

11241
90
64

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Tesis para Obtener el Diploma de
Especialización en Psiquiatría

**"Apego Terapéutico y Complicaciones en el Paciente Diabético:
Su Relación con algunos Factores Clínicos y Psicosociales"**

Alumno: Dra. Priscila Uribe Ramírez
Médico Residente de 3er. año.
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Tutor Teórico

Tutor Metodológico

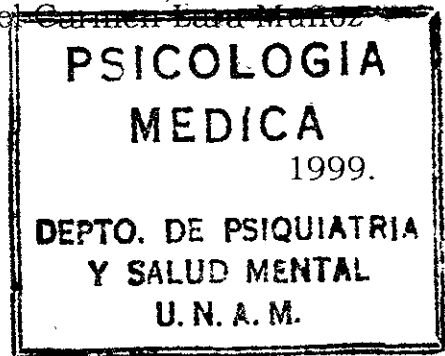
Dra. Ma. del Carmen Lara Muñoz

Dra. Ma. del Carmen Lara Muñoz

Uo. Bo.

2000

Dr. Alejandro Díaz



276168



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A mis padres
Por su incondicional y constante apoyo
Y por permitirme ser.*

*A mis profesores
Por mostrarme este camino
Y compartir su amor a esta profesión*

ÍNDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del Problema	10
Hipótesis	11
Objetivos	12
Material y Métodos	13
Resultados	19
Discusión y Conclusiones	26
Bibliografía	29

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus, como enfermedad crónico-degenerativa, es un problema de salud a nivel mundial; debido a la creciente gravedad de este problema, se han planeado estrategias específicas para su detección, control y tratamiento oportunos; sin embargo, la frecuencia de complicaciones agudas y tardías va en aumento. Las estrategias para el cuidado del paciente diabético se han efectuado en diversas partes del mundo, con resultados inciertos, entre estas estrategias, destaca la importancia del autocuidado, como el conjunto de actividades que un paciente realiza para el control de su enfermedad, es decir, en pro de su salud.

En la diabetes mellitus, el logro de un adecuado control metabólico depende de la naturaleza del padecimiento (tipo de diabetes), lo acertado del plan terapéutico, y, de la conducta de automanejo del propio paciente. Se han identificado una serie de factores que influyen en el autocuidado del paciente diabético; desde el punto de vista psicosocial:

- Mecanismos de contención (amortiguadores o reguladores) ante eventos estresantes vitales, como el desarrollo de complicaciones etc.
- Soporte social, o disponibilidad y calidad de apoyo psicosocial para el paciente, atención médica por parte de los servicios de salud, etc.

En las últimas décadas, se ha hecho evidente la manera cómo los contactos sociales y el apoyo familiar repercuten en la enfermedad y su desenlace; considerando al apoyo social como un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica, en este caso, la diabetes mellitus; además, influye en el desarrollo de conductas a favor de la salud y autocuidado, así como en la adherencia al tratamiento, y, por ende, en el control metabólico.

Las investigaciones sobre control metabólico en pacientes diabéticos, demuestran que las técnicas de relajación y las intervenciones de apoyo social, mejoran los controles de glucemia en sangre; sin embargo, existen pocos estudios que demuestren que los mecanismos de contención protejan a los individuos de los efectos del estrés, especialmente en adultos.

En nuestro estudio, intentamos, conocer los factores de soporte social y mecanismos de contención en el paciente diabético, y su influencia en el control metabólico. Conocer más acerca de estos factores, es útil, no sólo para los médicos, sino en general, para los involucrados en los sistemas de atención a la salud, ya que pueden desarrollar programas enfocados a tratar estos aspectos, mejorando la calidad de vida del paciente, al disminuir la frecuencia de complicaciones, y también, disminuyendo costos de atención.

ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus, es un síndrome clínico, caracterizado por hiperglucemia, debido a la deficiencia de insulina o, a alguna alteración en su eficiencia funcional; es la enfermedad endocrina más común, con una prevalencia mundial estimada de 1-2% de la población. (7).

Se estima que 15 millones de individuos que viven en Estados Unidos tienen diabetes mellitus y que el número de pacientes va en aumento. El impacto en salud pública de esta enfermedad, está asociado con la morbimortalidad. En 1990, fue la séptima causa de muerte en Estados Unidos y en 1997 fue la primera causa de nuevos casos de enfermedad renal terminal y ceguera. Esto, aunado a que los pacientes con diabetes mellitus tienen de 3 a 5 veces más riesgo de padecer enfermedades cardíacas y 40 veces más riesgo de sufrir la amputación de alguna extremidad a causa de las complicaciones de la enfermedad; estas complicaciones, representan un gasto de 20 billones de dólares por año en cuidados para la salud.(8).

En México, los datos epidemiológicos respecto a la enfermedad y sus complicaciones son diversos, pero se estima una prevalencia de 3-6% de la población (9).

Ya que en América Latina y, particularmente en México, un número creciente de individuos padece alguna enfermedad crónica, la atención médica y el control de estos padecimientos implican no sólo la disponibilidad y organización de los servicios de salud, sino también, conocer el impacto que genera la enfermedad sobre los mismos enfermos y sus familias. (20).

Las enfermedades como la diabetes mellitus, se caracterizan por: Etiología incierta, comienzo insidioso, alternancia de períodos de exacerbación y remisión de los síntomas, aparición de complicaciones, tratamiento complejo, por último, su permanencia en el individuo por el resto de su vida. En consecuencia, el enfermo está obligado a realizar diversos y complejos cambios a nivel individual, familiar, laboral y social en muchos aspectos de su vida cotidiana. (20).

