Pan	9	Sopas	10	Café	5
Café	8	Guisado	9	Pan	5
Alimentos sobrantes de comida	6	Frijoles	9	Comida del día	5
Huevos	6	Tortillas	8	Leche	3
Frijoles	4	Verduras	7	Sopas	3
Leche	4	Carne	6	Tortillas	2
Fruta	2	Pollo	4	Tamales	2
Tamal	2	Caldo	2	Frijoles	2
Tortillas	2	Ensalada	2	Tortas	2
Galletas	1	Antojitos	2	Taquitos	1
Gelatina	1	Tacos	1	Nada	2
		Agua	1		
		dulce			
		*Refresco	1		

*Este caso tomaba hasta 12 refrescos (Coca Cola) al día.

7.3 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

A continuación se describen los resultados al respecto de la adherencia terapéutica, específicamente las categorías de tratamiento, control tanto de la glucosa como control médico, dificultades para la adhesión al tratamiento y facilitar el control, manifestaciones orgánicas, así como las complicaciones presentes.

Tratamiento

El tratamiento se refiere a las medidas que se siguen para contrarrestar una enfermedad, comúnmente dicho para “curarse” o para disminuir las consecuencias y complicaciones como es el caso de la diabetes; para esta enfermedad se contemplan principalmente los siguientes elementos que lo conforman: apoyo farmacológico (medicamentos entre los que se incluye como muy importante a la insulina), alimentario o dietético, actividad física (ejercicio).

a) Farmacológico: con relación al tratamiento farmacológico siete de los entrevistados ingieren la “glibenclamida” (que es un hipoglucemiante, se trata de una sustancia que ayuda a la disminución de la glucosa en la sangre); tres no

refieren conocer el nombre del medicamento, ocho casos señalan no haber utilizado insulina para disminuir el valor de la glucosa, a excepción de tres casos que mencionan haberla usado por emergencia, de los cuales dos la han utilizado una vez y uno tres veces; cabe mencionar que sólo un caso controla a la diabetes con dieta adecuada. Es válido mencionar que existen tres casos en los que además de controlar la diabetes ingieren medicamentos para otras enfermedades dos persona toman “captopril” y otra “enalapril” (antihipertensivos que ayudan a disminuir la presión arterial).

b) Alimentario: en este punto se aborda la dieta que se debe seguir para favorecer el control de la diabetes; en el desayuno el alimento que tiene mayor frecuencia de ingesta es el pan en seis casos, la leche con cinco, tres personas ingieren fruta y pan integral y con un solo caso gelatina, soya, té, verduras, huevos.

En la comida lo que más consumen las personas es la sopa en siete casos, las verduras con cuatro, tres casos pollo, tortillas, caldo, guisado, frijoles, dos personas consumen pescado y solo una arroz y fruta; aquí las personas tratan de mantener comidas sanas, pero, aún dista de lo recomendado.

En la cena se observa que disminuye la ingesta de alimentos, pero, siguen presentando una dieta de baja calidad debido a que no se está supervisando por ningún profesional; lo que suelen ingerir tres de las personas es fruta, un vaso de leche y pan integral, y solo se ingiere en una ocasión cereal, yogurth, sopa de verduras. En dos de los casos se salen de control en relación a lo que a dieta se refiere, ya que cenan *guisado del que sobró de la comida con sus tortillas*. Es importante mencionar que en este apartado dos de las personas entrevistadas no llevan ninguna dieta, ingieren lo mismo que han comido siempre, sólo que según ellos en *“menor cantidad y suprimiendo el azúcar y los refrescos”*, pero aún así no se apegan a lo recomendado dietéticamente, y esto limita su control (ver tabla 10)

Tabla 10. Tratamiento alimentario.

Desayuno	Frecuencia	Comida	Frecuencia	Cena	Frecuencia
Pan	6	Sopa	7	Fruta	3
Leche	5	Verduras	4	1 Vaso de leche	3
Fruta	3	Pollo	3	Pan integral	3
Pan integral	3	Tortillas	3	Cereal	1
Gelatina	1	Caldo	3	Yogurth	1
Soya	1	Guisado	3	Sopas de Verduras	1
Té	1	Frijoles	3	Guisado y Tortillas	2
Verduras	1	Pesado	2		
Huevos	1	Arroz	1		
		Fruta	1		

Control de la Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica es el aspecto más importante para señalar un control real sobre la enfermedad, y conlleva una serie de aspectos. En este apartado se aborda el control de la glucosa, el método de chequeo de la glucosa, así como la frecuencia con la que se realiza, mencionando los valores promedios, control médico, así también las dificultades que presentan para tener una “buena adherencia terapéutica”.

a) Control de la glucosa: para valorar si existe una adherencia al tratamiento se está instruido sobre la forma de detección y registro de la glucosa en la sangre, básicamente existen dos métodos de evaluarla, uno es el procedimiento de la tira reactiva; y el otro es el estudio de laboratorio clínico, siendo éste el método más exacto para la obtención de ese valor. De acuerdo a lo obtenido en la investigación los once participantes checan su glucosa por el método más exacto que es el de laboratorio, de los cuales cinco lo realizan aproximadamente cada mes, dos cada dos meses, tres cada tres meses y una cada cuatro meses, lo hacen en diversos periodos de tiempo; de los cuales tres personas además del método de laboratorio lo hacen por el método de la tira reactiva; dos lo realizan cada ocho días, y uno lo realiza cada mes.

Por otro lado, respecto a los valores de la glucosa mencionados por los entrevistados, para observar el control que tienen de la glucosa, estos se describen en la tabla 11.

Tabla 11. Valores de Glucosa señalados por los participantes.

Rango de valores de glucosa en mg%	Número de casos
< a 120	0
121 a 200	5
201 a 250	4
251 a 300	1
301 a 400	1
> a 400	0

En la tabla 11 se aprecia que ningún caso está dentro de valores aceptables para poder decir que existe un control de la glucosa, cinco casos presentan glucosas entre 121 y 200 mg%, cuatro entre 201 y 250 mg%, una presenta entre 251 y 300 mg% y otra entre 301 a 400 mg%, ninguna persona presenta valores por arriba de 400 mg%. Una persona mencionó que sus valores de triglicéridos (una de las grasas importantes a considerar en problemas cardiovasculares) están de 1000 mg% casi cinco veces más que sus valores normales, y es de consideración mencionarlo ya que de no ser controlados podrían sobrevenir infartos tanto cardíacos, como cerebrales y que al combinarse con la diabetes se pone en riesgo la vida de esta persona.

b) Control médico: respecto al control médico se encontró que nueve personas visitan al médico cada mes, una cada dos o tres meses, y una cada que le dan cita médica, no refiriendo ningún periodo de tiempo constante.

Como ya se ha mencionado, una manera de tener un verdadero control del seguimiento de la enfermedad, además de seguir las indicaciones médicas y dietéticas, se debe realizar un auto-registro del proceso, con respecto a este punto

se encontró en la investigación que diez de las personas entrevistadas no llevan ningún registro o expediente personal, seis refieren que en el Seguro Social le llevan su expediente; a una *“no se le había ocurrido llevar por escrito su control”*, un caso si lo llevan a cabo a manera personal y otros tres casos están en proceso de hacerlo, la persona 9 refiere que no lo hace por miedo:

“no llevo ningún control por miedo a saber tengo enfermedades”.

c) Dificultades para la adherencia y control de la diabetes: en esta categoría se encontraron dificultades para la administración de medicamentos, tres personas mencionaron, que se les *olvida* tomar las pastillas, ocho personas refieren ingerir sus medicinas correctamente y apegarse de alguna manera a sus tratamiento, de la cuales dos manifiestan resistencia a tomar medicamentos hasta aceptarlo y una refiere que no le gustan las pastillas y hacen lo posible por dejarlas.

Al cuestionar si consideraban tener control de su diabetes nueve personas contestaron que “si” tenían control sobre su enfermedad al responder lo siguiente:

“Me cuido y tomo mis pastillas”.

“Si no me controlo me quedo ciego”.

“Trato de que no se complique”.

“Yo creo que sí por que no me he sentido mal”.