La influencia de los factores psicosociales en la diabetes mellitus, se conoce desde hace años. Thomas Willis en 1679, especuló acerca de “una pena prolongada” en la etiología de la diabetes. Posteriormente, Menniger afirmó que “ la ansiedad y la depresión son características del patrón de personalidad del paciente diabético”. Actualmente se sabe que son:

- a) Factores importantes en la etiología de la diabetes mellitus. De acuerdo a investigaciones previas, en las que se afirma que los factores psicológicos negativos influyen de alguna forma en el desarrollo de la enfermedad, por ejm., duelo no resuelto, pérdidas objétales, etc.
- b) Determinantes de fluctuaciones en el control metabólico del paciente diabético. Las investigaciones a este respecto, apuntan a la presencia de psicopatología asociada a la enfermedad, y a diferencias psicológicas entre los pacientes con buen o mal control metabólico; también, han tratado de describir un tipo de personalidad del diabético o “superestructura”, señalando a este tipo de pacientes como dependientes, con grandes niveles de ansiedad, preocupación oral, etc.
- c) Consecuencias de la diabetes, o producto de un desajuste agudo o crónico del paciente frente a la enfermedad. Señalando la influencia de factores psicológicos en la adherencia al tratamiento de acuerdo a la presencia de complicaciones, tiempo de evolución, etc.
- d) La reacción e influencia de la familia; ya que de acuerdo a las características de ésta, el paciente tendrá un buen o mal control metabólico. (12, 24).

Se ha reconocido, que una elevada proporción de pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente (DMID), son afectados por una o más complicaciones de la enfermedad, en alguna etapa de la evolución de la misma, sin embargo, cierto número de pacientes parecen ser más propensos a tener complicaciones que otros; varios investigadores, han examinado las características de los pacientes con DMID que permanecen controlados y sin presentar complicaciones durante largo tiempo y, sugieren que el control metabólico, es el principal factor en la prevención de complicaciones. (13)

La variable más importante que determina el curso de la diabetes mellitus, es el control de la glucemia, que puede evitar hospitalizaciones frecuentes y el desarrollo de complicaciones a largo plazo. Las dos principales teorías asociadas al pobre control metabólico son:

1. Orgánica: en la que se sugiere, que las complicaciones son consecuencia de respuestas metabólicas inapropiadas o patológicas.
2. Psicológica: en la que estos factores, favorecen el descontrol metabólico a través de conductas maladaptativas. (12).

Estudios previos, han examinado el efecto de la diabetes mellitus en las características psicológicas y sociales; pero son pocas las investigaciones que evalúan la relación entre los factores psicosociales y el control de la glucemia, esto último, es de vital importancia, en vista de que el control metabólico es el factor crucial en la prevención de complicaciones. (14).

Los factores psicosociales juegan un importante papel en la morbimortalidad de la población no diabética, aunque, algunos investigadores sugieren que factores como el estrés y el soporte social, son de gran importancia, en especial, en los pacientes diabéticos. El papel que estos y otros factores psicosociales juegan en la determinación de morbimortalidad de pacientes diabéticos, aún no ha sido definido. (21, 25, 28).

De acuerdo a las investigaciones de Glasgow en 1997, se acepta y enfatiza la importancia de factores sociales y ambientales, como el estatus socioeconómico, relación sociodemográfica, etc., con la severidad de la enfermedad, ya que en la mayoría de los pacientes, se encontró, que estos aspectos afectaban directamente la calidad de vida de los pacientes. (5).

Los estudios de factores psicosociales en diabetes mellitus, han evolucionado a través de diferentes investigaciones en la última mitad del siglo. Los primeros estudios clínicos, se enfocaron a eventos estresantes y características de personalidad, y demostraron un componente psicofisiológico para el control de la diabetes mellitus, no obstante, la evidencia de una etiología psicosomática para la enfermedad, fue poco convincente. Las investigaciones posteriores, examinaron las conductas de tratamiento específico, cuyos resultados demostraron que aparentemente los niveles de glucosa

normales, pueden disminuir las complicaciones de la enfermedad. Las investigaciones más recientes, han mostrado, que el estrés, es un factor importante en el control metabólico, pudiendo mejorarlo, pero no hay informes sobre la susceptibilidad individual al estrés, y, a pesar de que han identificado varias características sociofisiológicas asociadas a la respuesta al estrés, no hay estudios suficientes de sus efectos en el control de la glucemia. (17).

Existe un número sustancial de documentos acerca de la relación entre soporte social y salud mental y física. Aunque hay varias definiciones sobre soporte social, el consenso general lo conceptualiza como: Todas aquellas conductas sobre la salud y sus resultados. En cuanto a diabetes mellitus, la mayoría de los estudios sobre soporte social se han enfocado a las relaciones entre miembros de la familia, y también, hay pocas investigaciones en adultos. (6).

Durante la década pasada, el rápido desarrollo en la investigación ha llevado a un creciente interés sobre los efectos del soporte social en la salud. El soporte social, de acuerdo a las estrategias utilizadas se define de varias formas. Cobb menciona que es la información principal de los individuos para creer que son amados, cuidados, estimados y valorados, y, que al parecer, pertenecen a una red de comunicación y mutua obligación. Schaeffer incluye a este concepto, el que sea un soporte emocional y tangible. House, distingue entre soporte emocional, apreciación del soporte, soporte informacional y soporte instrumental. (1).

El soporte social, de acuerdo a lo anterior, se define, como las percepciones que tiene un individuo sobre el amor, cuidados, el tener un confidente o amigo a quien relatarle algún evento, y con ello, disminuir los niveles de depresión y estrés; esto mejora la adaptación. En términos prácticos, el soporte social, son los medios externos o sociales para disminuir el estrés durante una crisis en la vida. (1).

La mayoría de los trabajos sobre soporte social, se basan en la hipótesis reguladora, donde los eventos de vida estresantes se relacionan con la salud o el bienestar físico y psicológico. Por ello, los eventos de vida, son vistos como factores estresantes, pero en realidad, esta respuesta se debe a estilos o mecanismos individuales de contención. El soporte social, afecta la forma cómo un individuo resuelve una situación, puede ser el

primer recurso de contención, o, puede interactuar con otros mecanismos de contención para disminuir el estrés. (1, 11).

La literatura sobre soporte social, proporciona información sobre la asociación entre sociedad y salud, pero muchas de estas investigaciones tienden a conceptualizar al soporte social de forma unitaria; el soporte social, es visto como promotor de la salud y/o de conductas en pro de la salud, o bien, como amortiguador de los efectos adversos de los estresores. (4).

Algunas teorías sobre soporte social, lo tratan como una situación benéfica para la salud, lo cual es una idea errónea, ya que las relaciones sociales no son necesariamente benéficas. (4).

Se considera que el estrés psicosoical crónico, altera el control metabólico de adultos y niños con diabetes mellitus, y hay dos explicaciones alternativas para esta consideración: La primera hipótesis, propone que los estados de estrés, alteran las conductas rutinarias (hábitos terapéuticos como dieta, ejercicio, etc.), y la segunda hipótesis, propone que el estrés inicia un proceso psicofisiológico en las hormonas contrarreguladoras que son secretadas, incrementando los niveles en sangre de sustancias como glucosa y ácidos grasos libres. A pesar de lo expuesto, las investigaciones alrededor de estas hipótesis y sus resultados, no han sido concluyentes, por eso, los autores sugieren, que los mecanismos de contención, pueden ser una mejor explicación definitiva en las diferentes respuestas al estrés, en los pacientes diabéticos y su control metabólico. (15, 18).

La literatura sobre estrés, sugiere que sus efectos deletéreos pueden ser minimizados a través del uso de técnicas de manejo del estrés, como el soporte social y mecanismos de contención. Hay algunos estudios, que muestran la mejoría en el control de la glucemia en pacientes con “adecuado soporte social”; sin embargo, pocas son las investigaciones que demuestran que los mecanismos de contención protegen a los individuos de los efectos del estrés, especialmente en adultos. Ya que los mecanismos de contención incrementan o disminuyen el estrés psicosocial y, con ello, aumentan o disminuyen los niveles de glucosa en sangre. (18).

Los mecanismos de contención se clasifican en dos grandes categorías:

- 1) De emoción enfocada: Aquellos que disminuyen la amenaza sin alterar el medio ambiente (cambios internos).
- 2) De problema enfocada: Aquellos que buscan disminuir la amenaza asociada a alguna condición externa, por un cambio en el medio ambiente y, por ende, eliminando la amenaza (cambio externo).

Ambos tipos de mecanismos de contención, han sido hipotetizados como formas inhibitoras del estrés, no obstante, pueden ser inefectivos y exacerbar los efectos del mismo; de acuerdo a esto, los mecanismos de contención se pueden subclasificar según aumenten o disminuyan la respuesta al estrés, pudiendo ejemplificarlos de la siguiente manera:

- a) Mecanismos que incrementan la respuesta al estrés:

La mayoría de ellos son de emoción enfocada, como la ansiedad, impaciencia y enojo.

- b) Mecanismos que disminuyen la respuesta al estrés:

Aquí se encuentran, mecanismos tanto de emoción enfocada como el estoicismo, y algunos mecanismos de problema enfocada como el pragmatismo y la negación.

Se requiere de un modelo multifactorial que incorpore todos los aspectos para dilucidar la relación entre variables psicosociales y sus efectos en procesos biológicos, así como sus resultados. La importancia de esta integración, fue enfatizada recientemente en la Conferencia Nacional de Diabetes Mellitus, para el entendimiento de las interacciones entre variables conductuales y biomédicas. (17, 18).

Aceptar el hecho de una relación psicosocial en los aspectos biológicos del individuo, ha intensificado el desarrollo del modelo integrador biopsicosocial de control de diabetes; para lo cual, se desarrollo un modelo conceptual, en el cual se ha propuesto que los factores psicosociales afectan de forma directa o indirecta el control metabólico en la enfermedad.

Entre los efectos directos implicados en la enfermedad, se habla del modelo estrés-contención-enfermedad, en donde el incremento de la tensión y el estrés psicosocial

concomitante, pueden aumentar los niveles de glucosa; de forma inversa, los factores que disminuyen el estrés como el soporte social y mecanismos de contención pueden mejorar el control metabólico. (17).

De los efectos psicosociales indirectos, se menciona, que están relacionados con el modelo: creencia de salud/enfermedad-conducta, entre ellos, se incluyen los hábitos de tratamiento como conocimiento acerca de la enfermedad, dieta, ejercicio, autodeterminaciones de glucemia, etc. De forma inversa, los factores indirectos que bloqueen o afecten estas conductas (problemas de orientación, falta de acceso a los medios de salud, demandas de trabajo, etc.), elevaran los niveles sanguíneos de glucosa y con ello, alteran el control metabólico y, quizá favorezca la aparición de complicaciones. (17).

Por último, en años recientes, los comités y programas de educación para pacientes diabéticos, han crecido considerablemente, sin embargo, no han reportado su eficacia; pero, se sabe, que las intervenciones educacionales pueden ser relevantes, no directamente en el control metabólico, sino en las motivaciones y actitudes que fomentan en el paciente para su autocuidado. De esta manera, los investigadores, sugieren que la educación de pacientes diabéticos, representan beneficios a largo plazo.

De este tipo de estrategias de atención, que permiten fomentar un adecuado soporte social al paciente, que de alguna manera le permita conocer y manejar efectivamente los mecanismos de contención, depende, en cierta medida, el mejor control metabólico, disminuir complicaciones y costos de atención, y mejorar la calidad de vida. (10, 23)

En nuestro estudio intentamos correlacionar factores como soporte social y mecanismos de contención, en el control metabólico de pacientes diabéticos; tomando en cuenta factores como sexo, edad, nivel socioeconómico, tipo de diabetes, tiempo de evolución complicaciones, enfermedades asociadas, tipo de tratamiento, etc., variables que, como hemos visto, se han estudiado en otros lugares (7, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 25, 26), que sin embargo, en nuestro país no existe información al respecto en este padecimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus, como enfermedad crónico-degenerativa, frecuente problema en nuestro medio, requiere de un tratamiento complejo, multidisciplinario y demandante; para lo cual, el paciente necesita de soporte social y mecanismos de contención, para hacer frente a los estresores, que de alguna forma comprometen el control metabólico.