“Yo creo que si”

“Me tomo mis pastillas como dice el doctor”

“Yo creo que si antes se me secaba la boca y ahora no”.

“Un poco sólo falta echarle más ganas”.

“Apenas voy a anotarlo y ahí me daré cuenta si estoy controlado o no”.

En la respuesta antes citada se observa la intención de un control, a diferencia de dos personas que mencionan no tener controlada la diabetes al responder:

“Se me olvida tomarme mis pastillas”.

“No me checo y no se si voy bien o no”.

Consecuencias manifiestas en la diabetes

Al no ser controlada la diabetes es probable que se presenten consecuencias en el organismo, ya sea de tipo orgánico, o desencadenar otras enfermedades que a la postre dificulten la vida y ocasionen enfermedades irreversibles en las personas. A continuación se ejemplifican algunas consecuencias señaladas en las personas entrevistadas.

a) Malestar Orgánico: al respecto de los malestares se presentaron cinco casos con *dolor de riñones*, cuatro con *dolor de pies*, y uno con *dolor de cabeza*, micciones frecuentes, baja de peso, resequedad de la boca, dolor de pecho, inflamación de los pies y heridas que tardan en sanar; cabe mencionar que tres personas no presentan ningún malestar a consecuencia de la diabetes, algunos malestares manifestados son los síntomas característicos de la diabetes, y otros ya forman parte de las complicaciones a corto o largo plazo.

b) Consecuencias de Tipo Sexual: a nivel sexual se presentan ciertas alteraciones en los hombres, ya que cuatro de ellos mencionan disminución en su actividad sexual argumentando que *“ya no es como antes a consecuencia de la diabetes”*, solo uno refiere disfunción eréctil a consecuencia de la diabetes, además de considerar la edad; sin embargo, las seis mujeres no refieren alteración alguna al respecto.

c) Otras Enfermedades: la diabetes por si sola es una enfermedad difícil de controlar, que trae consigo consecuencias que ponen en riesgo la vida incrementándose aún más si se combina con otras enfermedades que actúan

conjuntamente para deteriorar la vida de las personas, si no se lleva a cabo un tratamiento adecuado. En la muestra estudiada el padecimiento más frecuente que se presenta es la hipertensión arterial en tres casos, seguida de colitis nerviosa con dos, con una gastritis, osteoporosis, colesterol alto, cataratas y secuelas de isquemia cerebral.

d) Problemas Generales: la diabetes como se ha mencionando anteriormente puede alterar áreas de la vida, como la laboral, familiar o situaciones físicas, y esto conlleva problemas de todo tipo, en este punto se mencionan los problemas a nivel general que se encontraron en la investigación, una persona refiere haberse administrado insulina por emergencia, otra menciona que sus heridas tardan en sanar, y otra última presentó *molestias en el riñón*, ocho personas no refieren consecuencias de su diabetes, aunque sí presentan alteraciones físicas.

e) Complicaciones Físicas: en este aspecto las complicaciones físicas que se encontraron en la investigación son siete casos con *dolor de riñón* y solo tres presentan *dolor de pies*, ninguna persona ha presentado infecciones de consideración, en tres casos se encontraron alteraciones en los ojos, una refiere la pérdida de la visión en un ojo por retinopatía, otra menciona el desprendimiento de sus dos retinas por lo que ya no ve con un ojo, y el otro caso *ve borroso*, las otras ocho personas no presentan alteraciones en los ojos.

f) Alteraciones Emocionales: las personas psicológicamente se muestran alteradas manifestando emociones, las cuales se presentan ante la enfermedad, y más cuando se trata de trastornos crónicos o crónico-degenerativos, como es el caso de la diabetes.

En la investigación en algunos casos se encontraron alteraciones emocionales tales como miedo, tristeza, depresión, soledad, presiones, la emoción manifestada con mayor frecuencia es el *miedo* con seis casos el cual es referido a

diferentes situaciones como: el *“miedo a morir pronto”*, o *“a morir sola”*, *“al rechazo”*, *“a quedarme ciego”*, *“a empeorar”*; en segundo lugar se encuentra la *“tristeza”* con cuatro casos sobresaliendo *“la tristeza al no ser comprendidos por su pareja”* y *“tristeza hacia la soledad”*, continuando con la manifestación de las emociones encontramos que se presentan *“sentimientos de abandono y soledad”*, las *“presiones por la situación económica”*. Cabe resaltar a una persona que informó que toda esta situación *“la toma con tranquilidad”* y esto le ayuda a controlar su enfermedad y a retardar las complicaciones.

7.4 APOYO SOCIAL

El apoyo es importante para todas las personas, es agradable apoyar y sentirse apoyado por parte de los familiares y amigos, a continuación se presenta una descripción de los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto al apoyo familiar, material y emocional de las personas con diabetes entrevistadas.

Apoyo Familiar

La familia es fundamental para que una persona pueda sobrellevar y afrontar una enfermedad, pero no siempre es así, en el ambiente familiar se llegan a presentar problemas de diversa índole; sin embargo, cuando una persona está enferma hay que brindarle el apoyo, así mismo, considerando que la enfermedad también afecta a familiares y amigos, por lo que se deben de tomar en cuenta procesos de rehabilitación de la enfermedad; en esta investigación se encontró que ocho personas no refieren tener problemas familiares por estar enfermos, y declaran ser apoyados por sus familiares y por sus parejas, aunque no en todos los casos es así, por ejemplo en tres casos no se presenta apoyo por parte del esposo, *como si no les importara que se está enfermo*, una persona refiere que:

*“No le he informado a mis hijos que tengo diabetes
para no preocuparlos”*

y otra:

“No tiene problemas por que aún no se ha sentido mal”.

La alimentación es un punto muy importante dentro del apoyo social, la cual es considerada como parte fundamental para el control de la glucosa; los encargados de que se lleve a cabo el apoyo son los familiares, ya que tienen una gran responsabilidad en el proceso de control de las personas con diabetes; este es el caso de diez personas que refieren que sus familiares los apoyan comiendo lo mismo que ingieren las personas con diabetes, y esta conducta funciona de dos formas se brinda el apoyo al enfermo; y otra es que ellos mismos se protegen al comer sanamente y previenen que se les pueda desarrollar la diabetes, pero, no siempre es así hay una persona la 8 que menciona:

“Mi esposo no me apoya y yo misma me tengo que hacer de comer lo mío y aparte hacer la comida para los demás”.

Apoyo Material

Las instituciones están consideradas como parte del apoyo social de tipo material, y en este caso la institución que brinda apoyo a las personas con diabetes entrevistadas es el Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo derechohabientes a este instituto los once participantes en la investigación. Como parte del apoyo que brinda el IMSS es la información, donde diez personas afirman recibir pláticas, seis se informan por medio de folletos, dos en carteles, y sólo una persona lo hace por internet por su cuenta.

Otras formas de apoyo que el IMSS aporta son los medicamentos, donde ocho personas confirman recibirlo, siete se sienten apoyados por el servicio médico, y seis por los estudios de laboratorio clínico; es importante mencionar que el grupo donde se realizó esta investigación y al cual pertenecen las personas

entrevistadas pertenece al IMSS y por ende es considerado por ocho personas como una institución que favorece al apoyo social.

A pesar de mencionar el apoyo que brinda esta institución no todas las personas lo aprovechan, o no siempre se sienten apoyados, refiriendo que a veces les quitan el servicio (hablando del medicamento), y al parecer no les interesa asistir a las pláticas y se conforman nada más con la información que les proporciona el médico; seis personas comienzan a interesarse por informarse buscando información por su cuenta por medio de programas de radio, lectura de libros, hay una persona que se informa, recibe comentarios y aun así *“decide no hacer caso de dicha información”*.

Apoyo Emocional

Los familiares y amigos son las personas más allegadas y por consiguiente son de las que se espera el apoyo de tipo emocional donde están inmersos los afectos y conductas emocionales como puede ser el miedo, coraje, rechazo, entre otros; en la investigación se observó que los familiares cercanos y amigos muestran su apoyo a diez de las once personas con diabetes entrevistadas, aceptándolos y no mostrando ningún tipo de rechazo, solamente una persona la 8 refiere que su esposo proyecta *“coraje y rechazo”* llegando *“a la burla”*, este es el único caso donde no existe apoyo alguno por parte de los familiares. Ahora bien, existen dos casos que informan que no les ha avisado a nadie externo a su familia de su enfermedad *para que no se burlen de ella* y otro que *no quiere sentirse compadecido*, aunque sí recibe apoyo por parte de su familia.