La complejidad de los conceptos soporte social y mecanismos de contención, implica investigar múltiples áreas en la percepción de la vida de los pacientes.

¿Hay relación entre el apoyo social y los mecanismos de contención, con el apego terapéutico y las complicaciones de los pacientes diabéticos?

HIPÓTESIS

Todos los pacientes diabéticos internados en el Hospital General de Atizapan, con buen apoyo social y adecuados mecanismos de contención, tendrán mejor apego terapéuticos y menos complicaciones, que, aquellos pacientes, en quienes influyen negativamente los mismos factores, teniendo un mal apego terapéutico y mayor número de complicaciones de la enfermedad.

CONSECUENCIAS VERIFICABLES DE LA HIPÓTESIS:

Si lo anterior es cierto, todos los pacientes diabéticos con buen apoyo social y adecuados mecanismos de contención, tendrán mejor apego terapéutico y menos complicaciones.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la relación de algunos factores clínicos psicosociales con el apego terapéutico y las complicaciones de pacientes con Diabetes Mellitus en un Hospital General.

Ojetivos Particulares:

- ◆ Determinar la relación del sexo con el apego terapéutico y las complicaciones del paciente diabético.
- ◆ Determinar la relación del nivel socioeconómico con el apego terapéutico y las complicaciones del paciente diabético.
- ◆ Determinar la relación del tipo de diabetes mellitus, con el apego terapéutico y las complicaciones del paciente diabético.
- ◆ Determinar la relación del tiempo de evolución de la diabetes, con el apego terapéutico y las complicaciones del paciente diabético.
- ◆ Determinar la relación de las enfermedades asociadas con el apego terapéutico y complicaciones del paciente diabético.
- ◆ Determinar la relación del tipo de tratamiento establecido con el apego terapéutico y las complicaciones del paciente diabético.
- ◆ Determinar la relación del conocimiento que tiene el paciente diabético sobre su padecimiento y el apego terapéutico y complicaciones.
- ◆ Determinar la relación entre el apoyo social y el apego terapéutico y complicaciones, en el paciente diabético.
- ◆ Determinar la relación entre los mecanismos de contención con el apego terapéutico y complicaciones en el paciente diabético.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un escrutinio, transversal, homodémico.

Pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán, durante un período comprendido de mayo de 1999 a septiembre de 1999.

Se incluyeron pacientes masculinos y femeninos, mayores de 18 años, que aceptaron participar en el estudio se excluyeron pacientes con hipoacusia severa, confusión, retraso mental y diagnóstico reciente de diabetes mellitus (menos de un año).

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

VARIABLES DEPENDIENTES

Apego Terapéutico	Ordinal
Complicaciones de la diabetes mellitus	Ordinal

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Sexo	Dicotómica
Nivel socioeconómico	Ordinal
Tipo de diabetes	Nominal
Tiempo de evolución	Dimensional
Enfermedades asociadas	Nominal
Tipo de tratamiento	Nominal
Conocimiento de la enfermedad	Ordinal
Apoyo social	Ordinal
Mecanismos de contención	Ordinal

* Cuestionario de apego terapéutico del Instituto Nacional de la Nutrición, con el que se evaluó:

Edad, sexo, nivel socioeconómico, tipo de diabetes, tiempo de evolución, complicaciones, enfermedades asociadas, tipo de tratamiento, control metabólico y conocimiento de la enfermedad.

Este cuestionario, consta de 36 preguntas subclasificadas de acuerdo a dos índices:

a) Cuestionario sobre conocimiento de la enfermedad, preguntas de la 13 a la 25, con un máximo obtenible de 10 (un punto por cada respuesta correcta en las preguntas 13 a 20 y 0.4 puntos de la 21 a 25).

b) Autoevaluación, en la que el paciente se asigna una calificación del 1 al 10 en cuanto a la apreciación de su conocimiento de la enfermedad.

En ambos casos, cero es la peor calificación, y diez la máxima obtenible.

Para medir el grado de adherencia terapéutica, se determinaron dos índices: un puntaje por cuestionario de puntos específicos (4 preguntas), y una autoevaluación global; para el primero, el buen apego terapéutico se definió como el cumplimiento del 80% de las indicaciones médicas prescritas, evaluadas en las siguientes variables:

- Cumplimiento de citas: medido a través de la autoevaluación de su asistencia a la consulta de medicina interna (pregunta 5) los pacientes que respondieron “siempre” o “casi siempre”, se consideraron cumplidos.
- Régimen dietético: medido a través de la autoevaluación del cumplimiento de la dieta (pregunta 9), aquellos pacientes que respondieron “ninguno” o “un día”, se consideraron cumplidos.
- Ejercicio: medido a través de la autoevaluación de realización de un programa de ejercicio, definido como la realización de éste por un tiempo mayor de 15 minutos por lo menos 3 veces por semana, durante dos o más semanas consecutivas (pregunta 10). Aquellos pacientes que respondieron “si”, se consideraron cumplidores.
- Toma de medicamentos: evaluado por las preguntas 6 y 8, que incluyen autoevaluación, razones por las cuáles no se toma o aplica los medicamentos, y el número de veces de incumplimiento a la semana. Se consideran

cumplidos, aquellos que respondieron “8-10” en la pregunta 6, y “ninguna” o “una” en la pregunta 8.

Con estos elementos, se estructuró una variable total, denominada “grado de adherencia” que resultaba de la suma de las respuestas a las preguntas 5, 8, 9 y 10 (adherencia a la asistencia a la consulta, frecuencia de olvido, toma de medicamentos, dieta y práctica de deporte), de modo, que la actitud cumplidora se resumió, como un punto para cada una, y el incumplimiento en cero puntos; así, esta variable va de 0 como la peor medida de adherencia a 4 como máxima.