Otra manera donde se presenta el apoyo existente es asistiendo y acompañando a sus familiares a las consultas *“para que no se sientan solos”*, pero no siempre es así ya que siete personas asisten sin compañía a consultas, ejercicios y pláticas, y solo cuatro participantes se acompaña por un familiar ya sea por la esposa o por una hija.

8. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

La presente investigación tuvo como objetivo explorar el estilo de vida, la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en personas que padecen DMT 2 que reciben atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Pachuca, Hidalgo.

A continuación se discuten los resultados obtenidos, iniciando con la historia de la enfermedad, abordando el diagnóstico de la diabetes de acuerdo a como lo vivieron los participantes; para establecer este diagnóstico se indagó sobre las causas de éste, en este sentido las personas refirieron a las “*impresiones fuertes*”, como causantes de la problemática, definiéndolas como impactos emocionales, corajes, sustos, preocupaciones, que como se sabe, por sí solos difícilmente son un factor de riesgo para desarrollar diabetes; se puede inferir que son creencias erróneas, pero que si se combinan con la herencia y con el estilo de vida es muy probable que desarrolle la enfermedad, entre más factores se combinen mayor será el riesgo de padecer diabetes. Este hecho se puede explicar a partir de los factores determinantes de la conducta de salud en donde los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la vulnerabilidad ante la enfermedad, así como la gravedad de la enfermedad en sí misma cobran gran relevancia (Rosenstock, 1966, en Silva Maldonado & Guzmán Saldaña, 2006).

La mayoría de las personas entrevistadas manifestaron que al notar la presencia de los primeros síntomas como sed, cansancio, boca seca, micciones frecuentes pidieron ayuda médica en un lapso corto, no así en otros casos que se atendieron después de varios meses, ante los síntomas presentes inicialmente creyeron que se debían a sus actividades cotidianas, nunca se imaginaron que lo que sentían era ya el inicio del desarrollo de diabetes. Los síntomas que se presentaron son compatibles con los que menciona Foster (1995). Cabe mencionar que en todos los casos quien diagnosticó a las personas fue un

profesional de la salud apoyándose en todos los datos referidos por las personas, tanto antecedentes como en los síntomas, corroborando que los síntomas de la diabetes son muy específicos y de fácil diagnóstico.

Cuando se presenta cualquier enfermedad regularmente se reacciona emocionalmente ante dicho padecimiento. En esta investigación las personas vivieron “sentimientos encontrados” debido a que hubo personas que experimentaron “miedo a la enfermedad por temor a morir pronto”, otros lo tomaron con calma y responsabilidad, hubo quienes experimentaron “tristeza”, “resistencia”, “depresión”; también sentimientos fatalistas como “ya no sirvo para nada”, “siento que ya no voy a vivir”, “siento que se me cae el mundo” y también hubo quien mencionó sentir “alegría y gusto” ya que debido a esto la persona ya se puede ocupar de ella misma y de su salud. Estas reacciones emocionales que se presentan ante el diagnóstico de la enfermedad dependen de cada individuo debido a diversos factores tanto sociales, como culturales, así como la manera de conceptualizar la vida y enfrentar situaciones nuevas que pueden influir en el estilo de vida.

Con relación al “*Estilo de Vida*” se abordaron aspectos relacionados con la familia, escuela y trabajo, así como la gente que rodea a las personas en su vida cotidiana y que influyen en el origen de la diabetes. Las personas no refieren tener problemas de consideración directos con el desarrollo de la enfermedad; sin embargo, en un número pequeño de casos mencionan tener dificultades en el ámbito familiar, aunque no los relacionan con la aparición de la diabetes, señalan que sí influye en la manera de enfrentar, conocer y valorar a la enfermedad; particularmente en el caso de la diabetes si no hay una adecuada relación familiar o laboral se dificulta y limita el conocimiento de ésta para tomar las medidas necesarias en el control, y así evitar que la enfermedad avance, complicando considerablemente la salud de las personas afectadas tanto física como emocionalmente, resultados semejantes obtuvo Vázquez Olvera (2007) en su estudio con personas diabéticas y sus familiares.

Respecto a la actividad física se encontró que la mayoría de las personas entrevistadas practican algún deporte como el tai chi, caminar, nadar, andar en bicicleta, entre otros; es importante resaltar que casi en todos los casos la actividad física se empezó a realizar después de enterarse de que padecían diabetes, ya que el ejercicio es muy importante para mejorar y retardar complicaciones a largo plazo. Se confirma que a veces tiene que suceder algo negativo en la vida de las personas para preocuparse por su salud en todos los aspectos, como lo explica el Modelo Transteórico (Di Clemente & Prochaska, 1983) al señalar que las personas cambian su conducta intencionalmente con y sin ayuda profesional, aunque lo ideal sería modificar la conducta con fines preventivos y no como tratamiento, rehabilitación o control.

Con relación a los hábitos alimentarios se observó que los alimentos que ingerían las personas antes (y después) de saber que padecían diabetes no eran balanceados; consumían alimentos con características nutricionales de baja calidad, además de realizar varias comidas al día, lo que favoreció el desarrollo de la enfermedad; en combinación con otros factores como la herencia y el sedentarismo. Lo más recomendable es apoyarse en “el plato del buen comer” pues representa una guía alimentaria sana que funciona como un instrumento educativo basado en la combinación de alimentos acostumbrados en México (Flores Viladroza, 2008), si se llevara a cabo como prevención, difícilmente tendría que verse como tratamiento, y de adoptarse como tratamiento, facilitaría el apego a este tipo de alimentación y a su vez ayudaría a la población en general a la selección, conservación, manejo, preparación y consumo de alimentos con la visión de integrar una alimentación correcta y mejorar su nutrición y por ende la salud. De acuerdo a lo referido por las personas entrevistadas se encontró un “estilo de vida libre” como lo menciona Oblitas Guadalupe (2004), el cual se caracteriza por comportamientos totalmente contrarios a un “estilo de vida saludable”, esto se refleja en la ingesta de alimentos no saludables como refrescos, y en cantidades no controladas de pan, tortillas, leche, huevos, entre

otros. Es importante señalar que el consumo de alcohol y tabaco no son abordados en la investigación debido a que no son referidos por las personas, ya que no forman parte de su estilo de vida.

A continuación se aborda la siguiente variable de análisis que es la “*Adherencia Terapéutica*”, que comprende aspectos como tratamiento, control, manifestaciones orgánicas, así como las complicaciones, a continuación se discute al respecto.

Al hablar de tratamiento se abordan las medidas que se tienen que seguir para contrarrestar una enfermedad, las medidas que se consideran en este estudio son principalmente farmacológicas y el control de la alimentación como tratamiento (anteriormente se mencionó a la alimentación pero como parte del estilo de vida).

Respecto al tratamiento diremos que todas las personas son prescritas con hipoglucemiantes orales, aunque no todos refieren el nombre de estos debido a que se les olvida el nombre, ninguno se aplica insulina para disminuir la glucosa, ha sucedido la aplicación de esta pero solo por casos de emergencia, es importante mencionar que la minoría de casos tienen que ingerir otros medicamentos para otras enfermedades a parte de la diabetes, como la hipertensión.

Aún cuando todas las personas están prescritas medicamente por un profesional de la salud, pocos ingieren su medicamento como debería de ser, y no se apegan al tratamiento establecido; lo descrito en la investigación dista mucho de lo que menciona Fernández (1991), pues la adherencia terapéutica asegura el cumplimiento de las prescripciones médicas y en estos casos no se está llevando a cabo como debería de ser, para mantener los niveles de glucosa en valores aceptables. Las estrategias de intervención giran en torno a la educación, cambios

de conducta, estilo de vida y como puede observarse esta situación que no se esta cumpliendo (por ejemplo Del Castillo, 2005; Vázquez Olvera, 2007).

Las personas entrevistadas mencionan haber modificado su dieta como parte del tratamiento para la diabetes, si las comparamos con la alimentación mencionada en el estilo de vida nos daremos cuenta que sí hay modificación considerable, pero aún así no es una dieta balanceada, dista mucho de lo dietéticamente recomendado además de no ser supervisada por un nutriólogo, limitando el control de la enfermedad.

Para valorar el control de la diabetes es necesario estar instruido sobre la forma de detección y registro de la glucosa en sangre, básicamente existes dos maneras de medir el valor existente, uno es el método clásico de laboratorio clínico y el otro es el método por medio de la tira reactiva; de acuerdo a lo obtenido en la investigación la mayoría de los participantes usa el método más exacto que es el de laboratorio clínico y una minoría usan la tira reactiva. Este conocimiento y acción de los participantes coincide con uno de los cuatro elementos fundamentales que es la automedición que en este caso sirve para controlar la DMT 2, según Andreoli (1997), Guyton (2001), Foster (1995) esto implica hacerse pruebas de sangre para determinar los niveles de glucosa en la sangre. El hecho de que se estén checando periódicamente la glucosa no garantiza un control debido a la no adherencia a nivel del tratamiento.

Mantener la glucosa dentro de los valores normales es muy importante para controlar la diabetes, pero no es la única medida que se puede o tiene que tomar, para complementar dicho control deben seguirse otras actividades como la actividad física, dieta específica (anteriormente mencionadas), visita periódica al médico así como documentar todo el proceso para tener un control escrito del seguimiento de la enfermedad. En esta investigación la mayoría visita al medico aunque no se reporta un periodo de tiempo constante, cabe mencionar que la mayoría de las personas no llevan un control escrito pues dejan que otras

personas o instituciones (IMSS en este caso) se ocupen de su control, esto difiere de lo mencionado por Latorre (1994) el cual indica que particularmente la diabetes requiere de habilidades de autocuidado, principalmente de la realización de “automonitoreo” de tal forma que se reconozca que el estilo de vida que se adopta está beneficiando a la salud o se requiere de modificaciones. De acuerdo a lo anteriormente mencionado se concluye que para que exista un buen control de la enfermedad no se necesita tomar solo una medida, sino que tienen que presentarse varias a la vez, tales como la medicación correcta, monitoreo periódico etc. de lo contrario no se esta enfrentando a la enfermedad como ésta lo requiere, por lo que suelen adelantarse las complicaciones.

Las personas entrevistadas mencionaron varios aspectos que dificultan la adherencia al tratamiento, la mayoría refieren que se les “olvida” tomar las pastillas, se resisten a tomar medicamentos o no les gustan las pastillas, esto es compatible con lo señalado por Shwatz (1983) y Puente(1984), ya que uno de los problemas particulares de la adherencia a los medicamentos es el “error de omisión” donde la persona no ingiere el medicamento prescrito independientemente de cual sea la razón, que puede ser por “olvido” o por falta de disciplina, negación de su condición de enfermo y/o por miedo a los efectos colaterales.

Las consecuencias que se presentaron al no adherirse a sus tratamientos de forma adecuada fueron el dolor de riñón, seguido de dolor de pies, de cabeza, micciones frecuentes, baja de peso, resequedad en la boca, como se puede observar algunas de las manifestaciones se presentan todavía como si fueran síntomas y otros, ya como inicio de las complicaciones tal es el caso de dolores en el riñón; en cuanto a la vida sexual se presentan manifestaciones únicamente en los hombres, señalando que ha disminuido considerablemente la “*potencia sexual*” como consecuencia de la diabetes, con todas las consecuencias en la relación de pareja, tal como lo señala la ADA (2007); no es el caso de las mujeres,

que no refieren alteraciones en este aspecto (o por lo menos no lo identifican como relevante).

Por otro lado, hay personas que además de la diabetes padecen otras enfermedades como hipertensión arterial, gastritis, colitis nerviosa, etc., razón por la cual también para esos padecimientos tienen que tomar medicamentos, y si no lo hacen de manera adecuada pueden influir en el aceleramiento de complicaciones físicas, sumadas a las ya mencionadas, y así mermar aún más la salud.

Respecto a las complicaciones presentes en los participantes, se dice que solo a una persona se le ha administrado insulina por una hiperglicemia que presentó, las demás personas no refieren tener ningún problema. La complicación existente en dos de estas personas es la “retinopatía diabética” la cual es una condición que afecta los pequeños vasos sanguíneos de la retina, y que puede llegar a ocasionar ceguera (De la Fuente & Sepúlveda, 1999), con este punto se confirma que las complicaciones se hacen presentes tarde o temprano.

Las personas manifestaron que presentaron alteraciones a nivel emocional al ser diagnosticados con diabetes, estas manifestaciones son el miedo a morir pronto, al rechazo, a quedarse ciego, también aparece la tristeza, la soledad, estos sentimientos los viven internamente ya que “no refieren tener problemas”, aunque en el discurso se identificaron elementos que señalan lo contrario.

Haciendo referencia a lo anteriormente mencionado se concluye que es de suma importancia la adherencia a un tratamiento independientemente de cualquiera que sea, farmacológico, dietético o físico, de lo contrario se complica la situación y después es mas difícil mejorar la salud

Para finalizar se analiza lo referente al “*Apoyo Social*” en esta última variable se abordan dos tipos de apoyo social: el material y el emocional. En

cuanto al material las respuestas expresadas por las personas entrevistadas señalan que si existe apoyo por parte de la institución (IMSS) a la cual son derechohabientes, se les provee de medicamento, se les atiende medicamente, a nivel educativo también con platicas, así mismo se les realizan los estudios de laboratorio. De manera paradójica algunos de ellos señalan que no aprovechan este servicio ya que no asisten a sus citas médicas, ni a platicas, y esto no favorece en nada su salud; sin embargo no es así en todos los casos ya que la mayoría sí trata de aprovechar este servicio pero aún se observan inasistencias a la cita médica, o a los estudios de laboratorio; de alguna manera esta situación no favorece al apoyo material debido a que no es aprovechado.

Referente al apoyo emocional se encontró que no todos se sienten apoyados por sus familiares, por sus compañeros de trabajo o amigos, ya que no a todos los acompañan a sus citas médicas, o a actividades físicas, sin embargo hay a quienes si los apoyan en ese sentido para no hacer sentir que carecen de apoyo, la minoría expresa que no percibe apoyo por parte de su cónyuge (inclusive llegando al rechazo); cuando una persona carece de apoyo social experimenta un déficit afectivo el cual puede traducirse en diferentes formas de carencias a nivel biopsicosocial de la persona (González, 1998).

Ahora bien, se considera que el objetivo de la investigación se cumplió al cien por ciento ya que la finalidad de explorar tres categorías: estilo de vida, adherencia terapéutica y apoyo social, aporta información relevante de tipo vivencial acerca de cómo vive una persona con DMT 2, sus expectativas, sus encuentros y desencuentros respecto a la enfermedad. Sin embargo, faltó abordar aspectos del estilo de vida tales como las adicciones, tabaquismo, alcoholismo, los cuales influyen directamente en el desarrollo de la diabetes; no se ahondó en estos puntos debido a que las personas entrevistadas no manifestaron realizarlas.

Por otro lado, también sería muy relevante estudiar la calidad de vida desde un enfoque cualitativo vinculada al estilo de vida, por ejemplo, el carácter del trabajo y su papel en la vida de las personas con diabetes, la conducta relacionada con la higiene personal y la actividad física, el uso del tiempo libre, los contactos sociales, las relaciones no formales, el presupuesto, entre otros aspectos notables en la comprensión de la enfermedad. Desde una perspectiva de intervención se debe contemplar la información que se brinda, saber si las personas la comprenden, conocer el porque se rehúsan a la información. La calidad de la información que poseen las personas que padecen diabetes puede mejorar a partir de una educación para la salud familiar brindando información dinámica y didáctica en platicas y seminarios, que permitan a las personas poner en práctica sus conocimientos y actualizar periódicamente los mismos; teniendo como uno de los objetivos eliminar creencias erróneas, como por ejemplo que la diabetes es *“una enfermedad para viejitos”*, *“se adquiere por corajes”*, *“impresiones fuertes”* etc. De tal forma que se promueva el autocuidado a través de la comunicación clara y directa, influyendo también en la adherencia y el afrontamiento saludable de la enfermedad.