La autoevaluación de adherencia se midió con la respuesta a la pregunta 6, en una escala de 0 a 10, de manera similar a la autoevaluación de conocimiento de la enfermedad. (16).

El nivel socioeconómico, se consignó de acuerdo a la clasificación que el Departamento de Trabajo Social le otorga al paciente al ingresar al Hospital General de Atizapan, en base al estudio realizado por dicho departamento.

El cuestionario de apego terapéutico del Instituto Nacional de la Nutrición, está basado en la escala original de Diabetes Knowledge (DKN), y de escalas paralelas como DKNA, DKNB y DKNC; para lo cual, se llevó a cabo un análisis estadístico, con este cuestionario, que consta de 40 reactivos, aplicándolas en 56 sujetos, concluyendo que tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.92 alfa de Cronbach, que indica alta consistencia interna; en tanto que las escalas paralelas, mostraron índices de confiabilidad de 0.82 y 0.90. (3).

Además, para este cuestionario, también se basaron en las investigaciones de Rost y Diehl, en cuanto a las preguntas sobre características sociodemográficas, régimen dietético, ejercicio y toma de medicamentos; se reportaron índice de confiabilidad y validez. (2, 22).

* Cuestionario de Mecanismos de Contención en Diabetes Mellitus que evaluó:

Actitud ante la enfermedad y la terapéutica; también llamado ATT39; consta de 19 preguntas, con una subescala en integración para diabetes. Una baja puntuación indica que los pacientes ven a la enfermedad como grave e intrusiva, y la integran o aceptan poco en su vida. El ATT39, fue desarrollado empíricamente, siguiendo la experiencia clínica y la literatura sobre diabetes mellitus. También esta subclasificada, de acuerdo a 3 mecanismos de contención: estoicismo evitación y aceptación pasiva.

Este instrumento ha demostrado tener una consistencia interna adecuada, y soporte para la validez de constructo, de acuerdo a análisis y estudios de validez discriminativa. (27).

* Cuestionario de Apoyo Social en Diabetes Mellitus que evaluó:

Apoyo social y familiar. En general, este instrumento, califica las percepciones del soporte social, por la medición de la discrepancia percibida entre soporte deseado y el recibido. Consta de 8 preguntas, calificadas en 4 subescalas, una que mide actividades del tratamiento (acudir a consulta, leer sobre la enfermedad, etc.), información sobre el tratamiento (dieta, medicamentos, interpretar resultados de laboratorio, etc.), escucha empática y, aprobar los esfuerzos del tratamiento (dar estímulos al paciente por sus conductas a favor del tratamiento).

La consistencia interna de las cuatro subescalas es de 0.75, 0.68, 0.63, y 0.74, respectivamente; cada una de las 8 preguntas es calificada del 0 al 10; el “soporte deseado” menos el “soporte recibido” se calcula matemáticamente. (27, 28).

* Escala de problemas por áreas en diabetes, que evaluó:

Apoyo familiar y social, actitud ante la enfermedad y ante la terapia.

Esta escala consta de 20 reactivos, que miden ajuste emocional a la vida en pacientes diabéticos. Tiene una consistencia interna 0.95 alfa de Cronbach, además, de tener evidencia de validez predictiva a la adherencia terapéutica y para el control metabólico. (27).

- * Cuestionario sobre conocimiento de salud y actitudes de autoeficacia que evaluó:

Conocimiento sobre la enfermedad.

Este cuestionario consta de 5 preguntas, sobre percepción de la importancia de la salud, vulnerabilidad a complicaciones de la diabetes mellitus, severidad de las complicaciones, efectividad del tratamiento y, teoría de autoeficacia.

Tiene una consistencia interna de 0.73 alfa de Cronbach y correlaciona significativamente con los mecanismos de evitación $r=-0.35$ $p<0.0003$, aceptación pasiva $r=0.18$, $p<0.0001$; estoicismo $r=0.36$, $p<0.0001$; adaptación a la enfermedad $r=0.39$, $p<0.0001$, y hemoglobina glucosilada $r=0.21$, $p<0.0001$. La medida de calificación va de 0 a 100, las altas puntuaciones, indican una actitud positiva hacia la diabetes mellitus. (27).

Para la determinación de glucemia en ayuno, tiempo de evolución, complicaciones, se revisaron los expedientes clínicos de cada paciente.

Se definió como buen control de glucemia, cuando el promedio de 3 determinaciones de glucemia en ayuno eran menores de 180mg/dl; regular grado de control, con valores entre 181 y 249mg/dl; y, mal grado de control, cuando este promedio fué mayor de 250mg/dl.

El nivel socioeconómico, se midió en una escala de 0 a 4, donde 0 es el más bajo y 4 el más alto.

PROCEDIMIENTO:

Se presentó el protocolo ante los asesores del proyecto, jefe del servicio de Medicina Interna y Comité de Investigación del Hospital General de Atizapán; y, una vez aceptado, se seleccionó a los pacientes, que, una vez que aceptaron participar en la investigación, le fueron aplicados los cuestionarios en forma de entrevista; y posteriormente se completo la información, con la revisión de los expedientes clínicos.

Se calculó que la realización de 108 entrevistas permitiría identificar una asociación significativa entre algún par de las variables de interés, apego terapéutico, complicaciones de la diabetes mellitus, apoyo social y mecanismos de contención.

Para el análisis descriptivo de los datos se utilizaron frecuencias relativas e índices de tendencia central y dispersión adecuados a la forma de distribución y nivel de la escala de medición. Para conocer el grado de correlación entre las variables principales del estudio y la significancia de las diferencias identificadas, se utilizaron pruebas no paramétricas: T de student, y coeficiente de correlación de Pearson.