Proponer “nuevas” formas de intervención psicológica cognitiva-conductual, que permita plantear trabajos grupales vivenciales que involucren a familiares y amigos, y valorar el de manera realista el alcance de su enfermedad, identificar limitantes y apoyos para enfrentarlos, elaborar material didáctico que permita crear conciencia y mayor nivel de información referente a la enfermedad, conformar grupos multidisciplinarios (médico, nutriólogo, trabajador social, enfermera, pero sobre todo un psicólogo de la salud) de intervención para mejorar la calidad de atención, y generar una responsabilidad conjunta de apoyo profesional con miras a mejorar la calidad de vida de las personas con DMT 2, así como crear campañas de información referentes a la diabetes y las enfermedades crónico-degenerativas en escuelas en todos los niveles para que se vayan informando los niños, adolescentes de la presencia de estas enfermedades y

tratar de prevenirlas desde temprana edad, y saber enfrentarlas en caso de que se presenten.

Las limitaciones que se encontraron en esta investigación son referentes a la carencia de instalaciones adecuadas para realizar las entrevistas e intervenciones con privacidad, contar con un número mayor de participantes y en igualdad de número de personas tanto de hombres, como de mujeres. Así como contar con el apoyo de las autoridades del sector salud para que permitan el desarrollo de este tipo de estudios, que valoren a la psicología en cuanto a su utilidad científica para establecer un modo particular de interpretar la vida humana basado en el reconocimiento de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

REFERENCIAS

- Aguilar Guzmán, E. (2000). *Cartas a un diabético*. México: Trillas
- Alatel, S.L. & MedySalud, S.L (2006). *Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo* (2002). Consultado diciembre, 27, 2006, en:
<http://www.friates/genera/genera.htm.%infogeral>
- Albuquerque, R. (2008). *¿Cómo cuidar la hiperglicemia?* Consultado octubre, 13, 2008 en: <http://www.diabetes.org.br/diabetes/hiperg.php>
- Albuquerque, R. (2008) *¿Qué es la hipoglicemia?* Consultado octubre 13, 2008 en:
<http://www.diabetes.org.br/diabetes/hipog.php>
- Alvarado Martínez, V., Ayala González, M. del C., Espinosa Mendoza, M. C., & Aguilar Tlalpale, R. M. (2008). *Empoderamiento y autocuidado*. México: Asociación Nacional Mexicana de Educadores en Diabetes.
- American College of Sport Medicine (1998). Ejercicio y Diabetes Mellitus. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29 (12), i-vi.
- American Diabetes Association (1994). *Treatment of Diabetes Mellitus and Complications*. *Diabetes Care*, 1994, s114-s120
- American Diabetes Association (1996). National Standards for Diabetes Self-Management Education Programs and American Diabetes Association Review Criteria. *Diabetes Care*, 19, s114-s120. Consultado 24 de octubre de 2008 en: <http://www.diabetes.org/DiabetesCare/Supplement/s114.htm>
- American Diabetes Association (2002). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 25, 213–229.

American Diabetes Association Expert Committee (1997). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 20, 1183.

American Diabetes Association (2004). Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 27(Suppl.1): S11-S14.

American Diabetes Association (2006a). Complications of Diabetes in the United States. *Diabetes Care*. (suppl 2): S2-S24.

American Diabetes Association.(2006b) Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, (suppl 1):S4-S42.

American Diabetes Association (2007). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 28: 537-542.

Amigo Vázquez, I., Fernández, C. & Pérez Álvarez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Anderson, R. M.; Fitzgerald, J.T.; Wilson, K.; Davis, W. & Hiss, R. (1997). A comparison of Global versus disease-specific quality-of-life measures in patients with NIDDM. *Diabetes Care*, 20, 299-305.

Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educator*, 26, 597–604.

Anderson, R. M. & Robins, I. S. (1998). How do we know? Reflections qualitative research in diabetes. *Diabetes Care*, (21).

Andreoli, T. (1997). *Compendio de medicina interna*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

- Angermeyer, M.C.; Kilian, R. & Meils, H. (1999). *WHOQOL 100: Handbuch für die Deutschsprachige Version des WHO Instruments zur Erfassung von Lebensqualität*, Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Aragón, S. F. & Ortiz, R. P. (2002). *Diabetes y sus complicaciones: Pie diabético*
Consultado junio, 11, 2004 en: <http://www.orbita.starmedia.com/jergocir/>.
- Arnold, M. (1995). Guidelines for facilitating a patient empowerment program. *Diabetes Education*, 21, 308–312.
- Arredondo, A; Zuñiga, A. (2004). Economic Consequences of Epidemiological Changes in Diabetes in Middle-Income Countries. The Mexican Case. *Salud Pública de México*, 27, (1), 104-109.
- Atkinson, W. (2004). Stress. *Risk Management*, 6 (51), 1.20-1.25.
- Bandura, A. (1975). The ethics and social purposes of behavior modification. En C. M. Franks & G. T. Wilson (Eds.). *Annual review of behavior therapy theory and practice* (vol. 3). New York: Brunner/Mazel.
- Baptista, R. (2008). *¿Cómo cuidar la hipoglicemia?* Consultado octubre 13 del 2008 en: <http://www.diabetes.org.br/diabetes/hipoglicemia-comocuidar.php>
- Bayés, R. (1987). Factores del aprendizaje en la salud y la enfermedad. *Revista Española de la Terapia del Comportamiento*, 5, (2), 119-135.
- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1975) Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.

Boletín de Prensa del Instituto Mexicano del Seguro Social (2004). *En sólo tres décadas se habrá triplicado la población con diabetes mellitus en México*. Consultado Marzo, 10, 2006 en: <http://www.imss.gob.mx>.

Borges Yáñez, S. A. & Gómez Dantés, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, 40, 13-23.

Bressan, Josefina. (2008) *Dicas para fazer uma alimentacao saudavel*. Brasil: Sociedad Brasileña de Diabetes.

Brown, S. A. (1999). Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. *Diabetes Education*, 25, 52–61.

Calvo Romero, J. M. & Lima Rodríguez, E. M. (2001). Revisión de conjunto: Objetivos y Estrategia Terapéutica en la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Anales de Medicina Interna*, 17 (7), 41-48.

Canadian Diabetes Association (2008) *Traveling Diabetes Resource Program*. Consultado Julio 23 del 2008 en: <http://www.diabetes.ca/get-involved/resources-entry/traveling-diabetes-resource-program/>

Cantero, M. (2007) *Tabaquismo eleva riesgo de padecer diabetes tipo 2*. Consultado Enero, 11, 2008 en: http://www.nacion.com/ln_ee/2007/diciembre/22/aldea1362292.html

Cardozo, J. (2002). *Estilo de vida y Diabetes*. Consultado Marzo, 20, 2004, en: <http://www.diabetesaldia.com/Default.aspx?SecId=258>

Castro Sánchez, A. E. (2006). El apoyo social en la enfermedad crónica. El caso de los pacientes diabéticos Tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 7(4), 1-24.

Centro Antidiabético Nacional. (2002). *Diabetes*. Consultado Marzo, 29, 2005, en: <http://www.centroantiabetico.com/estadisticas.html>.

Clark, C. M. (1998). Reducing the burden of diabetes: The national Diabetes Education Program. *Diabetes Care*, 21 (suppl 3), C30-C31.

Comité Nacional para la Garantía de la Calidad (2008). *American Diabetes Association Recognition Programs. Diabetes Physician Recognition Program*. Consultado octubre, 31, 2008 en: <http://www.ncqa.org/tabid/139/Default.aspx>

Con-ciencia medica, abcmedicus (2001) *Disfunción Eréctil*. Consultado diciembre, 29, 2004 en: http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/id/9pagina/1/disfuncion_erec.html

Connell, C.M.; Fitzgerald, J.T.; Hickey, T.; Ingersoll-Dayton, B.; Klem, L. & Watkins, K. W. (2000) Effect of adults self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care*, 23, 1511-1515.