Se diseñó una base de datos mediante el programa Foxplus, y para el análisis estadístico se utilizó el programa SAS System.

RESULTADOS

Se entrevistaron 108 pacientes

En el cuadro No. 1 se resumen los principales datos descriptivos. El 50.9% de la población estudiada fueron mujeres; la edad promedio fué de 48+ 16 años; la mayoría de ellos radicaban en el D.F. y Estado de México, y aproximadamente la mitad eran casados.

Un cuarto de ellos no tenía ocupación En cuanto el nivel socioeconómico, en una escala de 0 a 4, donde 0 es el más bajo y 4 el más alto, el promedio fué de 3.15. La escolaridad promedio fué de 7 años.

Cuadro No.1
Datos sociodemográficos de los pacientes estudiados
(n=108)

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	53	48.96
FEMENINO	55	50.01
ESTADO CIVIL		
CASADO/PAREJA ESTABLE	59	54.62
SOLTERO	24	22.2
VIUDO	18	16.7
DIVORCIADO	7	6.48
LUGAR DE RESIDENCIA		
EDO. DE MÉXICO	62	57.4
D.F.	33	30.55
PROVINCIA	13	12.03
OCUPACIÓN		
EMPLEADO	36	33.33
NINGUNA	28	25.92
HOGAR	15	13.96
COMERCIANTE	14	12.92
PROFESIONISTA	10	9.25
ESTUDIANTE	5	4.62

En el cuadro No. 2, se describen las características de los pacientes en cuanto al control de glucemia y complicaciones asociadas a la diabetes mellitus. El tiempo de evolución promedio fué de 11 ± 10 años, el tipo de diabetes más frecuente fué la tipo II, en un 79.62%. A juzgar por el promedio de glucemias en ayuno (221.39mg/dl), el grupo se encontraba en la categoría de regular grado de control (promedio de 3 glucemias en ayuno mayor de (180 mg/dl). La mayoría tenía evidencia clínica de alguna de las complicaciones crónicas y en menor frecuencia, la presencia de patología asociada a diabetes, destacando la hipertensión arterial sistémica (52.77%).

Cuadro No. 2
Control de glucemias

GLUCEMIA	n	PROMEDIO	d.e.	RANGO
1	108	214	90.72	70-413
2	108	221.39	95.73	74-514
3	108	214.85	96.82	62-423
4	108	233.11	113.84	66-458

Cuadro No. 3
Tipo de diabetes, Complicaciones y Manifestaciones asociadas
(n=108)

TIPO DE DIABETES	FRECUENCIA	FORCENTAJE
TIPO I	22	20.37
TIPO II	86	79.62
COMPLICACIONES		
I.V.U.	36	32.43
I.R.C.	34	30.63
I.A.M	14	12.61
MICROANGIOPATÍA	18	16.22
NEUROPATIA	58	52.25
PIE DIABÉTICO	28	25.23
AMPUTACION DE ALGUNA EXT.	19	17.12
RETINOPATÍA	49	44.14

ENFERMEDADES ASOCIADAS	Frecuencia	Porcentaje
HTAS	57	52.77
HIPERLIPIDEMIA	43	39.81
CARDIOPATÍA	11	10.18
EVC	2	1.85

En el cuadro No. 4 se resumen las formas de tratamiento, casi la mitad de los pacientes utilizaban hipoglucemiantes orales y dieta.

Cuadro No. 4
Características del tratamiento para Diabetes Mellitus

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIETA	2	1.9
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	21	19.4
HIPOGLUCEMIANTES + DIETA	45	41.7
INSULINA	14	13.0
INSULINA+DIETA	26	24.1
	108	100

Con respecto al grado de conocimiento de la enfermedad, tanto el cuestionario (preguntas 13-25), como la autoevaluación, mostraron un nivel regular de dominio del tema. En cuanto al apego terapéutico, el cuestionario mostró un resultado de mediano a malo para el grupo total, en tanto, que en la autoevaluación, resultó un nivel regular de apego. No hubo correlación entre ambos indicadores.

Cuadro No. 5
 Conocimiento de la Enfermedad y Apego Terapéutico
 (n=108)

GRADO DE CONOCIMIENTO	Promedio	d.e.	RANGO
CUESTIONARIO	6.49	2.64	1.8-9.6
AUTOEVALUACIÓN	5.44	2.46	0-10
APEGO TERAPEÚTICO			
CUESTIONARIO	2.73	2.45	0-7.5
AUTOEVALUACIÓN	6.32	2.91	0-10

En el cuadro No. 6. se desglosan las respuestas de los pacientes en lo que toca a cumplimiento de sus citas. Sólo 22.2% practicaban algún método de monitorización de glucemia en su hogar. Además, la mayoría de los pacientes reconocieron no llevar un adecuado régimen dietético.

Cuadro No. 6.
 Cumplimiento de citas y de Régimen dietético

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLIMIENTO DE CITAS		
SIEMPRE	15	13.9
CASI SIEMPRE	40	37.0
RARA VEZ	42	38.9
DEJÓ DE ASISTIR	11	10.2
RÉGIMEN DIETÉTICO		
MALOS CUMPLIDORES	92	85.2
BUENOS CUMPLIDORES	16	14.8

En cuadro No. 7 se resumen las principales razones de incumplimiento en la toma de medicamentos, destacando el olvido como el principal motivo.

Cuadro No. 7

Motivos reconocidos por el paciente para no cumplir con el tratamiento
(n=108)

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OLVIDO	76	71.0
NO ENTENDIO LA RECETA	22	20.4
NO LE EXPLICARON	29	26.9
PERDIÓ LA RECETA	18	16.7

Con respecto al apoyo social recibido por los pacientes, fué de regular a poco (cuadro No. 8); la correlación de apoyo social / tiempo de evolución fué -0.2838. excluyendo a 25 pacientes, que no supieron contestar este apartado.

Cuadro No. 8

APOYO SOCIAL	Frecuencia de Apoyo Social		
	n	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-25	83	19	22.89
26-50	83	39	46.98
51-75	83	10	12.04
76-100	83	15	18.07

0= SIN RECIBIR APOYO

100=MÁXIMO APOYO RECIBIDO

Se observó que los pacientes con glucemia controlada recibían de regular a buen apoyo social, no así los pacientes con glucemia descontrolada que recibían poco apoyo social (Cuadro No. 9)

No hubo diferencia significativa entre el apoyo recibido y la presencia de la mayoría de complicaciones de diabetes mellitus excepto en el caso de insuficiencia renal crónica (I.R.C.) y microangiopatía; donde se observó, que los pacientes con estas complicaciones recibían menos de la mitad del apoyo social requerido (Cuadro No. 10).

Cuadro No. 9
Frecuencia de apoyo Social y Control de Glucemia

GLUCEMIA	n	APOYO SOCIAL RECIBIDO (promedio)
Controlada	30	65.2083
No. Controlada	49	37.7551

Cuadro No. 10.
Relación entre Apoyo Social y
Complicaciones de Diabetes Mellitus

Complicación	n	PROMEDIO (Apoyo Social)	d.e.	p
I.V.U.	26	45.19	23.6	0.4836
I:R.C.	22	36.07	21.12	0.0107
Retinopatía	32	43.55	23.19	0.2015
I.A.M.	8	34.37	25.22	0.1199
Neuropatía	36	41.66	26.43	0.0450
Pie diabético	19	37.5	22.82	0.0427
Amputación de alguna extremidad	10	43.75	27.32	0.5727
Microangiopatía	13	27.88	14.34	0.002

Con respecto a los mecanismos de contención, se analizaron 4 de ellos: Evitación, de espíritu de lucha, resignación e impacto de la enfermedad los cuatro, calificaron por arriba de 50 puntos, lo que demuestra la utilización de estos mecanismos, encontrando correlación significativa, entre ellos y el apego terapéutico (Cuadro No. 11).

Cuadro No. 11.

Correlación de Mecanismos de Contención y Apego Terapéutico

*
(n=108)

Mec. De Contención	Promedio	d.e.	Rango	r
Evitación	62.87	15.9	20-90	-0.668182
Espíritu de lucha	56.29	14.76	24-84	0.51421
Resignación	61.06	13.43	35-90	-0.57117
Impacto de la enfermedad	75.78	26.31	28-131	-0.33711

r*= Coeficiente de correlación de Pearson.

DISCUSIÓN

Las características de los pacientes entrevistados son representativas de la población que acude al Hospital General de Atizapan para su atención; es decir, personas entre la 2a. Y 8a., década de la vida, con igual frecuencia de hombres y mujeres de baja escolaridad y nivel socioeconómico medio; la mayoría residentes del Estado de México y D.F.

Con respecto a las características de la diabetes mellitus, la población esta compuesta por pacientes de larga evolución, con promedio de 11 años desde el diagnóstico y con un grado de apego terapéutico de regular a malo; la mayoría contaba con la presencia de al menos una complicación crónica asociada a la diabetes al momento de la entrevista. Esto concuerda con los datos obtenidos en otros estudios similares realizados en México como el de Pérez en 1997.

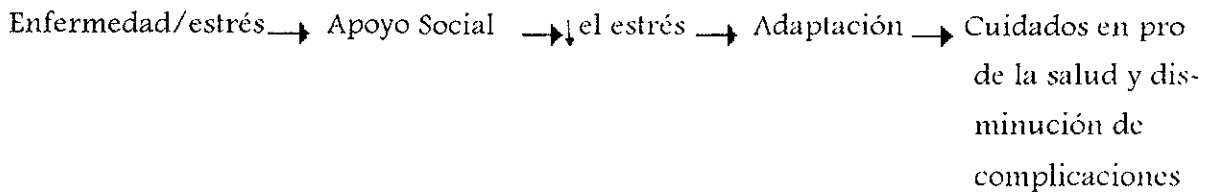
Algunos autores como Rost. Et al, han encontrado una asociación significativa entre la práctica de medidas de autocuidado con el control metabólico logrado, llama la atención, que en nuestro estudio, casi no se practicaban estas medidas, por lo que no podemos concluir si éstas repercuten en la adherencia terapéutica y control metabólico de nuestros pacientes.

En cuanto a las razones para incumplimiento del tratamiento, el olvido, como la principal causa, es un factor preocupante, ya que de algún modo, refleja una pobre educación con respecto a su padecimiento.

Llama la atención, la contradicción entre el cuestionario y la autoevaluación sobre apego terapéutico, la implicación práctica de este hallazgo, parece ser, que en nuestro medio, las autoevaluaciones sobre estos temas, son particularmente difíciles y por tanto, poco confiables como instrumentos de investigación, lo que concuerda con lo reportado por Pérez.

Con respecto a la relación entre apoyo social, control de glucemia y complicaciones asociadas de la diabetes mellitus; corroboramos lo reportado por Bloom, Franks, Glasgow, Lloyd y Vázquez en diferentes investigaciones. Esto es de particular importancia, ya que ahora sabemos y podemos comprobar, que el apego terapéutico,

control metabólico y en consecuencia la aparición de complicaciones, están fuertemente influidos por factores psicosociales, como el apoyo social, ya que entre más apoyo social recibe el paciente, su forma de afrontar la enfermedad, conductas en pro de su tratamiento, cuidado de su salud, etc; mejoran, disminuyendo sus niveles de estrés, del mismo modo, la disminución del estrés, favorece la adaptación y con ello, la realización de conductas a favor de la salud, creando un ciclo:



En cuanto a la correlación entre mecanismos de contención y apego terapéutico, también corroboramos lo reportado por Linn, Mazze y Feyrot; observamos la utilización de mecanismos de contención en pacientes diabéticos, y es de llamar la atención, lo significativa de esta relación y su correlato clínico. Tanto la evitación, impacto de la enfermedad y resignación, mostraron una correlación negativa con el apego terapéutico; lo que demuestra que, tanto más un paciente evite, se resigne o se impacte con su enfermedad (diabetes), su apego al tratamiento disminuye, y con ello, vendrá el descontrol metabólico e incrementará el riesgo de aparición de complicaciones. De la misma manera, los pacientes con espíritu de lucha (optimistas) ante la enfermedad, tienen mejor apego al tratamiento, lo que, de alguna forma favorece el control metabólico y disminuye el riesgo de complicaciones.