Daviglus, L. & Liu K (1998). Benedict's of a favorable cardiovascular risk factor profile in middle age with respect to medicare costs. *New England Journal Medical*, 39 (16), 1122-1129.

De Groot, M; Samson, J. & Jacobson, A. (1994). Quality of life in patient with type I and type II diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 17, 167 – 274.

- Delamater, A. M., & Cox, D. J. (1994). From research to practice: Psychological stress, coping, and diabetes. *Diabetes Spectrum* (7), 17-49.
- Del Castillo, A. A. (2005). *Intervención Cognitivo Conductual Grupal para mejorar la Adherencia Terapéutica y la Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- De la Fuente J. R. & Sepúlveda A. J. (1999). *Diez problemas relevantes de Salud Pública en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De los Ríos Castillo, J. L., Sánchez Sosa, J. J., Barrios Santiago, P. & Guerrero Sustaita, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42(2), 109-116.
- Deyo, Ra & Inui (1980). Dropoust and broken appointments. A literature review and agenda for future research. *Medical Care*, (18).
- Diabetesaldia.com (2007) *Disfunción eréctil*. Consultado Marzo, 09, 2006, en: <http://www.diabetesaldia.com/Default.aspx?SecId=100>
- Diener, E. (1995). Subjetive well-being. *Psychological Bulletin*, 84 (3), 542-575.
- Duran Varela, B. R. Rivera Chavira, C. B. & Franco, G. E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43.
- Elasz, T. A. (2001). A taxonomy for diabetes educational interventions. *Patient Education and Counseling*, 21.

Esquivel, S. A. (2002). *Diagnóstico de salud y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en Xalapa, Veracruz*. Consultado Marzo, 09, 2006, en: <http://www.universidadveracruzana.mx>.

Fain, J. A. (1999). Diabetes patient education research: An integrative literature review. *Diabetes Educator*, 25, 7–15.

Federación Internacional de Diabetes (2006). *Intervention and Education - Enhancing the lives of people with diabetes*. Diabetes Atlas 2006. Federación Internacional de Diabetes.

Federación Internacional de Diabetes (2007) *Treatment of Diabetes*. Consultado septiembre, 02, 2008 en: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=14>

Federación Mexicana de Diabetes (2006). *Los números de la Diabetes en México*. Consultado 21, julio, 2008 en: http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php

Feig, D.S. & Palda, V.A. (2002). Type 2 diabetes in pregnancy: a growing concern. *Lancet*, 359, 1690-1692.

Fracchini, F.S. (1992) Insulin resistance and Cigarette smoking. *The Lancet*, 399 (8802), 1128-1130.

Franz, M., Bantle, J., Beebe, C., Brunzell, J., Chiasson, J. L., Garg, A., Holzmeister, L. A., et al. (2002). Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications. *Diabetes Care*, 25, 148-198.

Foster, D.W. (1995). *The metabolic derangements and treatment of diabetic ketoacidosis*. *New England Journal of Medicine*, 309, 159-198.

- Funnell, M. (2001). Los nuevos roles en el cuidado de la Diabetes. *Diabetes Voice*, 46, 11-13.
- Ganong, W. (2000) *Filosofía Médica*. México: El Manual Moderno.
- García, R. & Suárez, R. (1992). *La educación al paciente diabético*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Glasgow, R. E. (1989). Diabetes-specific social learning variables and self care behaviors among persons with type II diabetes. *Health Psychology*, 8, 285–303.
- Glasgow, R. E., Anderson, R. A. (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. Something entirely different is needed. *Diabetes Care*, 22, 2090–2092.
- Glasgow, R.E., McCaul, K.D., & Schafer, L. C. (1987). Self-care behaviors and glycemic control in Type I Diabetes. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 399-412.
- Glasgow, R. E., Wilson, W., McCaul, K. D. (1985). Regimen adherence: A problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care*, 8, 300–301.
- González Pedraza Avilés, A. & Martínez Vázquez, R. (2007). Efectividad de una estrategia educativa sobre los parámetros bioquímicos y el nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15, (3), 165-174.
- González Schlenker, C. (2007). El papel de la organización y el empoderamiento de la comunidad en el control del paciente diabético. *Salud Pública de México*, 49, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública, E104, E105.

Grey, M.; Boland, E.A.; Davidson, M.; Yu, C.; Sullivan-Bolyai, S. & Tamborlane, W.V. (1998). Short –Term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes Care*, 21, 902-908.

Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFyC (2007). *Guía Clínica de Diabetes (DIAP-SAMFYC)*. Consultado el 24 de octubre de 2008 en: <http://www.cica.es/~samfyc/guia1.htm>

Guyton, A. (2001) *Tratado de Filosofía Médica*. México: MC Graw Hill Interamericana.

Hardy, K. J.; O'Brien, S. V. & Furlong, N. J. (2001). Quality improvement report: Information given to non-attendance rate patients before appointments and its effect on non-attendance rate. *BMJ*, 323, 1298-1300.

Harris, M.I; Flegal, K.M. & Cowie, C.C. Prevalence of Diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults: The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1982-1994. *Diabetes Care*, 21, 518

Haynes, R. B. (1979). *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

Helmrich, S.P; Ragland, D.R; Leung, R.W & Paffenbarger, R.S. (1991) Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N. England J Med*, 325, 147.

Hentinen, M. (1987). Adherence to treatment. Pro nursing annual book. *Publication Series, A1*, 78-82.

Hollander, E. P., Brenes, J. C., Quiroz, D. & León, G. (2006). Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-versión III (EATDM-III) en una muestra de pacientes de Costa Rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 31-38.

Hollander, E. P., & Offerman, L. R. (1990). Power and leadership in organizations, *American Psychologist*, 45, 179-189.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2008). *¿Qué es PREVEINMSS?* Consultado Agosto, 01, 2008, en: <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss>

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2007). *Anuario Estadístico de Hidalgo*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática e Instituto Nacional de las Mujeres (2007). *Hombres y Mujeres en México*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de de Salud (2006). Encuesta nacional de Salud y Nutrición. *Resultados por entidad federativa, Hidalgo*. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.

Instituto Nacional de Salud Pública (2002). Estadísticas de mortalidad en México. Muertes registradas en el año 2000. *Salud Publica de México*, 44 (3), 266-282.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2008). *Derechohabientes, con aplicación de programas preventivos*. Consultado Febrero, 09, 2006, en: http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/discursos/2006/jun01_2006.html

International Diabetes Federation (2004) *Diabetes and Obesity: Time to Act*.
Federación Internacional de Diabetes.

International Diabetes Federation (2005). *Clinical Guidelines Task Force. Guía Global para la Diabetes Tipo 2*. Barcelona: Federación Internacional de Diabetes.

International Diabetes Federation (2006). *Diabetes, Atlas 2006*. Brussels.
Federación Internacional de Diabetes.

Jiménez Jiménez, C. (1998). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II*.
Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Córdoba (1998).

Kathleen, I. (1998) *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. México: Mc Graw Hill
Interamericana.

Kawakami, N.; Takatsuka, N; Shimizu, H. & Ishibashi, H. (1999). Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. *Diabetes care*, 22, 1071-1076.

King, H. & Rewers, M. WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. Global estimates for prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in adults. *Diabetes Care*, 16, 157.

Kinmonth, A. L. (1998). Randomized controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: Impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care from Diagnosis Research Team. *British Medical Journal*, 317, 1202–1208.

Kyngás, H. (2000). Compliance of adolescents with diabetes. *International Pediatric Nursery*, 15, 260-267

- Laguna, J. (2000) *Bioquímica*. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana.
- Lane, J., Mccaskill, C., Williams, P., Parekh, P., Fleinglos, M. & Surwit, R. (2000). Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23, (1), 1321-1325.
- Latorre, P. J. M. & Beneit, M. P. (1994). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires Argentina. Lumen
- Lavalle González, F. (2003). Abordaje clínico y terapéutico de la Hipertensión Arterial en Diabetes Mellitus Tipo 2. *Diabetes Hoy. Medicina y Salud*, 4 (1), 952-958.
- Lazarus, S. R. & Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Lazcano Ortiz, M. & Salazar Lazcano, B. C. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Chía*, 7(1), 77-84.
- Lewin, K. (1999). *A dynamic theory of personality*. New York USA: Mc Graw-Hill.
- López-Carmona, J. M. (2004). Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Atención Primaria*, 33 (1), 20-27.
- Macia-Antón, D. & Méndez, F. (1999). Las líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En M. A., Simon (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. (pp. 217-256). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Martín Alfonso, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3).
- Martínez, P.(2002). *Complicaciones crónicas retinopatía diabética*. Consultado julio, 2, 2004, en:
<http://www.diabetesaldia.com/Default.aspx?SecId=140>
- Martorell, R. (2005). *La diabetes mellitus y los mexicanos ¿Por qué están vinculados?*. Consultado Marzo, 12, 2006 en
<http://cdc.gov/spanish/enfermedades/diabeteshtm>.
- Mazze, E.L., Strock, G.S., Richard, B., Manuel, D., Joel, R.S. y Donnel, E. (2003). Manejo de Diabetes por Etapas, un Enfoque Sistematizado. New England. International Diabetes Center.
- McCulloch, D. K. (1998). A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: Early results and lessons learned. *Effective Clinical Practice*, 1, 12–22.
- Medlineplus (2005) Enciclopedia Médica: *Diabetes Mellitus*. Consultado febrero, 20, 2005 en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/endocrinosystemhormones.html>
- Mercado-Martínez, F.J., Robles Silva, L.; Ramos Herrera, I. M.; Moreno Leal, N. & Alcántara Hernández, E. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública* 15(1), 179-186.

- Mercado-Martínez, F. J.; Alcántara-Hernández, E.C.; Lizardi-Gómez, A. & Benítez-Morales, R. (2003). Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Atención Primaria*, 31(1), 32-38.
- Merck Sharp & Dohme de España, S.A. (2007). *Obesidad y diabetes*. Consultado Octubre, 12, 2007 en:
http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/diabetes/factores.html#section_2
- Merck Sharp & Dohme de España, S.A. (2007). *Urbanización y diabetes*. Consultado octubre, 12, 2007 en:
<http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/diabetes/factores.html#top>
- Morse, J. M., Mitcham, C. Hupsey, J. E. & Tason, M. C. (1996). Criteria for concept evaluation. *Journal of Advancess Nursery*, 24, 385-390.
- Morales, C. F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Paidos.
- Mulhause, I. (1994). Cigarette smoking and diabetes: an update. *Diabet Med*, 11, 336-343.
- Nathan, D. M. (1995). Inferences and implications. Do results from the Diabetes Control and Complications Trial Apply in NIDDM?. *Diabetes Care*, 18, 251-257.
- Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y Familia. Manual de Intervención Psicosocial*. España: Paidos.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson Editores.

Olivares Sanromán, M. (2007) *Síndrome metabólico. Diabetes Hoy*. Consultado septiembre, 22, 2007 en:
<http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/diabetes.php?sec=adultos&key=1220651047947>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Iniciativa de diabetes para las Américas: Plan de acción para América Latina y el Caribe. La respuesta de la salud a las enfermedades crónicas.* Documento SSP 36/10.

Organización Mundial de la Salud (2002). *World Health Report 2002*. Ginebra World Health Organization

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (2006a). *Diabetes*. Consultado 17 de octubre de 2008. en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2006b) *Nota descriptiva N°312*, Septiembre de 2006, en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>

Organización Panamericana de la salud (2001) *La Diabetes en Latinoamérica. Epidemiological Bulletin*, 22, (2).

Orutea Sánchez, R. (2006). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-48.

- Pereiro Gómez, C. (2006). Alcohol y diabetes: más evidencias sobre daños para la salud. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 18(3), 283, 284.
- Peyrot, M. (1999). Behavior change in diabetes education. *Diabetes Educator*, 25, 62–73.
- Pill, R. (1998). A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. *Family Practice*, 15, 229–235.
- Plana Pintos, R.; Vázquez Troitiño, F.; Malo García, F. & García Soidán, F. J. (2002). *¿Qué es la diabetes gestacional?*. Consultado 28 mayo de 2007 en en:
http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_gestacional.asp#diagnostica
- Povéda, S. R. (2002). *Problemas crónicos de la salud cardiovasculares*. Consultado junio 16 2002 en:
<http://www.perso.wanadoo.es/aniortenic/apuntciudadcronic9.htm>
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C.L. (1993). Stages and process of self change. Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65(5), 778–788, 87-106.
- Puente, F. (1984). *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*. México. *Puente Silva, F.*
- Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72, 68D-74D.

- Razvodovsky, Y. E. (2006). El efecto de la agregación entre el consumo de alcohol y la tasa de mortalidad por diabetes mellitus. *Adicciones*, 18, 275-282.
- Reave, G. (2005). The metabolic syndrome: requiescat in pace. *Clinical Chemistry*, 51 (6), 931-938.
- Reaven, G.M. (1992) Insulin resistance and Cigarette smoking. *The Lancet*, (399), (8802), 1128-1130.
- Robledo de Dios, M. L. (1999). *Familia y Enfermedad*. México: Paidós.
- Robles García, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J J., Páez Agraz, F. & Nicolini Sánchez, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15, (2), 247-252.
- Robles-Silva, L.; Mercado Martínez, F.J.; Ramos Herrera, I.M.; Alcántara Hernández, E. & Moreno-Leal, N.C. (1995). Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Pública de México*, 37, (3), 187-195.
- Rodríguez, Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Moran, M. & Guerrero Romero, J. F. (1997). *Importancia del apoyo de la familia en el control de la glucemia*. *Revista Salud Pública México*, 49, 44 – 47.
- Rodríguez Saldaña, J. (2002). *Servicios de Salud en Hidalgo, Subdirección de Investigación y Enseñanza. Sistema de Información y Estadística para la Población en General*. México: SSA-H.

- Rodríguez Ortega, G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.
- Rose, M.; Fliege, H.; Hildebrant, M; Schirop, T. & Klapp, B.F. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care* 25, 35-42.
- Rutter, J. B. (1966) Generalized expectatives for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 90 (1), 1-28.
- Sabate E. (2001). *WHO Adherence Meeting Report*. Geneva: World Health Organization.
- Sánchez, G. A., Sánchez, R. J. A. & Amado, S. J. A. (1998). *Corazón sano. Prevención de la arteriosclerosis*. Consultado Marzo, 29, 2005 en: <http://www.plantea.pntic.mec.es/~jsanch14sp10.htm>.
- Santacruz Varela, J. (1983). La familia como unidad de análisis. *Revista médica IMSS*, 21, 348 – 357.
- Sauceda – García, J. M. y Foncerrada, M. M. (1981). La Exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Revista médica IMSS*, 4, 348 – 357.
- Schernthaner, G. (1996). Cardiovascular mortality and morbidity in type-2 diabetes mellitus. *Diabetes. Res Clin Pract*, 31, 3-13.
- Schlundt, D. G. (1994). Evaluation of a training program for improving adherence promotion skills. *Patient Education and Counseling*, 24, 165–173.

- Secretaría de Salud (2008). “*Vivir Mejor*” Consultado septiembre, 09, 2008 en:
http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/prog_vivir_mejor.pdf
- Secretaría de Salud de Hidalgo (2002). *Programa de implantación en el estado de Hidalgo*. México: SSA-H.
- Seevers, R. T. (1991). Diabetes Support groups: structure, function and professional roles. *The diabetes Educator*, 17, 401 – 406.
- Shwartz (1983). Medications errors made by elderly. Chronically ill patients. *American Journal of Public Health*. 11, 225-238
- Silva Maldonado, P. (2004). *La diabetes mellitus tipo II y su descripción biopsicosocial desde la perspectiva de psicología de la salud*. Monografía profesional. México. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Silva Maldonado, P. & Guzmán Saldaña, R.M.E. (2006). *Psicodiabetes: Factores psicosociales relacionados con la diabetes*. Colombia: Psicología.Com
- Skinner, T. C. (2002). Recurrent diabetic ketoacidosis: causes, prevention and management. *Horm Res* 57, 78 -80.
- Solberg, L. I., Desai, J. R., O'Connor, P. J., Bishop, D. B. & Devlin, H. M. (2004). Diabetic patients who smoke: are they different? *Ann Fam Med*, 2, 26-32.
- Stamler, J., Vaccaro, O., Neaton, J. D. & Wentworth, D. (1993). Diabetes, other risk factors, and 12-year cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care*, 16, 434-444.
- Steven, V. (1988). Type 2 Diabetes Mellitus. *Advances in Internal Medicine*, 43, 56-64.