Es así como, comprobamos la relación e influencia de algunos factores psicosociales, en una enfermedad, considerada por muchos como algo netamente biológico, y es aquí, donde nuestra intervención, es particularmente importante, promoviendo la educación sobre las enfermedades, mejoramiento de la red de apoyo social, e, individualmente, con cada paciente, identificar los mecanismos de contención que utiliza, para, incidir sobre estos aspectos importantes en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

De igual forma, tomar en cuenta, estos aspectos psicosociales, no sólo en la diabetes mellitus, sino en toda la patología, mental, y física, ya que el hombre, como Unidad Biopsicosocial, se ve influido por varios aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que interactúan entre sí para dar lugar al equilibrio o bien, a la enfermedad.

En lo que respecta a nosotros, como psiquiatras, y como médicos, no debemos hacer a un lado nuestros conocimientos, sino, tratar de integrarlos para ayudar al paciente como un todo enfatizando los factores psicosociales. También es recomendable, tomar en cuenta, la influencia del apoyo social y mecanismos de contención en todas las enfermedades y en general, todas las situaciones generadoras de estrés, ya que no hay duda, de su participación constante, ya sea a favor o en contra de la adaptación.

En conclusión, es un hecho, que la falta de apoyo social en los pacientes diabéticos, influye en la aparición de complicaciones crónicas relacionadas con la enfermedad; y que, la utilización de mecanismos de contención, también influye la adherencia al tratamiento, por lo que es importante promover medidas en este nivel de atención, identificando estos factores, e informando, tanto a los pacientes, sus familias, población general y con los mismos trabajadores de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bloom J.R. The relationship of social support and health. Soc. Sci. Med. 1990; 30:635-637.
2. Diehl AK. Et al. Correlates of medication compliance in NIDDM. South. Med. J. 1987;80:332-335.
3. Dunn SM. Et al. Development of the diabetes knowledge (DKN) scales: forms DKNA, DKNB, and DKNC. Diabetes Care 1984;7:36-41.
4. Franks P. Et al. Social relationships and health: The relative roles of family functioning and social support. Soc. Sci. Med. 1992; 34:779-788.
5. Glasgow R. E. /Toobert D.J. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. Diabetes Care 1988; 11:377-385.
6. Glasgow R. E. Et al. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. Diabetes Care 1997; 20:562-567.
7. Gowers S. G. Et al. Family Functioning: A Correlate of Diabetic Control?. J Child Psychiat 1995; 36: 993-1001.
8. Imad M. Et al. Diabetes in Urban african-americans. IX. Provider adherente to management protocols. Diabetes Care 1997; 20:698-703.
9. INEGI; Causas de morbimortalidad en México; 1995.
10. Jacobson A.M. Et al. Psychological characteristics of adults with IDDM. Comparison of patients in poor and good glycemic control. Diabetes Care 1990;13:375-381.
11. Lane J. D. Et al. Psychological predictors of glucose control in patients With IDDM. Diabetes Care 1988; 11:798-800.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

12. Linn M.W. Predictors of diabetic control from stress and psychological variables. *Diabetes* 1985; 5A:19.
13. Llyod C. E. Et al. Psychosocial factors and complications of IDDM. *Diabetes Care* 1992; 15:166-172.
14. Mazze R. S. Et al. Psychological and social correlates of glycemic control. *Diabetes Care* 1984; 7:360-365.
15. November M.T. Et al. Stress buffering effect of psychological support in a diabetic camp. *Diabetes Care* 1992; 15:310-311.
16. Pérez S. LM. Apego terapéutico y control metabólico en el paciente diabético. Tesis de postgrado. U.N.A.M. 1997.
17. Peyrot M. /Mc Murry JF. Psychosocial factors in diabetes control: Adjustment of insulin-treated adults. *Psychosomatic Med.* 1985; 47:542-557.
18. Peyrot M. F. /McMurry J.F. Stress buffering and glycemic control The role of coping styles. *Diabetes Care* 1992; 15:842-846.
19. Polonsky WH. Et al. Assesment of diabetes-related distress. *Diabetes Care* 1995;18:754-760.
20. Robles-Silva L. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Publ de Méx.* 37:187-196. 1995.
21. Rosilio M. Et al Factors associated with glycemic control. A cross-sectional nationwide study in 2, 579 french children with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21:1146-1153.
22. Rost KM. Et al. Self-care predictors of metabolic control in NIDDM patients. *Diabetes Care* 1990;13:1111-1113.

23. Rubin R.R/Peyrot M. Effect of diabetes education on self-care, metabolic control, and emotional well-being. *Diabetes Care* 1989;12:673-679.
24. Stuart T. Et al. Psychological aspects of diabetes mellitus. A critical review. *Diabetes Care* 1979; 2:227-232.
25. Ulf Stenstrom. Et al. Recent life events, gender differences, and the control of IDDM. A 2-year follow-up study. *Gen. Hosp. Psych.* 1995; 17:433-439.
26. Vázquez Estupiñan F. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev. Med. IMSS (Mex)* 1994; 2:267-270.
27. Welch GW/Jacobson AM/Polonsky WH. The problem areas in diabetes scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care* 1997;20:760-766.
28. Wredling r. Et al. Psychosocial state of patients With IDDM prone to recurrent episodes of severe hypoglycemia. *Diabetes Care* 1992; 15:187-190.