The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT) (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329, 977-986.

The Patient Education Institute (2008). X-plain. *Diabetes y Plan de Nutrición*. Consultado 15 Octubre de 2008. en : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/diabetesmealplanningspanish/db0591s4.pdf>

Thomas, M.C.; Zimmet, P. & Shaw, E. (2006). Identification of obesity in patients with type 2 diabetes from Australian primary care. *Diabetes Care*, 29, 2723-2725.

Tuomi, T; Carlsson, A; Li, H. (1999). Clinical and genetic characteristics of type 2 diabetes with and without GAD antibodies. *Diabetes*, 11999; (48), 150.

UK Prospective Diabetes Study Group (1998a). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS). *Lancet*, 352, 837-853.

UK Prospective Diabetes Study Group (1998b). Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* , 352, 854-865.

Universidad de Navarra. Clínica Universitaria. (2002). *¿Qué es la diabetes?* Consultado Marzo, 29, 2005, en: <http://www.ondasalud.com/2002bis/diabetes/htm>.

- Vargas, P. & Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud. Una perspectiva psicológica. En G. R. Ortiz. *Psicología y Salud. La experiencia mexicana*. (pp-97-157). Jalapa, México: Universidad Veracruzana
- Vázquez Chávez, C. (2004). Capítulo 2. Tratamiento nutrición en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, (2), Suppl. 1, 15-22.
- Vázquez Olvera, 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 grado de licenciatura en Psicología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.
- Vázquez Ruíz, F., Ruíz, L.G., Corlay Noriega, I. & Toledo Palacios, I. (2006). *Manejo de las Emociones en la Diabetes*. México: Sinaí Editores
- Vélez, H. (1998). *Fundamentos de Medicina*. Colombia Corporación para investigaciones Biológicas.
- Von Korff, M. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127, 1097–1102.
- Wagner, E. H. (2001). Chronic care clinics for diabetes in primary care: A system-wide randomized trial. *Diabetes Care*, 24, 695–700.
- Walker, S. R. (1987). *Quality of life. Assessment and application*. Lancaster: MPT Press.

Well Connected.Com (2000). *Diabetes y alimentación*. Consultado 18 julio 2008 en:

<http://www.well-connected.com/rreports/doc42S.html>

Wilson, W. (1986). Psychosocial predictors of self care behaviours (compliance) and glyceimic control in non insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9, 614–622.

Wright, E. C. (1993). Non compliance or how many aunts has matilda? *Lancet*, (342), 909-913.

Zambrano, A. (2002). *Retinopatía Diabética*. Consultado agosto 01, 2003 en: <http://www.latinsalud.com/articulos/00619.asp>

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**



**ESTILO DE VIDA, ADHERENCIA TERAPEÚTICA Y APOYO
SOCIAL EN DIABETES TIPO 2
GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA PERSONA QUE
PADECE DIABETES**

DATOS GENERALES

Clave de identificación:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Estado civil:

Escolaridad:

DIAGNÓSTICO

- 1.-¿Hace cuánto tiempo sabe que tiene diabetes?
- 2.-¿Cómo supo que tenía diabetes?
- 3.-¿Qué le acontecía?
- 4.-¿Quién le atendió?
- 5.-¿Qué sintió cuando se enteró que era diabético (a)?
- 6.-¿Qué tratamiento siguió?
- 7.-¿A qué considera que le halla dado diabetes?
- 8.-¿Cuáles fueron sus síntomas principales?
- 9.-¿Algún familiar cercano ha padecido diabetes?
- 10.-¿En qué tiempo fue a pedir ayuda médica después de la presencia de los primeros síntomas? ¿Por qué?

ESTILO DE VIDA

ANTECEDENTES

- 11.-En términos generales ¿cómo ha sido su vida?
 - a) familiar
 - b) escolar
 - c) laboral
 - d) sexual

HÁBITOS

- 12.-¿Con qué frecuencia hace ejercicio?
- 13.-¿Qué tipo de ejercicio realiza?
- 14.-¿Cuánto tiempo tiene haciendo ejercicio?
- 15.-Mencione como era su alimentación antes de la diabetes (describa desayunos, comidas y cenas)

ADHERENCIA TERAPEUTICA

TRATAMIENTO

- 16.-Mencione cuál es su alimentación actual (describa desayunos, comidas y cenas)
- 17.-¿Le gusta su alimentación actual? ¿Por qué?
- 18.-Actualmente ¿cuál es el tratamiento que le indicó su médico?
- 19.-Mencione cual es el medicamento y la dosis que le prescribió el médico?
- 20.-Alguna vez ha utilizado insulina por emergencia de hiperglicemia? (internamiento hospitalario)

CONSECUENCIAS

- 21.-¿Cuáles han sido las molestias en su organismo a consecuencia de la diabetes?
- 22.-¿Padece alguna otra enfermedad además de la diabetes? (mencione cual es en caso de padecerla)
- 23.-¿Sigue algún tratamiento para esa otra enfermedad?

CONTROL

- 24.-¿Con qué frecuencia se checa su glucosa en sangre?
- 25.-¿Es por método de laboratorio o por tiras reactivas comerciales?
- 26.-Mencione los valores promedio de su glucosa en sangre
- 27.-En caso de no recordarlos ¿por qué no los recuerda o por qué no los registra?
- 28.-¿Lleva algún registro, archivo, o expediente médico personal y por qué?
- 29.-¿Con qué frecuencia asiste a su control con el médico?

COMPLICACIONES A CORTO Y LARGO PLAZO

- 30.-¿Ha tenido problemas graves relacionados con la diabetes?
- 31.-¿Ha tenido problemas físicos a consecuencia de la diabetes? (en ojos, infecciones, pies, insuficiencia renal, etc.)
- 32.-¿Ha tenido problemas emocionales?
- 33.-¿Ha tenido problemas familiares?
- 34.-¿Le cuesta trabajo seguir el tratamiento para la diabetes?
- 35.-Actualmente ¿Considera que tiene control sobre su diabetes?

APOYO SOCIAL

(MATERIAL Y EMOCIONAL)

- 36.-¿En qué institución de salud es derechohabiente?
- 37.-¿Qué información brinda esa institución?
- 38.-¿Cuál es el apoyo que le brinda la institución?
- 39.-¿Pertenece a algún grupo de autoayuda en la institución?
- 40.-¿Sus familiares le apoyan en la alimentación adecuada?
- 41.-¿Sus familiares ingieren de esa misma alimentación?
- 42.-¿Sus familiares proyectan emociones hacia Usted, tales como miedo, rechazo, coraje, etc.?
- 43.-¿Sus familiares asisten a un grupo de autoayuda junto con Usted?
- 44.-¿Otros familiares y amigos le apoyan en la alimentación adecuada?
- 45.-¿Otros familiares y amigos ingieren de esa misma alimentación?
- 46.-¿Otros familiares y amigos proyectan emociones hacia Usted, tales como miedo, rechazo, coraje, etc.?
- 47.-¿Otros familiares y amigos asisten a un grupo de autoayuda junto con Usted?
- 48.-¿Cómo le apoyan en su trabajo para su tratamiento y control de su diabetes?
- 49.-¿Se informa acerca de su enfermedad por medio de internet?
- 50.-¿Pertenece a un club, grupo, etc., por medio de internet?
- 51.-¿Pertenece a alguna asociación, dependencia, club, grupo de autoayuda de manera independiente?
- 52.-¿Cuál es su función?
- 53.-¿Cuál es su cargo?
- 54.-¿Con qué frecuencia se reúnen?
- 55.-¿Qué actividades realizan?
- 56.-¿Qué temáticas abordan?
- 57.-¿Cuál es el número de participantes?